

Naar een integrale aanpak...

Het bieden van psychosociale zorg aan chronisch lichamelijk zieken

Themarapportage



20
11

Tendrapportage GGZ 2011

Naar een integrale aanpak...

Het bieden van psychosociale zorg
aan chronisch lichamelijk zieken

Themarapportage

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van VWS

Financiering

Ministerie van VWS

Eindredactie

Dr. J. Nuijen, Drs. S. van Dijk, Dr. H. van 't Land

Projectuitvoering

Drs. A. van den Bosch

Drs. S. van Dijk

Dr. J. Kramer

Dr. H. van 't Land

Dr. J. Nuijen

Drs. M. Oud

Projectleiding

Dr. J. Nuijen

Met dank aan

Drs. G. Franx, Trimbos-instituut

Drs. E.G. Memeo, Ministerie van VWS

Drs. C.J.M. van Ruiten, Ministerie van VWS

Productiebegeleiding

Joris Staal

Opmaak en druk

Ladenius Communicatie BV, Houten

ISBN 978-90-5253-724-5

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1110**

© 2011 Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Trimbos-instituut.

Onder de noemer Trendrapportage GGZ brengt het Trimbos-instituut vanaf 2008 jaarlijks rapportages uit over de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De rapportages worden opgesteld in opdracht van het Ministerie van VWS. Primaire doelstelling is overzicht te bieden van de voor het overheidsbeleid relevante ontwikkelingen op het gebied van de GGZ. De rapportages vervullen daarbij een signalerende, een analyserende en een evaluatieve functie. Behalve voor de rijksoverheid staan de rapportages ook ten dienste van andere betrokkenen bij de GGZ en GGZ-beleid, waaronder beleidsmakers van zorgaanbieders, financiers, koepelorganisaties en cliëntenorganisaties.

De Trendrapportage GGZ bestrijkt drie deelterreinen:

- Organisatie, structuur en financiering
- Toegang en zorggebruik
- Kwaliteit en effectiviteit

In een tweejaarlijkse cyclus worden over elk van deze deelterreinen *overzichtsrapportages* geschreven. In de tussenliggende jaren verschijnen *themapportages* rond specifieke, actuele onderwerpen. Het voorliggende themarapport heeft betrekking op de deelterreinen 2 (Toegang en zorggebruik) en 3 (Kwaliteit en effectiviteit).

Velen hebben door middel van het verlenen van een interview, advies, of informatie aan dit rapport bijgedragen. We zijn hen zeer erkentelijk. De verantwoordelijkheid voor de inhoud rust uitsluitend bij de auteurs.

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
1 Algemene inleiding	19
<i>J. Nuijen</i>	
1.1 Achtergrond	19
1.2 Doelstelling en afbakening	24
Deel A: Beschrijving stand van zaken	
2 Stand van zaken: scannen van zorgstandaarden en richtlijnen	35
<i>J. Nuijen, A. van den Bosch, S. van Dijk</i>	
2.1 Inleiding	35
2.2 Methode	36
2.3 Zorgstandaard en richtlijnen voor coronaire hartziekten: de aandacht voor psychosociale aspecten	39
2.4 Zorgstandaarden en richtlijnen voor diabetes type 2: de aandacht voor psychosociale aspecten	43
2.5 Zorgstandaard en richtlijnen voor COPD: de aandacht voor psychosociale aspecten	47
2.6 Samenvatting en beschouwing	51
3 Stand van zaken: scannen van interventies	57
<i>J. Nuijen, S. van Dijk, A. van den Bosch, M. Oud, H. van 't Land</i>	
3.1 Inleiding	57
3.2 Methode	58
3.3 Interventies op psychosociaal gebied bij coronaire hartziekten	63
3.4 Interventies op psychosociaal gebied bij diabetes type 2	75
3.5 Interventies op psychosociaal gebied bij COPD	96
3.6 Interventies op psychosociaal gebied bij verschillende chronische lichamelijke ziekten	109
3.7 Samenvatting en beschouwing	120

Deel B Toekomstvisie: deskundigen aan het woord

4	Naar een betere integratie van psychosociale zorg in de zorg voor chronisch lichamelijk zieke patiënten: aanbevelingen van deskundigen	133
	<i>S. van Dijk, J. Kramer, J. Nuijen, H. van 't Land</i>	
4.1	Inleiding	133
4.2	Methode	134
4.3	Resultaten: aanbevelingen van deskundigen	135
4.4	Samenvatting	153
5	Nabeschuwing	155
	Referenties	159
	Bijlage 1 Scannen van zorgstandaarden en richtlijnen: uitgebreide resultaten	171
	Bijlage 2 Beschrijving van gevonden interventies	203
	Bijlage 3 Lijst van geïnterviewde en geraadpleegde personen	257

Samenvatting

Achtergrond en doelstelling

Achtergrond

Psychosociale problemen, zoals depressie, angst, boosheid en problemen met werkhervatting, komen vaak voor bij personen met een chronische lichamelijke ziekte. Hoewel gevonden prevalentiecijfers nogal variëren, wordt geschat dat circa 30% van de chronisch lichamelijke zieken psychosociale problemen ervaart.

Psychosociale problemen hebben een ongunstige invloed op het beloop van een chronische lichamelijke aandoening, en gaan gepaard met verlies aan kwaliteit van leven en verminderd functioneren. Deze negatieve uitkomsten kunnen deels verklaard worden doordat psychosociale problemen goede zelfzorg en therapietrouw in de weg staan. Vanuit maatschappelijk oogpunt zijn psychosociale problemen bij chronisch lichamelijke zieken van belang vanwege de samenhang met hogere kosten door meer zorggebruik en meer werkverzuim.

Er zijn effectieve interventies beschikbaar voor psychosociale problemen bij chronisch lichamelijke zieken, die het psychisch welbevinden en de kwaliteit van leven van de patiënten verbeteren. Desondanks maakt psychosociale zorg nog geen standaard onderdeel uit van de zorg voor chronisch lichamelijke zieken.

Het realiseren van een betere integratie van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijke zieken staat in de belangstelling, ook vanuit de overheid. Vanuit het Ministerie van VWS wordt sinds enkele jaren ingezet op integrale, multidisciplinaire zorgverlening aan chronisch zieke patiënten. Verder heeft het Ministerie recentelijk aangegeven dat in de zorg meer aandacht dient te komen voor de relatie tussen psychische problemen en lichamelijke klachten.

Doelstelling

Tegen deze achtergrond probeert de voorliggende rapportage aanknopingspunten te bieden voor het beter integreren van psychosociale zorg in de bestaande zorg voor chronisch lichamelijke zieken.

Hiertoe wordt in het eerste deel van het rapport de *stand van zaken* beschreven ten aanzien van:

- de aandacht voor psychosociale aspecten in zorgstandaarden en richtlijnen voor de zorg aan chronisch lichamelijke zieken; en
- interventies die worden onderzocht, geïmplementeerd of aangeboden in de praktijk en die bijdragen aan een betere inbedding van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijke zieken.

Op basis van de bevindingen worden aanbevelingen geformuleerd.

Daarna wordt in het tweede deel van het rapport de *toekomstvisie* van deskundigen beschreven. Door middel van interviews is hen gevraagd hoe een betere integratie van psychosociale zorg in de bestaande zorg voor chronisch lichamelijk zieken gerealiseerd kan worden.

Afbakening

Het rapport focust op drie chronische lichamelijke aandoeningen: coronaire hartziekten, diabetes type 2 en chronisch obstructieve longziekte (COPD). Voor deze aandoeningen is gekozen omdat ze veel voorkomen en gepaard gaan met een hoge ziektelast. Daarnaast zijn voor deze aandoeningen zorgstandaarden opgesteld die de norm beschrijven waaraan goede zorg zou moeten voldoen, zowel zorginhoudelijk als procesmatig. Zorgstandaarden vormen de basis van de programmatische aanpak van chronische ziekten waarop het Ministerie van VWS – samen met zorgverleners en patiënten – sinds 2008 op inzet.

Deel A Beschrijving van stand van zaken

1 Het scannen van zorgstandaarden en richtlijnen

Zorgstandaarden en richtlijnen voor de zorg van patiënten met coronaire hartziekten, diabetes type 2 of COPD zijn doorgenomen om na te gaan in hoeverre zij aandacht besteden aan psychosociale aspecten. Wat betreft richtlijnen is gekeken naar klinische richtlijnen - multidisciplinaire richtlijnen (MDR'en) en huisartsrichtlijnen (NHG-Standaarden) - en samenwerkingsrichtlijnen, Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA's) en Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's).

1.1 Bevindingen en beschouwing

Het blijkt dat er wat betreft aandacht voor psychosociale aspecten in de zorgstandaarden en richtlijnen voor de drie ziektebeelden duidelijke verschillen bestaan. De volgende zaken vallen op:

- Er bestaan verschillen tussen ziektebeelden. De zorgstandaard en klinische richtlijnen voor COPD besteden bijvoorbeeld veel of in redelijke mate aandacht aan psychosociale aspecten, terwijl de zorgstandaard en NHG-Standaard voor diabetes type 2 hiervoor nog weinig aandacht hebben. Opgemerkt moet worden dat wat betreft de Zorgstandaard Diabetes type 2 een traject gaande is om deze lacune op te vullen.
- Wat betreft coronaire hartziekte bestaan er verschillen tussen richtlijnen die gericht zijn op verschillende fases in de zorg. De MDR Hartrevalidatie – een richtlijn gericht op de revalidatiefase – besteedt bijvoorbeeld uitgebreid aandacht aan psychosociale aspecten, in tegenstelling tot de MDR Cardiovasculair risicomanagement, een richtlijn gericht op de chronische, postrevalidatie fase.
- De bestudeerde huisartsrichtlijnen (NHG-Standaarden) voor de drie lichamelijke ziektebeelden bieden over het algemeen weinig concrete handvatten voor het signaleren van psychosociale problemen en het bieden van psychosociale begeleiding en

- behandeling. Dit terwijl de huisarts voor veel patiënten met diabetes type 2 of COPD de hoofdbehandelaar is. Ook zal de behandeling van een deel van de patiënten met een coronaire hartziekte na verloop van tijd worden overgedragen aan de huisarts.
- De zorgstandaarden en richtlijnen verschillen wat betreft de mate van aandacht voor psychosociale aspecten van zelfmanagement. In de Zorgstandaarden COPD en Vasculair risicomanagement wordt bijvoorbeeld zelfmanagement nadrukkelijk breed opgevat en heeft het, naast medische aspecten, ook betrekking op emotionele en sociale aspecten. Dit gebeurt nog niet in de Zorgstandaard Diabetes type 2.
 - Er bestaan verschillen tussen uitgangspunten en aanbevelingen omtrent psychosociale aspecten. Een voorbeeld is dat de klinische richtlijnen voor COPD nog vasthouden aan de traditionele indeling van patiënten op basis van de ernst van de luchtwegobstructie, terwijl de Zorgstandaard COPD uitgaat van een indeling naar ziektelast, waarbij ook gekeken wordt naar ervaren klachten, functionele beperkingen en kwaliteit van leven. Dit omdat de traditionele indeling enkel op basis van de ernst van de fysiologische stoornis onvoldoende inzicht geeft in de door de patiënt ervaren gezondheidsproblemen.
 - De bestudeerde samenwerkingsrichtlijnen gaan voornamelijk over samenwerking tussen huisartsen en paramedici (LESA's) of samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten (LTA's). Er is geen of weinig aandacht voor de samenwerking met gespecialiseerde zorgverleners voor psychosociale problematiek in de eerste of tweede lijn.

1.2 Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen kunnen een aantal aanbevelingen geformuleerd worden die meegenomen kunnen worden in de herziening van (de ontwikkeling van) bestaande (toekomstige) zorgstandaarden en richtlijnen.

Opnemen van concrete handvatten voor het bieden van psychosociale zorg in somatische zorgstandaarden en richtlijnen waarin dit ontbreekt

Vooraf in de bestudeerde NHG-Standaarden ontbreekt het dikwijls aan concreet uitgewerkte aanbevelingen voor het signaleren, bespreken en behandelen van psychosociale problemen. Verschillende NHG-Standaarden (Diabetes mellitus type 2, Cardiovasculair risicomanagement en Beleid na een doorgemaakt hartinfarct) worden momenteel herzien, wat een mogelijkheid biedt om in deze lacune te voorzien.

Meer aandacht voor samenwerking met gespecialiseerde hulpverleners voor psychosociale problematiek in samenwerkingsrichtlijnen

Dit kan de samenwerking bevorderen tussen (huis)artsen en zorgverleners die gespecialiseerd zijn in het verlenen van psychosociale problematiek.

Betere aansluiting tussen verschillende zorgstandaarden en richtlijnen

Om psychosociale zorg bij de drie chronische lichamelijke ziektebeelden te bevorderen dienen zorgstandaarden en richtlijnen beter op elkaar aan te sluiten wat betreft uitgangspunten en aanbevelingen betreffende psychosociale aspecten. Samenhangende

en eenduidige zorgstandaarden en richtlijnen zijn niet alleen per chronische lichamelijke aandoening belangrijk, maar ook over verschillende ziektebeelden heen. De psychosociale problematiek en de aanpak daarvan zal bij verschillende chronische lichamelijke ziekten in ieder geval deels vergelijkbaar zijn. Daarnaast zal het uitgangspunt niet het hebben van een enkelvoudige aandoening moeten zijn, maar dient rekening gehouden te worden met het feit dat een substantieel deel van de patiënten meerdere chronische ziekten tegelijk heeft (multimorbiditeit). De Zorgstandaard COPD biedt een mooi voorbeeld van een generieke invalshoek. Uitgangspunt is dat behandeling gericht is op het verbeteren van de vier domeinen van de integrale gezondheidstoestand: fysiologische stoornis, klachten, functionele beperkingen en kwaliteit van leven.

Ook de aansluiting met richtlijnen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) verdient aandacht; in de bestudeerde somatische zorgstandaarden en richtlijnen wordt niet of nauwelijks verwezen naar GGZ-richtlijnen.

Zicht op het gebruik van aanbevelingen in de praktijk; leren van goede voorbeelden
Zorgstandaarden en richtlijnen beogen de kwaliteit van zorg te verbeteren. Uit de inventarisatie blijkt dat enkele recent gepubliceerde zorgstandaarden en richtlijnen veel aandacht hebben voor psychosociale aspecten en concrete aanbevelingen geven over hoe om te gaan met psychosociale problematiek (bv. de Zorgstandaard COPD en de MDR Hartrevalidatie). Het is van belang om na te gaan in hoeverre deze aanbevelingen toegepast worden in de klinische praktijk, en wat daarbij bevorderende en belemmerende factoren zijn. Dit kan belangrijke informatie opleveren over hoe psychosociale zorg beter geïntegreerd kan worden in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijke ziekten.

2 Het scannen van interventies

Er is een inventarisatie uitgevoerd om een beeld te krijgen van interventies die bijdragen aan een betere integratie van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor patiënten met coronaire hartziekte, diabetes type 2 of COPD in het bijzonder, of voor chronisch lichamelijke ziekten in het algemeen. Hierbij is gefocust op de huisartsenpraktijk, ziekenhuissetting en GGZ. Er is gekeken naar interventies die wetenschappelijk onderzocht worden, die geïmplementeerd worden in de praktijk, of die reeds in de praktijk aangeboden worden. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen:

- *Vernieuwende specifieke interventies*: patiëntgerichte interventies die het psychosociale behandelaanbod voor chronisch lichamelijke ziekten vergroten;
- *Zorgverlenerondersteunende interventies*: methodes die zorgverleners ondersteunen bij het bieden van psychosociale zorg aan chronisch lichamelijke ziekten; en
- *Organisatorische interventies*: interventies gericht op het veranderen van de structuur of het proces van zorgverlening en die bijdragen aan een betere integratie van psychosociale zorg in de zorg voor chronisch lichamelijke ziekten.

2.1 Bevindingen

Onderzoek

Vernieuwende specifieke interventies

Momenteel worden bij patiënten met coronaire hartziekte, diabetes type 2 of COPD verschillende studies uitgevoerd naar de effecten van het aanbieden van vernieuwende psychologische interventies gericht op het verminderen van psychosociale problemen. Daarbij valt op dat *mindfulness* een relatief veel onderzochte interventie is. Daarnaast worden verschillende interventies gericht op het versterken van zelfmanagement onderzocht. De zelfmanagementinterventies hebben duidelijke aandacht voor psychosociale aspecten, zoals het versterken van sociale steun, het verbeteren van proactieve copingvaardigheden, en het veranderen van ziekteopvattingen. Opvallend is dat deze allemaal onderzocht worden bij - verschillende subgroepen van - patiënten met diabetes type 2.

Organisatorische interventies

Er loopt een aantal studies naar de (kosten-)effectiviteit van organisatorische interventies. De interventies hebben een verschillende insteek. Enerzijds gaat het om organisatorische interventies die specifiek gericht zijn op het verbeteren van de zorg voor psychosociale problemen bij chronisch lichamelijk zieken. Een voorbeeld is het in de VS ontwikkelde *collaborative care* model voor depressie dat in de Nederlandse ziekenhuissetting onderzocht wordt. Deze aanpak behelst onder meer stapsgewijze behandeling van depressie, monitoring van behandeluitkomsten en multidisciplinaire samenwerking. Anderzijds gaat het om organisatorische interventies die een bredere insteek hebben. Een voorbeeld is een onderzoek naar de meerwaarde van casemanagement in de eerste lijn bij complexe patiënten met diabetes type 2 en andere chronische aandoeningen, waaronder depressie. Het casemanagement programma is gebaseerd op het eveneens in de VS ontwikkelde *guided care* model.

Implementatie

Vernieuwende specifieke interventies

Er lopen verschillende projecten gericht op de implementatie van vernieuwende interventies in de reguliere zorgpraktijk. De interventies zijn 'bewezen effectief', wat wil zeggen dat wetenschappelijk onderzoek in Nederland of in het buitenland heeft aangetoond dat de interventies gunstige effecten hebben op psychosociale uitkomsten. Implementatie vindt doorgaans lokaal of regionaal plaats.

Het gaat in dit kader om implementatie van interventies die specifiek gericht zijn op psychosociale problematiek bij patiënten met coronaire hartziekte, diabetes type 2 of COPD. De implementatie omvat ook het gebruik van praktische methodes voor het signaleren van psychosociale problemen om zodoende patiënten toe te leiden naar een interventie. Hierbij wordt doorgaans gebruik gemaakt van korte vragenlijsten, screeningsinstrumenten. Een voorbeeld is de internetinterventie 'Diabetergestemd.nl'

bedoeld voor patiënten met diabetes die last hebben van somberheidsklachten. Deze e-mental health interventie wordt momenteel geïmplementeerd in de eerste lijn. Aan de hand van een kort screeningsinstrument worden diabetespatiënten met somberheidsklachten geïdentificeerd voor wie 'Diabetergestemd.nl' geschikt is.

Andersoortige interventies die geïmplementeerd worden betreffen interventies gericht op het versterken van zelfmanagement. De zelfmanagementinterventies hebben duidelijke aandacht voor psychosociale aspecten. Een voorbeeld is de inbedding van het zelfmanagementprogramma 'Living well with COPD' in de huisartsenpraktijk in de regio Arnhem.

Zorgverlenerondersteunende interventies

In andere projecten worden methodes geïmplementeerd die zorgverleners ondersteuning bieden bij het verlenen van psychosociale zorg aan chronisch lichamelijk zieken. Implementatie gebeurt meestal op bescheiden schaal.

Sommige methodes richten zich daarbij specifiek op psychosociale problemen. Een voorbeeld is een project waarin geprobeerd wordt om de herkenning van psychosociale problematiek bij hartpatiënten te verbeteren. Dit gebeurt door standaard screening op psychosociale problemen bij hartpatiënten te implementeren in de reguliere praktijk van een ziekenhuis. Screening gebeurt gecomputeriseerd en is gekoppeld aan het ziekenhuisinformatiesysteem.

Andere methodes hebben een bredere insteek. Een voorbeeld is de NCSI-methode. De methode omvat een instrument voor het geautomatiseerd meten van de vier domeinen van de integrale gezondheidstoestand van een chronische longpatiënt: fysiologische stoornis, klachten, functionele beperkingen en kwaliteit van leven. Meetresultaten worden door de zorgverlener met de patiënt besproken, gezamenlijk worden behandeldoelen geformuleerd, en de patiënt wordt gemotiveerd tot gedragsverandering. Als follow-up vindt monitoring plaats. De NCSI-methode wordt momenteel op een aantal locaties in de huisartsensetting geïmplementeerd.

Praktijk

Vernieuwende specifieke interventies

Er begint een hulpaanbod vanuit de GGZ voor chronisch lichamelijk zieken te ontstaan. Het betreffen doorgaans groepscursussen. Een voorbeeld is de cursus 'Leven met een chronische ziekte' die door verschillende GGZ-instellingen wordt aangeboden. Een ander voorbeeld is het intensieve BigMove GGZ-programma, dat een integrale aanpak van psychische, lichamelijke en sociale problemen voorstaat, en dat in verschillende steden aangeboden wordt. Het valt op dat er geen of beperkt wetenschappelijk effectonderzoek uitgevoerd is naar het gevonden GGZ aanbod voor chronisch lichamelijk zieken.

Daarnaast worden lokaal of regionaal in de praktijk diverse interventies aangeboden die gericht zijn op het versterken van zelfmanagement van patiënten met diabetes (soms specifiek diabetes type 2) of een chronische longaandoening (soms specifiek COPD). De zelfmanagementinterventies hebben duidelijke aandacht voor psychosociale aspecten. Ze verschillen wat betreft type, doelgroep, intensiteit en setting waarin ze aangeboden worden.

Zorgverlenerondersteunende interventies

Er zijn verschillende methodes gevonden die zorgverleners ondersteunen bij het verlenen van psychosociale zorg voor chronisch lichamelijk zieken. De methodes worden doorgaans op een beperkt aantal locaties in de praktijk toegepast. Sommige methodes richten zich specifiek op psychosociale problemen. Een voorbeeld is het monitoren van het psychisch welbevinden van poliklinische diabetespatiënten om onvervulde zorgbehoefte ten aanzien van psychosociale problemen te herkennen en te bespreken. Andere methoden hebben een bredere insteek. Een voorbeeld is de INTERMED-methode waarmee de zorgcomplexiteit van patiënten wordt gemeten door het inventariseren van zorgrisico's op vier domeinen: het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren en de uitvoering van de zorgverlening. Het resulterende risicoprofiel vormt de basis voor het bieden van geïntegreerde, multidisciplinaire zorg.

Organisatorische interventies

Er werden enkele gespecialiseerde poliklinieken gevonden. Een voorbeeld is de recent opgezette polikliniek Diabetes Mentaal van het VU Medisch Centrum, speciaal gericht op psychosociale problemen bij diabetes. De polikliniek biedt diagnostiek en een breed behandelaanbod, en werkt daarbij nauw samen met het Diabetescentrum van het VUmc en de GGZ-instelling GGZ inGeest, partner van het VUmc.

2.2 Beschouwing

Het beeld dat uit de inventarisatie van interventies naar voren komt is dat er in Nederland op het gebied van onderzoek, implementatie en praktijk allerlei ontwikkelingen gaande zijn die bijdragen aan een betere integratie van psychosociale en somatische zorg. Er worden verschillende vernieuwende specifieke interventies ontwikkeld en wetenschappelijk onderzocht op effectiviteit, geïmplementeerd in de praktijk, of reeds in de praktijk aangeboden. Deze interventies vergroten het beschikbare psychosociale behandelaanbod voor patiënten met coronaire hartziekte, diabetes type 2 of COPD. Het betreffen relatief vaak interventies gericht op het versterken van zelfmanagement, die duidelijke aandacht hebben voor psychosociale aspecten. Vanuit de GGZ begint een hulpaanbod voor chronisch lichamelijk zieken te ontstaan, veelal groepscursussen. Daarnaast worden diverse methodes geïmplementeerd of reeds aangeboden in de praktijk die zorgverleners ondersteunen bij het bieden van psychosociale zorg aan chronisch lichamelijk zieken. Verder vindt er onderzoek plaats naar de (kosten-) effectiviteit van verschillende organisatorische interventies gericht op het veranderen van de structuur of het proces van zorgverlening en die bijdragen aan een betere integratie van psychosociale zorg in de zorg voor chronisch lichamelijk zieken. Tot slot, bestaan er in de praktijk poliklinieken speciaal gericht op psychosociale problemen bij diabetespatiënten.

Een aantal zaken vallen op:

- Alle typen interventies - vernieuwende specifieke interventies, zorgverlenerondersteunende interventies, en organisatorische interventies – worden gekenmerkt door een variëteit aan benaderingen. Een belangrijk onderscheid dat gemaakt kan worden is of

een interventie zich specifiek richt op psychosociale problemen, of dat een interventie een bredere focus heeft. De diversiteit aan benaderingen maakt het lastig om *best practices* te onderscheiden.

- De beschikbaarheid van interventies verschilt soms tussen de drie onderzochte lichamelijke ziektebeelden. Voor patiënten met diabetes type 2 worden bijvoorbeeld diverse zelfmanagementinterventies met duidelijke aandacht voor psychosociale aspecten onderzocht, geïmplementeerd, en in de praktijk aangeboden; dit lijkt in mindere mate te gelden voor patiënten met coronaire hartziekte.
- Implementatie van bewezen effectieve interventies vindt in het algemeen op bescheiden schaal op lokaal of regionaal niveau plaats. Bewezen effectieve interventies worden in de praktijk doorgaans op een beperkt aantal locaties aangeboden of toegepast.
- Er werden opvallend weinig e-mental health interventies gevonden.
- Hoewel er vanuit de GGZ een hulpaanbod voor chronisch lichamelijk zieken begint te ontstaan, valt op dat er geen of beperkt wetenschappelijk onderzoek is uitgevoerd naar de (kosten-)effectiviteit van dit hulpaanbod.

2.3 Aanbevelingen

Bredere implementatie en uitrol in de praktijk van bewezen effectieve interventies

Zoals aangegeven worden bewezen effectieve interventies doorgaans op bescheiden schaal geïmplementeerd of aangeboden in de praktijk. Dit vraagt om het stimuleren van een bredere implementatie en uitrol van bewezen effectieve interventies in de praktijk.

Opvullen van lacunes

Uit de inventarisatie kwamen een tweetal lacunes naar voren: weinig e-mental health interventies; en een beperkt zicht op de (kosten-)effectiviteit van het GGZ aanbod dat aan chronisch lichamelijk zieken wordt aangeboden. Deze lacunes wijzen op de wenselijkheid van:

- het ontwikkelen en implementeren van e-mental health interventies voor chronisch lichamelijk zieken, en het onderzoeken van de (kosten-)effectiviteit hiervan;
- het onderzoeken van de (kosten-)effectiviteit van het hulpaanbod vanuit de GGZ voor chronisch lichamelijk zieken.

Completeren inventarisatie

De uitgevoerde inventarisatie heeft een aantal beperkingen. Zo is er gefocust op een drietal aandoeningen (coronaire hartziekten, diabetes type 2 en COPD) en settings (huisartsenpraktijk, ziekenhuissetting en GGZ). Daarnaast kunnen gegeven de toegepaste zoekstrategie relevante interventies gemist zijn die op kleine schaal lokaal of regionaal geïmplementeerd of in de praktijk aangeboden worden.

Het completeren van de inventarisatie – bijvoorbeeld door te kijken naar aanvullende chronische lichamelijke aandoeningen en aanvullende zorgsettings – is zinvol doordat er waarschijnlijk relevante additionele interventies op psychosociaal gebied geïdentificeerd worden. Interessant is ook om na te gaan welke ontwikkelingen plaatsvinden vanuit

andere domeinen dan de gezondheidszorg, zoals de werkomgeving, mantelzorg omgeving, of sociale media.

Het completeren van de inventarisatie kan bijdragen aan een verdere uitwisseling van kennis. Er kan geleerd worden door over de 'grenzen' van een specifiek lichamelijk ziektebeeld of setting te kijken. Een relevante vraag is bijvoorbeeld in hoeverre interventies die bedoeld zijn voor een bepaalde chronische lichamelijke ziekte ook toepasbaar zijn voor andere chronische lichamelijke aandoeningen?

Het monitoren en evalueren van resultaten en ervaringen

Het is belangrijk om de bevindingen en ervaringen uit de lopende onderzoeks- en implementatieprojecten te monitoren en te evalueren. Dit geldt ook voor de ervaringen met interventies die reeds lokaal in de praktijk aangeboden worden. Het zal waardevolle informatie leveren over hoe een betere integratie van psychosociale zorg in de bestaande zorg voor chronisch lichamelijk zieken gerealiseerd kan worden. Er wordt kennis verzameld rondom belangrijke vraagstukken, zoals: hoe kan signalering en screening van psychosociale problemen bij chronisch lichamelijk zieken in de praktijk het beste vormgegeven worden?; hoe kan psychosociale zorg voor chronisch lichamelijk zieken het beste georganiseerd worden, en welke aanpak is in dit opzicht het beste bij de groep complexe patiënten met meerdere chronische ziekten?; en in hoeverre kan psychosociale zorg ziektespecifiek of generiek benaderd kan worden?

De verzameling en uitwisseling van kennis zou goed kunnen plaatsvinden door een digitaal platform te creëren waarop alle lopende en toekomstige initiatieven gebundeld worden.

Deel B Toekomstvisie: deskundigen aan het woord

In het tweede deel van het rapport is naar de toekomst gekeken. Geprobeerd is om systematisch in kaart te brengen op welke manier een betere integratie van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor patiënten met coronaire hartziekten, diabetes type 2 of COPD in het bijzonder, of voor chronisch lichamelijk zieken in het algemeen, gerealiseerd kan worden. Daartoe zijn deskundigen geïnterviewd. Er zijn in totaal 28 open interviews gehouden met 34 deskundigen op dit gebied. De deskundigen betroffen zorgverleners, wetenschappers, en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en een zorgverzekeraar.

Uit de kwalitatieve analyse van de interviews kwam een diversiteit aan aanbevelingen naar voren die aanknopingspunten bieden voor een betere inbedding van psychosociale zorg in de bestaande zorg voor chronisch lichamelijk zieken. De aanbevelingen zijn allen erop gericht om de kloof tussen somatische en psychosociale hulpverlening te overbruggen en kunnen onderverdeeld worden in macroniveau (gezondheidszorgstelsel), mesoniveau (zorgorganisatie) en microniveau (patiënt en zorgverlener).

Omdat gekozen is voor een kwalitatieve aanpak, kan geen uitspraak gedaan worden over de mate waarin de aanbevelingen breed gedragen worden in Nederland.

Aanbevelingen

Macroniveau (gezondheidszorgstelsel)

- Er is volgens deskundigen een transformatie nodig binnen de gezondheidszorg van aanbod- naar vraaggestuurde zorg.
- Er is volgens deskundigen een transformatie nodig van ziektespecifieke naar generieke zorg.
- Er zou volgens deskundigen toegewerkt moeten worden naar een financieringssysteem dat gebaseerd is op complexiteit van klachten en ziektelast.
- Volgens deskundigen zou psychosociale zorg – meer dan nu het geval is - toegevoegd moeten worden aan somatische DBC's (diagnose behandeling combinaties) en keten-DBC's.

Mesoniveau (zorgorganisatie)

Volgens deskundigen zijn er op organisatorisch niveau verschillende mogelijkheden om een betere integratie van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijk zieken te realiseren, waaronder:

- Het inzetten van meer zorgverleners in het ziekenhuis die op het snijvlak van soma en psyche functioneren.
- Het aanstellen van meer praktijkondersteuners geestelijke gezondheidszorg (POH's GGZ) in de huisartsenpraktijk.
- Het inzetten van een centrale zorgmanager als verbinding tussen huisarts en ziekenhuis.

Microniveau (zorgverlener en patiënt)

Om een betere inbedding van psychosociale zorg in de bestaande zorg voor chronisch lichamelijk zieken te realiseren dienen volgens deskundigen zowel op het niveau van de zorgverleners als op het niveau van de patiënt randvoorwaarden gecreëerd te worden.

- Randvoorwaarden op zorgverlener-niveau:
 - De beschikbaarheid van tools, zoals een gemeenschappelijk elektronisch dossier, om uitwisseling te stimuleren.
 - Het vergroten van de expertise van somatische zorgverleners ten aanzien van psychosociale problemen bij chronisch lichamelijk zieke patiënten.
Een belangrijk knelpunt zou op dit moment zijn dat niet elke zorgverlener oog heeft voor psychosociale problematiek bij chronisch lichamelijk zieken. Hier liggen verschillende redenen aan ten grondslag, waaronder tijd en werkdruk; gebrek aan herkenning van psychosociale klachten; en gebrek aan kennis over mogelijke behandelingen.
- Randvoorwaarden op patiënt-niveau:
Het wegnemen of verlagen van drempels voor chronisch lichamelijk zieke patiënten om psychosociale hulp te zoeken, bijvoorbeeld door de acceptatie van het zoeken van psychosociale hulp te vergroten.

Toekomst: inzetten op innovatieve, laagdrempelige en kostenbesparende interventies

Een heikel punt is dat het grote aantal chronisch lichamelijk zieke patiënten dat potentieel baat kan hebben bij een psychosociaal zorgaanbod ook een risico met zich meebrengt als deze groep daadwerkelijk op zoek gaat naar psychosociale zorg: er is eenvoudigweg te weinig geld en tijd beschikbaar om iedereen de gewenste psychosociale zorg te bieden. Volgens deskundigen dient dan ook ingezet te worden op innovatieve, laagdrempelige en kostenbesparende interventies om het bereik van psychosociale zorg voor chronisch lichamelijk zieken te vergroten en tegelijk betaalbaar te houden. In dit kader wordt vooral gepleit voor het sterker inzetten op zelfmanagement en e-mental health interventies.

Tot slot

Op basis van deze rapportage kan geconcludeerd dat er positieve ontwikkelingen gaande zijn op het gebied van psychosociale zorg bij chronische lichamelijke ziekte. Er bestaan recent opgestelde 'somatische' zorgstandaarden en multidisciplinaire richtlijnen die veel aandacht hebben voor psychosociale aspecten en concrete aanbevelingen bieden hoe om te gaan met psychosociale problematiek. Er vindt onderzoek plaats naar hoe psychosociale zorg voor chronisch lichamelijk zieken beter georganiseerd kan worden, op een kosten-effectieve manier. Het psychosociale behandelaanbod voor chronisch lichamelijk zieken wordt uitgebreid door de ontwikkeling, implementatie en het in de praktijk aanbieden van vernieuwende interventies. Er worden verschillende methodes geïmplementeerd of reeds in de praktijk toegepast die zorgverleners ondersteunen bij het bieden van psychosociale zorg aan chronisch lichamelijk zieken. Echter, uit onze inventarisatie blijkt ook dat deze initiatieven ad hoc geïmplementeerd of aangeboden worden in de praktijk en dat integrale zorg nog geen gemeengoed is. Dit vraagt om beleid dat een betere integratie van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijk zieken stimuleert. De geïnterviewde deskundigen hebben een breed scala aan aanknopingspunten aangeleverd hoe dit beleid vorm te geven.

1 Algemene inleiding

Deze rapportage probeert aanknopingspunten te bieden voor een betere integratie van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor patiënten met een chronische lichamelijke ziekte. Daarbij wordt gefocust op drie veel voorkomende lichamelijke aandoeningen: coronaire hartziekte, diabetes type 2 en chronisch obstructieve longziekte (COPD). Alvorens nader in te gaan op de doelstelling en afbakening van het rapport, zal noodzakelijke achtergrondinformatie gegeven worden.

1.1 Achtergrond

Confrontatie met chronische lichamelijke ziekte: veel voorkomend en ingrijpend

Chronische lichamelijke ziekten komen vaak voor. Geschat wordt dat circa een kwart van de mensen in Nederland één of meer chronische lichamelijke ziekten heeft (Hoeymans e.a., 2008). In absolute zin zal het aantal chronisch lichamelijke ziekten de komende jaren verder gaan toenemen (Blokstra & Verschuren, 2007). Deze groei heeft verschillende oorzaken, waaronder de stijgende levensverwachting, de medische vooruitgang en de trend naar een ongezonde leefstijl, waardoor overgewicht en andere risicofactoren voor ziekten vaker voorkomen (Hoeymans e.a., 2010).

De confrontatie met een chronische lichamelijke ziekte zal voor de meeste mensen een ingrijpende gebeurtenis zijn. Men zal zich moeten aanpassen aan de lichamelijke en psychosociale gevolgen van de aandoening. Bij aanpassingen op fysiek gebied gaat het om zaken zoals het geregeld moeten gebruiken van medicijnen, het veranderen van het voedings- en bewegingspatroon en het leren herkennen van en adequaat reageren op symptomen (Van Erp & Donders, 2004). Aanpassingen op het psychosociale vlak betreffen aanpassingen aan de meer indirecte gevolgen van een ziekte. Hier gaat het om zaken zoals een veranderde rol ten aanzien van bijvoorbeeld werk of relaties met naasten, het aanpassen van overtuigingen, doelen en verwachtingen en het leren omgaan met emotionele gevolgen, zoals angst en depressie (Van Erp & Donders, 2004). Het aanpassingsproces kan in drie globale fasen verdeeld worden (Van Erp & Schipper, 2010):

- *herstelfase*: de eerste fase na confrontatie met de ziekte is vooral gericht op herstel en het minimaliseren van de lichamelijke gevolgen;
- *verwerkingsfase*: in deze fase gaat het met name om confrontatie met en acceptatie van blijvende gevolgen;
- *aanpassingsfase*: in de laatste fase staat het aanpassen aan blijvende gevolgen centraal.

De meeste patiënten die geconfronteerd worden met een chronische lichamelijke ziekte doorlopen dit aanpassingsproces zonder grote moeilijkheden. Sommige ervaren echter meer problemen. Er kunnen drie groepen onderscheiden worden (Van Erp e.a., 2006):

- *patiënten zonder psychosociale problemen*: deze patiënten lukt het om op eigen kracht beperkingen en veranderingen als gevolg van de chronische lichamelijke ziekte te integreren in hun leven. Aanpassingsproblemen op leefstijlgebied kunnen wel aanwezig zijn, maar zullen vooral voortvloeien uit een gebrek aan kennis of organisatievaardigheden;
- *patiënten met psychosociale problemen*: deze patiënten hebben meer moeilijkheden met het integreren van de beperkingen en veranderingen in hun leven. Zij ervaren klachten, zoals somberheid, angstgevoelens, prikkelbaarheid/boosheid, onzekerheid en problemen met werkherhvatting. Hoewel gevonden prevalentiecijfers nogal variëren, wordt geschat dat circa 30% van de chronisch lichamelijke zieken psychosociale problemen ervaart (Pool e.a., 2004);
- *patiënten met een psychische stoornis*: sommige patiënten hebben langdurig last van psychosociale problemen en het lukt hen ook niet deze op eigen kracht te overwinnen. Deze patiënten ontwikkelen een psychische stoornis, zoals een depressieve stoornis of een angststoornis.

Opgemerkt moet worden dat aanwezige psychosociale problemen of psychische stoornissen bij chronisch lichamelijke zieken niet noodzakelijkerwijs direct het gevolg hoeven te zijn van de lichamelijke aandoening. Voor het lezersgemak wordt in het vervolg van dit rapport de term psychosociale problemen breed opgevat, inclusief psychische stoornissen.

Het belang van psychosociale problemen bij chronische lichamelijke ziekte

De relevantie van psychosociale problemen bij chronisch lichamelijke zieke patiënten kan goed geïllustreerd worden aan de hand van het uitgebreide onderzoek naar het vóórkomen en de gevolgen van bijkomende depressie.

Het blijkt dat chronisch lichamelijke zieken relatief vaak last hebben van depressieve symptomen of een depressieve stoornis (o.a. Katon, 2003; Evans e.a., 2005; Katon, 2011). In een groot Canadees bevolkingsonderzoek werd bijvoorbeeld gevonden dat 9% van de personen met één of meerdere chronische lichamelijke ziekten in het afgelopen jaar een depressieve stoornis had, tegenover 4% van degenen zonder een chronische lichamelijke aandoening (Patten e.a., 2005). Resultaten van meta-analyses laten hoge prevalenties van depressieve stoornis en/of depressieve symptomen zien bij patiënten met verschillende chronische lichamelijke ziekten, zoals patiënten met COPD (Zhang e.a., 2011), diabetes (Anderson e.a., 2001) of een doorgemaakt hartinfarct (Thombs e.a., 2006).

Depressie¹ komt niet alleen vaak voor bij chronisch lichamelijke zieken, maar heeft ook belangrijke gevolgen voor zowel de individuele patiënt als voor de samenleving als geheel. De aanwezigheid van depressie beïnvloedt het beloop van een chronische lichamelijke ziekte ongunstig (Evans e.a., 2005; Katon, 2011). Onderzoek laat zien dat depressie samenhangt met een verhoogd risico op het optreden van complicaties – bijvoorbeeld micro- en macrovasculaire complicaties bij diabetespatiënten (De Groot e.a., 2001; Lin e.a., 2010) – of het optreden van nieuwe incidenten – bijvoorbeeld een

1 Depressieve symptomen of depressieve stoornis.

nieuw cardiaal incident bij patiënten die een hartinfarct hebben doorgemaakt (Meijer e.a., 2011). Er is evidentie dat depressie bij patiënten met diabetes of coronaire hartziekten de kans op overlijden vergroot (Katon e.a., 2008; Meijer e.a., 2011). Patiënten met een chronische lichamelijke ziekte en depressie hebben last van meer lichamelijke symptomen dan degenen zonder deze comorbiditeit, ook wanneer rekening gehouden wordt met de ernst van de lichamelijke ziekte (Ludman e.a., 2004; Katon e.a., 2007). Daarnaast is aangetoond dat depressie bij chronisch lichamelijke zieken gepaard gaat met verlies van kwaliteit van leven en verminderd functioneren (Noël e.a., 2004; Buist-Bouwman e.a., 2005; Baune e.a., 2007; Scott e.a., 2009). De relatie tussen depressie en de diverse negatieve uitkomsten kan deels verklaard worden doordat depressie goede zelfzorg en therapietrouw bij chronisch lichamelijke zieken in de weg staat (DiMatteo e.a., 2000; Gonzalez e.a., 2008).

Vanuit maatschappelijk oogpunt is depressie bij chronische lichamelijke ziekte van belang gezien de samenhang met meer zorggebruik en hogere zorgkosten (Simon e.a., 1995; Koopmans e.a., 2005a, 2005b; Katon, 2011). Daarnaast is het werkverzuim onder chronisch lichamelijke zieken met depressie groter dan onder degenen zonder depressie (Buist-Bouwman e.a., 2005; Baune e.a., 2007).

Effectiviteit van behandeling van psychosociale problemen bij chronisch zieken

Over het algemeen bestaat er voor verschillende chronische lichamelijke ziekten een uitgebreid aanbod van psychologische interventies (zie voor overzichten: Jaspers & Van Middendorp, 2010; Kaptein e.a., 2006). Het algemene beeld dat naar voren komt uit effectonderzoek is dat psychologische interventies effectief zijn in het verminderen van onwelbevinden en het verhogen van de kwaliteit van leven van chronisch lichamelijke zieken (Van Straten e.a., 2010; Jaspers & Van Middendorp, 2010). Wat betreft psychofarmacologische behandeling bij lichamelijke ziekte, is er vooral effectonderzoek uitgevoerd naar de gebruikelijke medicamenteuze behandeling van depressie. In het algemeen wijst dit onderzoek erop dat behandeling met antidepressiva matig positieve effecten heeft op depressie bij chronisch lichamelijke zieken (Evans e.a., 2005; Van der Feltz-Cornelis e.a., 2010; Revalidatiecommissie NVVC/NHS en projectgroep PAAHR, 2011).

In hoeverre psychologische en psychofarmacologische interventies het beloop van een lichamelijke ziekte gunstig kunnen beïnvloeden is nog onduidelijk. Het onderzoek hiernaar laat wisselende resultaten zien (Evans e.a., 2005; Van Straten e.a., 2010). Vaak hebben de effectstudies belangrijke beperkingen (zoals bv. kleine studiepopulaties en een korte follow-up periode) waardoor ze mogelijk gunstige effecten op 'harde' medische uitkomsten niet goed kunnen aantonen (Revalidatiecommissie NVVC/NHS en projectgroep PAAHR, 2011; Katon, 2011; Van der Feltz-Cornelis e.a., 2010). Het is interessant om op te merken dat verschillende recente buitenlandse studies bemoedigende resultaten vinden. Onlangs heeft een Zweedse studie bijvoorbeeld aangetoond dat een psychologische behandeling bij patiënten die na een cardiale gebeurtenis opgenomen zijn geweest in een ziekenhuis, op de langere termijn tot betere cardiale uitkomsten leidt (Gulliksson e.a., 2011). Tijdens de interventie werd patiënten geleerd beter om te

gaan met stress en emotionele factoren. Gedurende de follow-up van bijna acht jaar werd – rekening houdend met verstorende variabelen – een vermindering van 41% van nieuwe, al dan niet fatale, cardiale incidenten gevonden, en ook een vermindering van 45% van het aantal terugkerende hartinfarcten (Gulliksson e.a., 2011). Een recente Amerikaanse studie onderzocht de effecten van een integrale, multidisciplinaire benadering van depressieve patiënten met slecht gereguleerde diabetes en/of harten vaatziekten in de eerste lijn. Gevonden werd dat de aanpak niet alleen tot een vermindering van depressie leidde, maar ook tot betere medische uitkomsten, zoals een verbeterde bloeddruk en cholesterolgehalte (Katon e.a., 2010).

Psychosociale zorg geen standaard onderdeel van de zorg voor chronisch zieken

Het belang van psychosociale problematiek bij chronisch lichamelijk zieken is evident, en er zijn effectieve interventies voorhanden, in ieder geval in termen van het verminderen van psychisch onwelbevinden en het verbeteren van kwaliteit van leven. Desondanks maakt psychosociale zorg nog geen standaard onderdeel uit van de zorg voor chronisch lichamelijke ziekten (Jaspers & Van Middendorp, 2010; Kaptein e.a., 2006).

Een groot deel van de zorg voor patiënten met een chronische lichamelijke ziekte vindt plaats in de huisartsenpraktijk (Heijmans e.a., 2010). Er zijn aanwijzingen dat in de huisartsenpraktijk vaak nog weinig structurele aandacht is voor de psychosociale zorg voor chronische lichamelijke ziekten (Van Eijk, 2010; Lamers & Jonkers, 2010; Nuijen, 2009). Kijkend naar de ziekenhuissetting, werd door een visitatiecommissie vastgesteld dat de afdelingen Medische Psychologie in de ziekenhuizen doorgaans te klein zijn (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1988). Dit heeft tot gevolg dat het potentieel aan behandelmogelijkheden niet ten volle benut wordt (Veenstra & Vonk, 2006). Meer recentelijk is geschat dat slechts 0,37% van de totale ziekenhuispopulatie verwezen wordt naar psychologen werkzaam in het ziekenhuis (Soons, 2006). Wat betreft de ziekenhuispsychiatrie, werd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2005 gerapporteerd dat er een grote variatie bestaat tussen ziekenhuizen wat betreft de invulling van psychiatrische zorg (Robben & Tietema, 2005). Daarnaast werd geconstateerd dat de samenwerking en samenhang tussen de ziekenhuispsychiatrie met andere disciplines binnen het ziekenhuis op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, zoals de psycholoog en het medisch maatschappelijk werk, lokaal bepaald wordt, en meestal afhankelijk is van personen en niet ingebed is in een organisatorische structuur (Robben & Tietema, 2005). Adviesrapportages rondom specifieke chronische lichamelijke aandoeningen wijzen ook op een beperkte aandacht voor psychosociale zorg. Op basis van literatuuronderzoek werd bijvoorbeeld vastgesteld dat de psychologische zorg voor patiënten met diabetes verbeterd kan worden (Van Meeteren-Schram & Baan, 2007). Een adviescommissie, die werd ingesteld door de Nederlandse Hartstichting, concludeerde – op basis van eigen expertise en literatuuronderzoek - dat binnen de zorg voor patiënten met een hart- en vaatziekte geen sprake is van een systematische aanpak van psychosociale problematiek. Vooral in de latere, chronische fase van harten vaatziekten is er weinig aandacht voor deze problematiek (Van Erp e.a., 2006).

Een belangrijke barrière voor het ontvangen van psychosociale zorg wordt gevormd door de matige herkenning van psychische problematiek in de huisartsenpraktijk en de ziekenhuissetting. Gevonden werd bijvoorbeeld dat bijna driekwart van de patiënten met een chronische lichamelijke ziekte en een depressieve stoornis niet als depressief gediagnosticeerd was door hun huisarts, zoals blijkt uit het ontbreken van een geregistreerde diagnose depressie in hun medische dossiers (Nuyen e.a., 2005). Een ander studie liet zien dat diabetesverpleegkundigen bij slechts 20-29% van de poliklinische diabetespatiënten met angstklachten, depressieve klachten of diabetesspecifieke emotionele klachten, deze problematiek ook herkend en geregistreerd hadden in hun medische dossiers (Pouwer e.a., 2006).

Betere integratie van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijk zieken staat in de belangstelling

Het realiseren van een betere integratie van psychosociale zorg in de bestaande zorg voor chronisch lichamelijk begint meer aandacht te krijgen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit initiatieven vanuit gezondheidsfondsen. Zo streeft de Nederlandse Hartstichting met een apart programma, Hart voor Mensen, naar een betere inbedding van de psychosociale zorg in de bestaande zorg voor patiënten met hart- en vaatziekten². Een ander voorbeeld is het in 2009 gestarte fusieprogramma 'soma-psyche' waarin het VU Medisch Centrum en de GGZ-instelling GGZ inGeest gezamenlijk proberen een integrale benadering van lichaam en geest te realiseren, zowel in patiëntenzorg als in onderwijs, opleiding en onderzoek³. Nog weer een ander voorbeeld is dat comorbiditeit, waaronder het gelijktijdig vóórkomen van lichamelijke en psychische problemen, in de landelijke kennisagenda GGZ⁴ is aangemerkt als één van de inhoudelijke thema's waaraan de komende jaren met voorrang aandacht aan gegeven dient te worden (Trimbos-instituut, GGZ Nederland & ZonMw, 2008). In lijn daarmee is in 2008 het ZonMw programma Disease management chronische ziekten van start gegaan, in opdracht van onder meer het Ministerie van VWS, ICTRegie en de sectie Gezondheidsfondsen van de VFI⁵. In het programma wordt door middel van onderzoek- en implementatieprojecten nagegaan hoe de zorg voor chronisch zieken verbeterd kan worden (ZonMw, 2010). Daarbij is ook veel aandacht voor comorbiditeit, waaronder ook het samengaan van lichamelijke en psychische klachten. In 2012 zijn eerste resultaten te verwachten.

Ook vanuit de overheid staat het realiseren van een betere integratie van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijk zieken in de belangstelling. Vanuit het Ministerie van VWS wordt sinds enkele jaren ingezet op integrale, multidisciplinaire zorgverlening aan chronisch zieke patiënten (VWS, 2008). Verder heeft het Ministerie recentelijk aangegeven dat in de zorg meer aandacht dient te komen voor de relatie tussen psychische problemen en lichamelijke klachten (VWS, 2011a&b).

2 www.hartvoormensen.nl

3 www.emgo.nl/research/mental-health/research-themes/2/soma--psyche/aims-and-scope/

4 De Kennisagenda GGZ is een gezamenlijk initiatief van het Trimbos-instituut, GGZ Nederland en ZonMw.

5 VFI is de branchevereniging van landelijk wervende goede doelen.

1.2 Doelstelling en afbakening

Doelstelling

Gegeven de hierboven geschetste achtergrond, is het doel van deze rapportage om aanknopingspunten te bieden voor een betere integratie van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijke ziekten.

Hiertoe wordt in het eerste deel van het rapport de *stand van zaken* beschreven ten aanzien van:

- de aandacht voor psychosociale aspecten in zorgstandaarden en richtlijnen voor de zorg aan chronisch lichamelijke ziekten; en
- interventies die worden onderzocht, geïmplementeerd of aangeboden in de praktijk en die bijdragen aan een betere inbedding van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijke ziekten.

Op basis van de bevindingen worden aanbevelingen geformuleerd.

Daarna wordt in het tweede deel van het rapport de *toekomstvisie* van deskundigen beschreven. Door middel van interviews is hen gevraagd hoe een betere integratie van psychosociale zorg in de bestaande zorg voor chronisch lichamelijke ziekten gerealiseerd kan worden.

Afbakening: focus op coronaire hartziekte, diabetes type 2 en COPD

De rapportage focust op drie chronische lichamelijke aandoeningen: coronaire hartziekte, diabetes type 2 en COPD. Aan het eind van de inleiding wordt achtergrondinformatie gegeven over deze ziektebeelden, waarbij ook kort ingegaan wordt op veel voorkomende psychosociale problemen. De keuze voor het drietal aandoeningen is deels gemaakt vanuit pragmatische overwegingen: gegeven de beperkte looptijd van het project kon maar een beperkt aantal chronische lichamelijke ziekten onder de loep genomen worden.

Daarnaast liggen verschillende inhoudelijke redenen ten grondslag aan de keuze. Allereerst zijn het veel voorkomende aandoeningen. Geschat wordt dat er in Nederland op 1 januari 2007 bijna 650.000 mensen met een coronaire hartziekte⁶ waren; bijna 670.000 mensen met diabetes (type 1 en type 2 tezamen)⁷; en ruim 275.000 mensen met COPD (Hoeymans e.a., 2010). Verwacht wordt dat het absoluut aantal patiënten met één van de drie aandoeningen zal toenemen in de toekomst (Van Dis e.a., 2010; Boezen e.a., 2006a; Baan & Poos, 2011a). Vooral het aantal diabetespatiënten zal bij ongewijzigd beleid sterk gaan toenemen: naar verwachting zullen er in 2025 ruim 1,3 miljoen patiënten met gediagnosticeerde diabetes zijn (Baan & Poos, 2011a). Ten tweede behoren de drie aandoeningen – mede doordat ze veel voorkomen – in Nederland tot de top tien van ziekten die zorgen voor de grootste ziektelast (Hoeymans e.a., 2010). Coronaire hartziekten staat zelfs op plaats 1, diabetes (type 1 en type 2 tezamen) op plaats 5 en COPD op plaats 7.

6 Coronaire hartziekten zijn de meest voorkomende hart- en vaatziekten in Nederland.

7 Circa 90% van de diabetespatiënten heeft diabetes type 2 (Baan & Poos, 2011b).

Een derde inhoudelijke reden voor de keuze van aandoeningen is dat er zorgstandaarden ontwikkeld zijn voor diabetes type 2 en COPD (NDF, 2007; LAN, 2010). Daarnaast is er een Zorgstandaard Vasculair risicomanagement opgesteld die gericht is op patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, waaronder ook patiënten met diabetes type 2 of patiënten die al een coronaire hartziekte hebben (gehad) vallen (Platform Vitale Vaten, 2009). Een zorgstandaard beschrijft de norm waaraan goede zorg voor een bepaalde aandoening moet voldoen, zowel wat betreft de inhoud als de organisatie van de zorg. Zorgstandaarden vormen de basis van de zogenoemde programmatische aanpak van chronische ziekten waarop het Ministerie van VWS – samen met zorgverleners en patiënten – sinds 2008 op inzet (VWS, 2008). De programmatische aanpak, ook wel aangeduid als de diseasemanagement benadering, stelt de patiënt centraal en voorziet in een zoveel mogelijk sluitende keten van vroegtijdige herkenning, preventie, zelfmanagement en goede zorg (VWS, 2008). De benadering betekent een cultuuromslag naar meer proactieve, patiëntgerichte en integrale chronische zorg (VWS, 2008).

Opbouw rapport

Het rapport is opgedeeld in twee delen. In deel A wordt de stand van zaken beschreven ten aanzien van:

- de aandacht voor psychosociale aspecten in zorgstandaarden en richtlijnen voor de zorg aan patiënten met coronaire hartziekten, diabetes type 2, of COPD (hoofdstuk 2); en
- interventies die worden onderzocht, geïmplementeerd of aangeboden in de praktijk en die bijdragen aan een betere inbedding van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor patiënten met coronaire hartziekten, diabetes type 2, of COPD (hoofdstuk 3).

Beide hoofdstukken sluiten af met aanbevelingen.

In deel B wordt naar de toekomst gekeken en worden aanbevelingen van deskundigen beschreven over hoe een betere integratie van psychosociale zorg in de bestaande zorg voor chronisch lichamelijk zieken gerealiseerd kan worden (hoofdstuk 4).

Het rapport sluit af met een nabeschuiving.

In de bijlagen wordt gedetailleerde informatie gepresenteerd over de aandacht voor psychosociale aspecten in de bestudeerde zorgstandaarden en richtlijnen (bijlage 1), de kenmerken van gevonden interventies (bijlage 2) en geïnterviewde en geraadpleegde personen (bijlage 3).

Hieronder wordt achtergrondinformatie gegeven over coronaire hartziekten, diabetes type 2 en COPD.

Coronaire hartziekten en beloop¹

Coronaire hartziekten zijn aandoeningen die worden veroorzaakt door vernauwingen in de kransslagaders, die zijn veroorzaakt door aderverkalking (atherosclerose). Coronaire hartziekten worden onderverdeeld in acute (hartinfarct) en chronische (angina pectoris) vormen. Een hartinfarct, in de volksmond hartaanval genoemd, ontstaat wanneer een bloedstolsel een kransslagader plotseling afsluit. Door die afsluiting krijgt het bijbehorende gedeelte van de hartspier geen zuurstof meer en sterft af. De afsluiting gaat gepaard met plotselinge, hevige pijn in de borst die lang aanhoudt. Als gevolg van het hartinfarct treedt verlies van hartspierweefsel op. Ook kan de elektrische geleiding beïnvloed worden, waardoor de kans op hartritmestoornissen toeneemt. De ernst van een hartinfarct hangt af van de grootte en de plaats van de beschadiging van het hart.

Bij angina pectoris zijn de klachten over het algemeen minder hevig en korter durend. Angina pectoris wordt veroorzaakt door een tijdelijk tekort in de bloedtoevoer van het hart. Dit komt vrijwel altijd door één (of meer) vernauwing(en) in één van de kransslagaders, waardoor een deel van de hartspier te weinig zuurstof krijgt. Meestal ontstaat dit gebrek aan zuurstof bij inspanning. Wanneer het plaatsvindt in rust, spreekt men over instabiele angina pectoris en deze variant is moeilijk te onderscheiden met een hartinfarct.

De prognose van patiënten met coronaire hartziekten is afhankelijk van diverse factoren waaronder de ernst van de atherosclerotische afwijkingen van het hart en eventuele andere organen (hersenen, nier, grote slagaders), de resterende functie van het hart en de aanwezigheid van risicofactoren voor atherosclerose, zoals roken en verhoogde bloeddruk.

Zorggebruik en kosten²

Patiënten met chronische klachten of stabiele angina pectoris kunnen worden begeleid door de huisarts. Bij vermoeden van een acuut hartinfarct of een instabiele angina pectoris, stuurt de huisarts de patiënt naar de cardioloog. Na ontslag uit het ziekenhuis neemt de huisarts een deel van de taken van de cardioloog over. Indien het herstel in het eerste jaar verder ongecompliceerd verloopt, neemt de huisarts de verdere zorg voor de patiënt op zich. Een doorgemaakt hartinfarct kan leiden tot hartfalen (pompfalen van het hart). In dat geval blijft de patiënt langdurig aangehouden op intensieve begeleiding door huisarts of cardioloog. Coronaire hartziekten staat in 2005 in de top drie van diagnoses met de meeste klinische opnamen en opnamedagen.

De zorg voor coronaire hartziekten staat in de top tien van duurste ziekten. In 2005 bedroegen de kosten 1.290 miljoen euro. In totaal maakten de kosten voor zorg voor coronaire hartziekten 1,9% van de totale kosten voor de gezondheidszorg in Nederland. Meer dan de helft wordt uitgegeven aan ziekenhuiszorg en bijna een derde aan genees- en hulpmiddelen.

Psychosociale problemen

Na een hartinfarct komen relatief vaak psychosociale problemen voor (De Boer e.a., 2005). Een meta-analyse wijst erop dat 31% van de patiënten die een hartinfarct overleven depressieve symptomen hebben, en bijna 20% een depressieve stoornis (Thombs e.a., 2006). Er zijn aanwijzingen dat een substantieel deel van de depressieve patiënten een jaar na het cardiale incident nog steeds depressief is (De Boer e.a., 2005). Depressie bij patiënten met een coronaire hartziekte manifesteert zich meestal anders dan bij andere patiëntgroepen. Klachten als vermoeidheid en gebrek aan energie staan het meest op de voorgrond, en niet de depressieve stemming (Kop & Ader, 2001). Angstsymptomen en angststoornissen komen bij een belangrijk deel van de patiënten voor tot 18 maanden na een hartinfarct (Revalidatiecommissie NVVC/NHS en projectgroep PAAHR, 2011). Ook angst kan zich anders manifesteren, waarbij de lichamelijke klachten zoals pijn op de borst en hartkloppingen veel meer in het oog springen dan de angstklachten (Revalidatiecommissie NVVC/NHS en projectgroep PAAHR, 2011). Er zijn aanwijzingen dat persoonlijkheidstypen, en specifiek de type D persoonlijkheid, eraan kunnen bijdragen dat hartpatiënten meer psychosociale problemen ervaren (Denollet e.a., 2006). Mensen met een type D persoonlijkheid hebben vaak negatieve emoties en zijn tegelijkertijd geneigd zich geremd te voelen in sociale interacties en negatieve emoties niet te uiten (Denollet e.a., 2006).

¹ Letterlijke weergave van tekst van Deckers e.a. (2010) in het Nationaal Kompas Volksgezondheid.

² Letterlijke weergave van tekst van Van Wieren e.a. (2010a) in het Nationaal Kompas Volksgezondheid.

Diabetes type 2 en beloop¹

Diabetes, in de volksmond suikerziekte genoemd, is een chronische stofwisselingsziekte die gepaard gaat met een te hoog glucosegehalte in het bloed. Bij diabetes is het lichaam niet meer in staat om glucose goed te verwerken. Dat komt omdat er te weinig of geen insuline wordt aangemaakt of omdat het lichaam ongevoelig is geworden voor de insuline. Insuline is nodig voor het transport van glucose uit het bloed naar de lichaamsweefsels. Bij geen of onvoldoende insuline heeft het lichaam moeite om de glucose uit het bloed te krijgen en stijgen de bloedglucosewaarden. Hierdoor ontstaan allerlei klachten en complicaties.

Ongeveer 90% van de diabetespatiënten heeft diabetes type 2. Dit type diabetes ontstaat als gevolg van stoornissen in de afscheiding van insuline en/of het niet optimaal benutten van de aanwezige insuline door weefsels (insulineresistentie). Hierdoor ontstaat op den duur een te hoog glucosegehalte in het bloed.

Diabetes type 2 ontstaat geleidelijk en de eerste klachten zijn vaak vaag. Daardoor wordt de diabetes vaak pas na jaren herkend en gediagnosticeerd. Deze klachten zijn veel drinken, veel eten, vaak urineren, moeheid en duizeligheid. Door schade aan bloedvaten en zenuwweefsel treden bij diabetes type 2 op den duur vaak macro- en microvasculaire complicaties op, zoals hart- en vaatziekten (hartinfarct, beroerte, doorbloedingsstoornissen van de benen), diabetische retinopathie, blindheid, nierziekten en gevoelloosheid en/of pijn in de ledematen.

Zorggebruik en kosten²

De standaardzorg voor mensen met diabetes richt zich op patiënten zonder ernstige complicaties, met als een van de belangrijkste doelen het voorkomen of uitstellen van complicaties. Een groot deel van de standaard diabeteszorg vindt plaats in de huisartsenpraktijk. Wanneer behandeldoelen in de standaardzorg niet worden gehaald of wanneer sprake is van onvoldoende verbetering, acute ontregeling of het optreden van (ernstige) complicaties, vindt doorverwijzing naar de tweede lijn plaats voor complexe zorg.

In 2006 had 95% van de diabetespatiënten contact met de huisarts; 87% met een medisch specialist; 76% met een diabetesverpleegkundige (in de eerste of tweede lijn); en 65% met de praktijkondersteuner. Verder heeft een deel van diabetespatiënten in de eerste lijn nog contact met onder andere de fysiotherapeut, diëtist en podotherapeut.

In 2007 bedroegen de kosten van diabeteszorg 1,0 miljard euro. In totaal maakten de kosten voor diabeteszorg 1,4% uit van de totale kosten voor de gezondheidszorg in Nederland. Van de kosten voor diabetes wordt 58% uitgegeven aan genees- en hulpmiddelen, 14% aan ziekenhuiszorg en 9% aan ouderenzorg.

Psychosociale problemen

Vanaf de diagnose doet diabetes en de behandeling ervan een beroep op het aanpassingsvermogen van patiënten (Keers & Pouwer, 2010). De primaire verantwoordelijkheid voor de dagelijkse behandeling van diabetes ligt bij de patiënt zelf, in de vorm van goede zelfzorg (Snoek, 2006). Ook het omgaan met de onzekerheid van mogelijke toekomstige complicaties, maakt dat diabetes als psychosociaal belastend ervaren kan worden (Keers & Pouwer, 2010). Patiënten kunnen bij het daadwerkelijk ontwikkelen van complicaties psychisch ernstig ontregeld raken, vooral wanneer de complicaties verlies van (het perspectief op) werk en sociale rollen tot gevolg hebben (Snoek, 2006).

Psychosociale problemen bij diabetes kunnen geplaatst worden op een glijdende schaal, variërend van aanpassingsproblemen tot depressie en angststoornissen (Keers & Pouwer, 2010). Aanpassingsproblemen manifesteren zich in emotionele spanningen, gevoelens van boosheid en somberheid (Snoek e.a., 2004). Wanneer het patiënten ondanks hun inspanningen gedurende lange tijd niet lukt de diabetes goed te reguleren, kan 'diabetes burnout' ontstaan (Polonsky, 1999). Kenmerkend voor 'diabetes burnout' zijn gevoelens als machteloosheid, energietekort, en zich opgebrand voelen door de dagelijkse inspanningen voor zelfzorg (Keers & Pouwer, 2010). Diabetespatiënten hebben relatief vaak depressieve symptomen of een depressieve stoornis, met geschatte prevalenties van respectievelijk 31% en 11% (Anderson e.a., 2001). Ook angstsymptomen en angststoornissen komen regelmatig voor bij diabetes (Grigsby e.a., 2002).

¹ Letterlijke weergave van tekst van Baan e.a. (2011) in het Nationaal Kompas Volksgezondheid.

² Letterlijke weergave van tekst van Van Wieren e.a. (2010b) in het Nationaal Kompas Volksgezondheid.

COPD en beloop¹

Chronisch obstructieve longziekte (COPD) is een chronische vernauwing van de luchtwegen die de ademhaling beperkt. COPD kenmerkt zich door klachten van kortademigheid, hoesten en/of opgeven van slijm. De luchtwegvernauwing of luchtwegobstructie is permanent aanwezig en grotendeels onomkeerbaar. COPD omvat chronische bronchitis en emfyseem. Chronische bronchitis is een chronische ontsteking van het slijmvlies door langdurige blootstelling aan bepaalde prikkelende stoffen. Bij emfyseem is sprake van rek uit de longen en verlies van longweefsel.

De luchtwegvernauwing ontstaat geleidelijk door regelmatige of chronische ontstekingsreacties in de luchtwegen na inademing van schadelijke deeltjes, zoals rook. In de beginfase is er vooral sprake van een toename van slijmvorming en hoesten. In de loop van de tijd neemt de luchtwegvernauwing langzaam toe. De structuur van de longen raakt beschadigd en de inhoud van de longen neemt af. Bij ernstig COPD kan hierdoor en door een afname van de kracht van ademspieren, de longfunctie met meer dan de helft verminderen.

COPD-patiënten hebben naast klachten ook vaak bijkomende complicaties, die het ziektebeeld verergeren. Veel voorkomende complicaties zijn bacteriële en/of virale luchtweginfecties en bijwerkingen van medicijnen.

Zorggebruik en kosten²

De belangrijkste zorgaanbieders voor mensen met COPD zijn de huisarts, longarts, longverpleegkundige, apotheker(sassistente), fysiotherapeut en thuiszorg. De huisarts stelt meestal de diagnose en neemt de behandeling op zich. Een deel van de patiënten met COPD gaat naar een specialist, meestal de longarts, voor nadere diagnostiek en behandeling.

De kosten voor zorg voor COPD en astma tezamen was in 2005 in totaal 799 miljoen euro en dit was 1,2% van de totale kosten van de gezondheidszorg in Nederland. Hiermee staan COPD en astma tezamen in de top tien van kosten van de gezondheidszorg naar aandoeningen.

Psychosociale problematiek

De klachten bij COPD, zoals kortademigheid, hoesten en het opgeven van slijm, zijn voortdurend aanwezig en verergeren doorgaans naar verloop van tijd. Als gevolg van de toenemende kortademigheid hebben veel patiënten psychische problemen, een afgenomen bewegingscapaciteit, en een verminderd sociaal functioneren (Scharloo e.a., 2006). De luchtwegklachten vormen belemmeringen in allerlei activiteiten. Zo wordt bijvoorbeeld het verrichten van betaald werk bemoeilijkt, evenals het uitvoeren van vrijetijdsactiviteiten (Scharloo e.a., 2006).

Angstsymptomen en angststoornissen komen relatief vaak voor bij patiënten met COPD (Brenes, 2003). Een recente meta-analyse vond dat bijna een kwart van de COPD-patiënten last heeft van depressieve symptomen (Zhang e.a., 2011). Vanwege het ontbreken van voldoende studies is het onduidelijk of een depressieve stoornis vaker voorkomt bij COPD-patiënten dan onder de algemene bevolking. Behalve angst en depressie kunnen andere klachten voorkomen, zoals schuldgevoelens, frustratie en afgenomen zelfwaardering, verminderd vertrouwen in het eigen lichaam, gevoelens van controleverlies, en gevoelens van onzekerheid (Kaptein e.a., 2010; Wempe & Schlösser, 2004).

¹ Letterlijke weergave van tekst van Boezen e.a. (2006b) in het Nationaal Kompas Volksgezondheid.

² Letterlijke weergave van tekst van Van Wieren e.a. (2008) in het Nationaal Kompas Volksgezondheid.

Deel A

Beschrijving stand van zaken

2 Stand van zaken: scannen van zorgstandaarden en richtlijnen

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden zorgstandaarden en richtlijnen voor de zorg van patiënten met coronaire hartziekten, diabetes type 2, of chronisch obstructieve longziekte (COPD) doorgenomen om na te gaan in hoeverre zij aandacht besteden aan psychosociale aspecten. Hierbij wordt breed gekeken. Er wordt niet alleen nagegaan welke aandacht er is voor psychische problemen (bv. depressie of angst), maar ook wat er gezegd wordt over bijvoorbeeld sociaal functioneren, sociale steun, of werkhervatting. Bij de behandeling van alle drie de ziektebeelden speelt zelfmanagement een belangrijke rol. Daarom wordt ook bekeken in hoeverre er aandacht is voor psychosociale aspecten van zelfmanagement.

Niet alleen de mate van aandacht voor psychosociale aspecten wordt geïnventariseerd, maar ook in hoeverre er concrete handvatten gegeven worden voor het bieden van psychosociale zorg. Tevens wordt inzichtelijk gemaakt welke verschillen er bestaan tussen de zorgstandaarden en richtlijnen voor de drie ziektebeelden.

Leeswijzer

In paragraaf 2.2 wordt de toegepaste methode besproken. Daarna wordt de aandacht voor psychosociale aspecten in de zorgstandaarden en richtlijnen achtereenvolgens besproken voor coronaire hartziekten (paragraaf 2.3), diabetes type 2 (paragraaf 2.4) en COPD (paragraaf 2.5). Voor de leesbaarheid is er voor gekozen de belangrijkste bevindingen beknopt te bespreken. Elke paragraaf wordt afgesloten met een samenvattende tabel, waarin per zorgstandaard en richtlijn aangegeven staat wat de *mate van aandacht* (veel, redelijk, weinig, niet/nauwelijks) is voor psychosociale aspecten. Ook staat aangegeven in hoeverre een zorgstandaard of richtlijn *concrete handvatten* (ja/enigszins/nee) geeft voor het bieden van psychosociale zorg. In de afsluitende paragraaf worden de bevindingen samengevat en beschouwd, en aanbevelingen geformuleerd.

Uitgebreide bespreking

Bijlage 1 presenteert een uitgebreide bespreking van de resultaten van het doornemen van de zorgstandaarden en richtlijnen. Daarbij worden de verschillende zorgstandaarden samengevat weergegeven in een stroomschema om een beeld te krijgen van hoe het zorgproces rond een bepaalde aandoening er uit zou dienen te zien en in hoeverre daarbij aandacht is voor psychosociale aspecten. Ook worden per richtlijn aanbevelingen met betrekking tot psychosociale aspecten in tabellen weergegeven, waarbij de letterlijke richtlijntekst aangehouden wordt.

2.2 Methode

Per ziektebeeld (coronaire hartziekte, diabetes type 2 en COPD) is nagegaan wat relevante zorgstandaarden en richtlijnen bespreken ten aanzien van psychosociale aspecten en welke aanbevelingen zij doen op dit gebied. Tabel 1 geeft een overzicht van de bestudeerde zorgstandaarden en richtlijnen. Opgemerkt dient te worden dat ook gekeken wordt naar de zorgstandaard en richtlijnen voor cardiovasculair risicomanagement. Dit omdat cardiovasculair risicomanagement een belangrijk onderdeel vormt van de zorg voor patiënten die een coronaire hartziekte hebben (gehad) en voor patiënten met diabetes type 2.

Tabel 1 Bestudeerde zorgstandaarden en richtlijnen, met vermelding van het jaar van uitgave.

	Coronaire hartziekten		Diabetes type 2		Cardiovasculair risicomanagement ^a		COPD	
	Naam	Jaar	Naam	Jaar	Naam	Jaar	Naam	Jaar
Zorgstandaard	n.v.t.		NDF Zorgstandaard	2007	Vasculair risicomanagement ^b	2009	COPD	2010
Klinische richtlijnen								
MDR	Hartvalidatie	2011	n.v.t.		Cardiovasculair risicomanagement	2011	Diagnostiek en behandeling van COPD	2010
NHG-Standaard	Beleid na een door-gemaakt myocardi-farct	2005	Diabetes mellitus type 2	2006	Cardiovasculair risicomanagement ^c	2006	COPD	2007
Samenwerkingsrichtlijnen								
LESA	n.v.t.		Diabetes mellitus type 2	2006	n.v.t.		COPD	2007
LTA	Beleid na een door-gemaakt myocardi-farct	2005	n.v.t. ^d		n.v.t.		COPD	2001

MDR= Multidisciplinaire richtlijn; LESA= Landelijk Eerstelijns Samenwerkingsafpraak;

LTA= Landelijk Transmurale Afspraak.

^a Voor zowel patiënten die een coronaire hartziekte hebben (gehad) als voor patiënten met diabetes type 2, vormt cardiovasculair risicomanagement een belangrijk onderdeel van de zorg.

^b Patiënten met diabetes type 2 worden behandeld volgens de Zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes-federatie (NDF). Voor hen is de Zorgstandaard Vasculair risicomanagement aanvullend.

^c Wat betreft de behandeling van cardiovasculaire risicofactoren, sluiten de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement en de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 op elkaar aan.

^d Ten tijde van het schrijven van deze rapportage waren het NHG en de Nederlandse Internisten Vereniging nog bezig met de ontwikkeling van de LTA Diabetes mellitus type 2.

Wat betreft richtlijnen is gekeken naar:

- *multidisciplinaire richtlijnen* (MDR'en), bedoeld voor alle disciplines die betrokken zijn bij het zorgproces voor een bepaalde aandoening; en
- *NHG-Standaarden*, monodisciplinaire richtlijnen voor huisartsen, die zijn opgesteld door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Naast deze klinische richtlijnen zijn ook *samenwerkingsrichtlijnen* geïnventariseerd. Deze zijn door het NHG en andere beroepsverenigingen opgesteld. De richtlijnen hebben betrekking op samenwerking binnen de eerste lijn (Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken; LESA), of op samenwerking tussen de eerste lijn en tweedelijns somatische gezondheidszorg (Landelijke Transmurale Afspraak; LTA). Monodisciplinaire richtlijnen die bedoeld zijn voor medisch specialisten worden niet besproken.

In het kader wordt nader ingegaan op de algemene achtergronden en doelen van zorgstandaarden, klinische richtlijnen en samenwerkingsrichtlijnen.

Zorgstandaarden

Een zorgstandaard is een algemeen raamwerk op hoofdlijnen voor de behandeling van mensen met een bepaalde aandoening. Het beschrijft de norm (gebaseerd op richtlijnen en wetgeving) waaraan goede zorg voor een bepaalde aandoening zowel zorginhoudelijk als procesmatig moet voldoen, gezien vanuit het patiëntenperspectief. Een zorgstandaard wordt ontwikkeld door de koepelorganisatie van patiënten, behandelaars en wetenschappers en maakt voor alle partijen in de markt inzichtelijk wat zij kunnen en mogen verwachten in het behandelingstraject (Coördinatieplatform Zorgstandaarden & ZonMw programma Diseasemanagement chronische ziekten, 2009).

Klinische richtlijnen

Waar een zorgstandaard de hoofdlijnen voor behandeling beschrijft, gaat een klinische richtlijn meer in op details over de inhoud van de zorg en geeft aanbevelingen over bijvoorbeeld screening, behandeling en medicatie.

Multidisciplinaire richtlijnen

Een multidisciplinaire richtlijn (MDR) is een landelijk geldende leidraad met aanbevelingen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering voor zorgverleners. De MDR is bedoeld voor alle disciplines die betrokken zijn bij het zorgproces voor een bepaalde aandoening en wordt ontwikkeld door een werkgroep die is samengesteld uit vertegenwoordigers van meerdere beroepsverenigingen, patiënten- en familieorganisaties en kennisinstututen waaronder het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO)¹ en het Trimbos-instituut². Een MDR wordt op een systematische wijze ontwikkeld en is gebaseerd op wetenschappelijke inzichten (evidence based) en klinische ervaring (practice based). Een MDR over een bepaalde aandoening kan beschouwd worden als een 'moederrichtlijn' op basis waarvan een vertaling plaats kan vinden naar monodisciplinaire richtlijnen die bedoeld zijn voor een enkele beroepsgroep.

NHG-Standaarden

NHG-Standaarden zijn monodisciplinaire richtlijnen voor het huisartsgeneeskundig handelen. Ze worden opgesteld door werkgroepen van huisartsen en beschrijven de taak van de huisarts bij uiteenlopende klachten en aandoeningen. De ontwikkeling van NHG-Standaarden verloopt eveneens volgens een vaste procedure die tot doel heeft de productie van kwalitatief hoogwaardige richtlijnen te garanderen (NHG, 2010).

Samenwerkingsrichtlijnen

In samenwerking met andere beroepsgroepen stelt het NHG ook samenwerkingsrichtlijnen op.

Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak (LESA)

Een LESA is een samenwerkingsdocument dat dient als uitgangspunt voor het realiseren van werkafspraken in de regio tussen huisartsen en een andere beroepsgroep uit de eerste lijn. Daarbij sluit een LESA zoveel mogelijk aan op bestaande NHG-Standaarden.³

Landelijke Transmurale Afspraak (LTA)

In een LTA worden richtlijnen voor de samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten gegeven die kunnen dienen als uitgangspunt voor regionale transmurale werkafspraken. Een LTA bespreekt de raakvlakken tussen de eerste- en tweedelijnszorg en sluit aan bij NHG-Standaarden en richtlijnen van medisch specialisten over een bepaald onderwerp.³

¹ Het CBO is een kennisinstituut en implementatiecentrum en houdt zich bezig met het verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het CBO ondersteunt medisch specialisten, paramedici en verpleegkundigen bij de ontwikkeling van MDR en multidisciplinaire evidence based richtlijnen (www.cbo.nl).

² Voor MDR'en in de GGZ.

³ http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_samenwerking.htm

2.3 Zorgstandaard en richtlijnen voor coronaire hartziekten: de aandacht voor psychosociale aspecten

2.3.1 Bestudeerde zorgstandaard en richtlijnen

Coronaire hartziekten zijn aandoeningen die worden veroorzaakt door vernauwingen in de kransslagaders, die zijn veroorzaakt door aderverkalking (atherosclerose). Coronaire hartziekten worden onderverdeeld in acute (hartinfarct) en chronische (angina pectoris) vormen (Deckers e.a., 2010). Tabel 2 geeft een overzicht van de zorgstandaard en richtlijnen voor coronaire hartziekten die in deze paragraaf besproken worden.

Tabel 2 Bestudeerde zorgstandaard en richtlijnen voor coronaire hartziekten

	Coronaire hartziekten		Cardiovasculair risicomanagement	
	Naam	Jaar	Naam	Jaar
Zorgstandaard	n.v.t.		Vasculair risicomanagement	2009
Klinische richtlijnen				
MDR	Hartrevalidatie	2011	Cardiovasculair risicomanagement	2011
NHG-Standaard	Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct	2005	Cardiovasculair risicomanagement	2006
Samenwerkingsrichtlijnen				
LTA	Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct	2005	n.v.t.	

MDR= Multidisciplinaire richtlijn; LTA= Landelijk Transmurale Afspraak.

De zorgstandaard en richtlijnen hebben betrekking op verschillende fases in de zorg. Doorgaans worden in de zorg bij hartziekten drie fases onderscheiden (Van Erp & Schipper, 2010; Revalidatiecommissie NVVC/NHS en projectgroep PAAHR, 2011):

- de *acute (of klinische) fase*;
De fase van behandeling direct na een acuut cardiaal incident (bv. een hartinfarct).
- de *revalidatiefase*;
Deze sluit aan op de klinische fase en begint na ontslag uit het ziekenhuis. In deze fase worden de doelen van de hartrevalidatie bepaald en vervolgens één of meer interventies aangeboden. Hartrevalidatie wordt aangeboden door een multidisciplinair team in een ziekenhuis of revalidatiecentrum.
- de *chronische (of postrevalidatie-) fase*;
Deze sluit aan op de revalidatiefase. Er vindt overdracht plaats naar de behandelende cardioloog en huisarts. In deze fase vormt cardiovasculair risicomanagement een belangrijk onderdeel van de zorg voor patiënten die een hartziekte hebben (doorgemaakt), waaronder hartinfarct en (instabiele) angina pectoris. Het doel

daarbij is de kans op nieuwe manifestatie van hartziekte en de kans op complicaties als gevolg van hartziekte te verminderen (secundaire preventie). Indien het cardiologisch verantwoord is, wordt de huisarts de verdere behandelaar.

De zorgstandaard en richtlijnen die in deze paragraaf besproken worden, kunnen ingedeeld worden naar de zorgfase(s) waar zij betrekking op hebben:

- De MDR Hartrevalidatie (Revalidatiecommissie NVVC/NHS en projectgroep PAAHR, 2011) is vanzelfsprekend hoofdzakelijk gericht op de *revalidatiefase*.
- De NHG-Standaard (Grundmeijer e.a., 2005) en LTA Beleid na een doorgemaakt coronair myocardinfarct (Boomsma e.a., 2005) geven aanbevelingen voor zowel de *revalidatie-* als *chronische fase*.
- De Zorgstandaard (Platform Vitale Vaten, 2009), de MDR (CBO, 2011) en de NHG-Standaard (2006) voor cardiovasculair risicomanagement hebben betrekking op de *chronische fase*.

2.3.2 Aandacht voor psychosociale aspecten: belangrijkste bevindingen⁸

Revalidatiefase

De recent uitgekomen *MDR Hartrevalidatie* (in 2011) is specifiek herzien en uitgebreid met betrekking tot psychosociale aspecten door een speciaal daartoe ingestelde projectgroep PAAHR (Psychische en Arbeidsgerelateerde Aspecten van HartRevalidatie⁹) (Revalidatiecommissie NVVC/NHS en projectgroep PAAHR, 2011). De MDR geeft dan ook uitgebreide en concrete aanbevelingen voor het verminderen van psychische symptomen, het vergroten van sociale steun en het bereiken van werkhervatting bij patiënten die doorverwezen worden voor hartrevalidatie. Wat betreft psychische symptomen wordt aanbevolen om aan de hand van screening en (eventuele) vervolgdagnostiek een onderscheid te maken tussen emotionele instabiliteit (dat bij een 'normale' verwerking van een cardiaal incident hoort), subklinische depressie en/of angst en een depressieve stoornis en/of angststoornis. Op basis van het onderscheid naar de mate en aard van de psychische problematiek worden vervolgens interventies aanbevolen, waaronder psychologische interventies, bewegingsprogramma's, ontspanningsprogramma's en/of medicamenteuze behandeling. De MDR beveelt ook aan te screenen op een gebrek aan sociale steun en, indien nodig, een interventie aan te bieden gericht op vergroten of verbeteren van de sociale ondersteuning. Daarbij is ook aandacht voor de rol van de mantelzorger (de niet-professionele zorgverlener, bv. de partner) en hoe deze ondersteund kan worden. Wat betreft screening beveelt de MDR geen specifieke screeningsinstrumenten aan; wel wordt verwezen naar een advies voor te gebruiken screeners (Welter e.a., 2010).

⁸ Een uitgebreide bespreking van de resultaten is te vinden in bijlage 1.

⁹ De PAAHR projectgroep was samengesteld uit vertegenwoordigers van beroepsverenigingen die betrokken zijn bij hartrevalidatie. Daarnaast namen twee vertegenwoordigers van de patiëntenvereniging De Hart&Vaatgroep deel.

Een hulpmiddel bij de indicatiestelling voor hartrevalidatie is de Beslisboom Poliklinische Indicatiestelling Hartrevalidatie (NVVC, 2010). Via screeningsvragen leidt de beslisboom tot mogelijke doelen voor hartrevalidatie en een advies over welke interventies daarvoor gevolgd kunnen worden. Naar aanleiding van de recent gepubliceerde (herziene) MDR Hartrevalidatie was men ten tijde van het schrijven van deze rapportage bezig de beslisboom te herzien wat betreft psychische en sociale aspecten.

Hoewel de MDR zich primair richt op de revalidatiefase, worden er ook enkele aanbevelingen gedaan ten aanzien van de chronische fase (post-revalidatiefase) en overdracht naar de huisarts. Er wordt onder meer aanbevolen dat er na beëindiging van hartrevalidatie ten minste een keer follow-up van psychische symptomen plaatsvindt. Gezien de specifieke aard van psychische symptomen en de behandeling daarvan bij hartpatiënten, is de projectgroep PAAHR van mening dat de huisarts de MDR Hartrevalidatie (en niet de 'eigen' NHG-Standaarden Angststoornissen en Depressieve stoornis) zou moeten volgen wanneer deze depressieve symptomen of angstsymptomen constateert bij een hartpatiënt.

Revalidatie- en chronische fase

De oudere *NHG-Standaard* en de daarop aansluitende *LTA Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct* (beiden uit 2005) geven aanbevelingen voor zowel de revalidatie- als chronische fase (Grundmeijer e.a., 2005; Boomsma e.a., 2005). Beide richtlijnen besteden in redelijke mate aandacht aan psychosociale aspecten. Zo wordt bijvoorbeeld aanbevolen dat de huisarts een empathische en proactieve houding heeft ten aanzien van psychosociale problematiek; en dat ten minste eenmaal per jaar geïnformeerd wordt naar psychosociale problemen. De aanbevelingen zijn echter niet erg uitgewerkt; er worden weinig concrete handvatten geboden hoe psychosociale problematiek bij patiënten te signaleren en hoe hier vervolgens mee om te gaan.

De aanbeveling om in de chronische fase minstens eenmaal per jaar te informeren naar psychosociale problematiek sluit aan op de aanbeveling uit de MDR Hartrevalidatie. Wat niet aansluit is dat hierbij expliciet verwezen wordt naar de NHG-Standaarden Angststoornissen en Depressieve stoornis. Opgemerkt dient te worden dat in de MDR Hartrevalidatie niet verwezen wordt naar de NHG-Standaard en LTA; en dat deze richtlijnen herzien gaan worden.

Chronische fase: cardiovasculair risicomanagement

Voor personen die al een hartziekte hebben (doorgemaakt), waaronder hartinfarct en (instabiele) angina pectoris, beoogt cardiovasculair risicomanagement de kans op een nieuwe manifestatie van hartziekte en de kans op complicaties als gevolg van hartziekte te verminderen (secundaire preventie).

De *Zorgstandaard Vasculair risicomanagement* uit 2009 (Platform Vitale Vaten, 2009) heeft in redelijke mate aandacht voor psychosociale aspecten. Aangegeven wordt dat tijdens het bepalen van het vasculaire risico ook aandacht besteed moet worden aan psychosociale factoren, zoals gemoedstoestand en stress. Opgemerkt wordt dat deze psychosociale factoren te beïnvloeden zijn door patiënten en hulpverleners. In de bijlage worden handvatten aangereikt hoe stressreductie en stresshantering bereikt

kan worden. Volgens de zorgstandaard is het ondersteunen van zelfmanagement een kernelement voor goed vasculair risicomanagement¹⁰. Daarbij wordt de relevantie van psychologische aspecten benadrukt, en ingegaan op zelfregulatie en proactieve coping¹¹.

De *MDR Cardiovasculair risicomanagement* (CBO, 2011) heeft weinig aandacht voor psychosociale aspecten. Er worden enkele aanbevelingen omtrent de herkenning en behandeling van stress gegeven. Daarbij wordt expliciet aangegeven dat, vanwege te weinig eenduidige wetenschappelijke evidentie, stress niet standaard meegenomen wordt bij het bepalen van het vasculaire risico. De aanbevelingen omtrent het beleid bij stress zijn weinig concreet.

De oudere *NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement* uit 2006 (NHG, 2006) besteedt amper aandacht aan psychosociale aspecten. De NHG-Standaard komt overeen met de eerdere versie van de *MDR Cardiovasculair risicomanagement* uit 2006, en wordt momenteel herzien.

Vershil in gehanteerde begrippen

Het valt op dat de besproken documenten verschillende begrippen hanteren. Terwijl de *MDR Hartrevalidatie* en *NHG-Standaard* en *LTA Beleid* na een doorgemaakt myocardinfarct het veelal hebben over psychische of psychosociale symptomen/problemen, spreken de *zorgstandaard* en *richtlijnen voor cardiovasculair risicomanagement* hoofdzakelijk over stress¹².

10 De zorgstandaard gaat uit van het 'Chronic Care Model'. Dit model omschrijft vier kernelementen om de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken te verbeteren: ondersteuning van zelfmanagement, ontwerp van het zorgproces, middelen om de besluitvorming te ondersteunen en gebruik van klinische informatiesystemen.

11 De zorgstandaard definieert *zelfregulatie* als de wijze waarop mensen hun eigen acties richting geven en controleren op grond van de doelen die zij nastreven. *Proactieve coping* wordt gedefinieerd als de wijze waarop mensen reageren en omgaan met hun situatie en bovenal waarop zij anticiperen op situaties die bedreigend zijn voor het realiseren van hun doel (Platform Vitale Vaten, 2009).

12 De *MDR Hartrevalidatie* gaat er vanuit dat het inventariseren van de mate van psychische symptomen voldoende indicatie geeft voor het vaststellen van het zorgaanbod; en dat het niet noodzakelijk is om daarnaast ook achterliggende oorzaken als stressoren tijdens de indicatiestelling in kaart te brengen (Revalidatiecommissie NVVC/NHS en projectgroep PAAHR, 2011).

2.3.3 Samenvatting

Onderstaande tabel vat de bovenbeschreven bevindingen samen.

Tabel 3 De mate van aandacht (veel, redelijk, weinig, niet/nauwelijks) voor psychosociale aspecten in de zorgstandaard en richtlijnen voor coronaire hartziekten. Ook staat aangegeven of er concrete handvatten (ja/enigszins/nee) gegeven worden voor het bieden van psychosociale zorg.

	Coronaire hartziekten	Cardiovasculair risicomanagement
Zorgstandaard	n.v.t.	(2009)
Aandacht:		Redelijk
Concrete handvatten:		Enigszins
Klinische richtlijnen		
MDR	<i>Hartvalidatie</i> (2011)	(2011)
Aandacht:	Veel	Weinig
Concrete handvatten:	Ja	Enigszins
NHG-Standaard	<i>Beleid na MI</i> (2005)	(2006)
Aandacht:	Redelijk	Niet/nauwelijks
Concrete handvatten:	Enigszins	Nee
Samenwerkingsrichtlijnen		
LTA	<i>Beleid na MI</i> (2005)	n.v.t.
Aandacht:	Redelijk	
Concrete handvatten:	Enigszins	

MDR= Multidisciplinaire richtlijn; LTA= Landelijk Transmurale Afspraak; MI= myocardinfarct.

2.4 Zorgstandaarden en richtlijnen voor diabetes type 2: de aandacht voor psychosociale aspecten

2.4.1 Bestudeerde zorgstandaarden en richtlijnen

Diabetes is een chronische stofwisselingsziekte die gepaard gaat met een te hoog glucosegehalte in het bloed. Ongeveer 90% van de diabetespatiënten heeft diabetes type 2 (Baan & Poos, 2011b). Tabel 4 geeft aan welke zorgstandaarden en richtlijnen voor diabetes type 2 in deze paragraaf besproken worden. Aangezien diabetespatiënten een verhoogd risico hebben op hart- en vaatziekten, of hier al aan lijden, vormt cardiovasculair risicomanagement een belangrijk onderdeel van de zorg voor diabetes. In de vorige paragraaf is in het kader van coronaire hartziekten de aandacht voor psychosociale aspecten in de zorgstandaard, de MDR en de NHG-Standaard voor cardiovasculair risicomanagement al besproken. In deze paragraaf wordt dit kort herhaald. Daarnaast wordt aangegeven hoe de zorgstandaard en NHG-Standaard voor diabetes type 2 en die voor cardiovasculair risicomanagement zich tot elkaar verhouden wat betreft psychosociale aspecten.

Tabel 4 Bestudeerde zorgstandaarden en richtlijnen voor diabetes type 2

	Diabetes type 2		Cardiovasculair risicomanagement	
	Naam	Jaar	Naam	Jaar
Zorgstandaard	NDF Zorgstandaard	2007	Vasculair risicomanagement ^b	2009
Klinische richtlijnen				
MDR	n.v.t.	-	Cardiovasculair risicomanagement	2011
NHG-Standaard	Diabetes mellitus type 2	2006	Cardiovasculair risicomanagement ^c	2006
Samenwerkingsrichtlijnen				
LESA	Diabetes mellitus type 2	2006	n.v.t.	

MDR= Multidisciplinaire richtlijn; LESA= Landelijk Eerstelijns Samenwerkingsafpraak.

2.4.2 Aandacht voor psychosociale aspecten: belangrijkste bevindingen¹³

NDF Zorgstandaard

In de *Zorgstandaard* van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF, 2007) wordt weinig expliciet aandacht besteed aan psychosociale aspecten. Er wordt wel ingegaan op het belang van een individueel zorgplan, educatie en ondersteuning van zelfmanagement en leefstijlaanpassing. Echter, de relevantie van psychosociale en emotionele aspecten bij deze zorgelementen wordt niet besproken. Voor het verlenen van goede diabeteszorg is een multidisciplinaire aanpak door een multidisciplinair team, een zogenaamde diabeteszorggroep, belangrijk. Diabeteszorggroepen zullen voornamelijk in de eerste lijn zijn ingebed. De NDF Zorgstandaard geeft aan dat een diabeteszorggroep structurele samenwerkingsafspraken maakt met zorgverleners uit disciplines die buiten de 'kerndisciplines' van de diabeteszorggroep vallen¹⁴. Hieronder vallen ook (medisch) psychologen en maatschappelijk werkers.

De NDF Zorgstandaard is relatief oud (uit 2007)¹⁵ en dit kan een factor zijn die er aan bijgedragen heeft dat er weinig aandacht is voor psychosociale aspecten. Het is belangrijk om op te merken dat de NDF in het kader van het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD)¹⁶ bezig is met het verder aanvullen van de zorgstandaard. Zo wordt

13 Een uitgebreide bespreking van de resultaten is te vinden in bijlage 1.

14 Kerndisciplines zijn de (huis)arts, praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige, diabetesverpleegkundige, praktijkassistent en diëtist.

15 Sinds 2007 heeft de NDF nog verschillende addenda uitgebracht, zoals het Addendum Diabetes type 1 en Addendum Zwangerschap.

16 Het NAD is een samenhangende bundeling van alle acties en initiatieven die in een periode van vier jaar (2009-2013) in Nederland ondernomen worden om de groei van diabetes in te perken. De acties zijn gericht op preventie van (complicaties van) diabetes en goede zorg voor mensen met diabetes. Het NAD is ontwikkeld en wordt uitgevoerd door de Nederlandse Diabetes Federatie, in opdracht van de overheid (www.actieprogramma-diabetes.nl).

er door een multidisciplinaire werkgroep een richtlijn voor screening, signalering en indicatiestelling van depressie bij diabetes ontwikkeld. De richtlijn zal vervolgens de basis vormen om aandacht aan dit thema te besteden in de NDF Zorgstandaard. Daarnaast is er een separaat traject opgestart voor de opname van het thema 'zelfmanagement' in de NDF Zorgstandaard, waarbij ook duidelijk aandacht is voor psychosociale aspecten. Een werkgroep onder initiatief van het NDF/NAD, Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement/CBO en de Diabetes Vereniging Nederland werken momenteel zelfmanagement gerelateerde thema's uit waarvoor nu nog kennislacunes bestaan (zie bv. het document 'Zelfmanagementeducatie bij diabetes, een raamwerk voor competenties voor zorgprofessionals'; NDF, 2011). Indien deze resultaten er zijn, wordt het thema zelfmanagement uitgebreider opgenomen in de NDF Zorgstandaard.

NHG-Standaard en LESA Diabetes mellitus type 2

De zorginhoudelijke kant van de NDF Zorgstandaard is (vooral) gebaseerd op de *NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2* uit 2006 (Rutten e.a., 2006). De aandacht voor psychosociale aspecten in de NHG-Standaard is beperkt en heeft vooral betrekking op de periodieke controles van diabetespatiënten. Zo wordt aanbevolen dat de huisarts tijdens de driemaandelijke controles informeert naar het welbevinden van de patiënt. Er worden echter geen concrete aanbevelingen gedaan ten aanzien van het te voeren beleid in geval van een verminderd welbevinden. Opgemerkt dient te worden dat de NHG momenteel werkt aan een herziening van de NHG-Standaard.

De NHG-Standaard vormt naast andere richtlijnen ook de basis voor de *LESA Diabetes mellitus type 2* uit 2006 (Boomsma e.a., 2006). De LESA geeft algemene aanbevelingen voor samenwerking tussen huisartsen en paramedici bij de begeleiding van patiënten met diabetes type 2. Aangegeven wordt dat hun onderlinge werkafspraken ook afgestemd moeten worden met andere zorgverleners in de keten, waaronder eventueel ook psychologen. In vergelijking met de NHG-Standaard gaat de LESA uitgebreider in op psychosociale aspecten, met name op hun rol bij het bereiken van leefstijlveranderingen. Ook de rol van paramedici bij door patiënten ervaren beperkingen en participatieproblemen wordt besproken.

Ten tijde van het schrijven van deze rapportage bestond er nog geen Landelijk Transmurale Afspraak (LTA) rond diabetes type 2; de NHG en de Nederlandse Internisten Vereniging waren bezig met het ontwikkelen hiervan.

Zorgstandaard en richtlijnen voor cardiovasculair risicomanagement

Aangezien cardiovasculair risicomanagement een essentieel onderdeel vormt van de behandeling van diabetespatiënten, zijn ook de zorgstandaard en richtlijnen voor cardiovasculair risicomanagement op hen van toepassing. In de *Zorgstandaard Vasculair risicomanagement* (Platform Vitale Vaten, 2009) wordt aangegeven dat deze voor patiënten met diabetes type 2 een aanvulling vormt op de NDF Zorgstandaard. Het valt op dat de recentere Zorgstandaard Vasculair risicomanagement meer aandacht besteedt aan psychosociale aspecten dan de NDF Zorgstandaard. Zo wordt het belang van psychosociale factoren aangegeven, worden handvatten voor het verminderen en

hanteren van stress aangereikt en wordt de relevantie van psychologische aspecten bij zelfmanagement benadrukt. Dit alles gebeurt nog niet in de NDF Zorgstandaard. Wat de behandeling van cardiovasculaire risicofactoren betreft, sluit de *NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement* uit 2006 aan op de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Besteedt laatstgenoemde NHG-Standaard al weinig aandacht aan psychosociale aspecten, de eerstgenoemde NHG-Standaard doet dit nog minder. Opgemerkt dient te worden dat ook de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement momenteel herzien wordt.

2.4.3 Samenvatting

Onderstaande tabel vat de bovenbeschreven bevindingen samen.

Tabel 5 De mate van aandacht (veel, redelijk, weinig, niet/nauwelijks) voor psychosociale aspecten in de zorgstandaarden en richtlijnen voor diabetes type 2. Ook staat aangegeven of er concrete handvatten (ja/enigszins/nee) gegeven worden voor het bieden van psychosociale zorg.

	Diabetes type 2	Cardiovasculair risicomanagement
Zorgstandaard	(2007)	(2009)
Aandacht:	Weinig	Redelijk
Concrete handvatten:	Nee	Enigszins
Klinische richtlijnen		
MDR	n.v.t.	(2011)
Aandacht:		Weinig
Concrete handvatten:		Enigszins
NHG-Standaard	(2006)	(2006)
Aandacht:	Weinig	Niet/nauwelijks
Concrete handvatten:	Nee	Nee
Samenwerkingsrichtlijnen		
LESA	(2006)	n.v.t.
Aandacht:	Redelijk	
Concrete handvatten:	Enigszins	

MDR= Multidisciplinaire richtlijn; LESA= Landelijk Eerstelijns Samenwerkingsafpraak.

2.5 Zorgstandaard en richtlijnen voor COPD: de aandacht voor psychosociale aspecten

2.5.1 Bestudeerde zorgstandaard en richtlijnen

Chronisch obstructieve longziekte (COPD) is een chronische vernauwing van de luchtwegen die de ademhaling beperkt (Boezen e.a., 2006b). Tabel 6 geeft een overzicht van de zorgstandaard en richtlijnen voor COPD die in deze paragraaf besproken worden.

Tabel 6 Bestudeerde zorgstandaard en richtlijnen voor COPD

	COPD	
	Naam	Jaar
Zorgstandaard	COPD	2010
Klinische richtlijnen		
MDR	Diagnostiek en behandeling van COPD	2010
NHG-Standaard	COPD	2007
Samenwerkingsrichtlijnen		
LESA	COPD	2007
LTA	COPD	2001

MDR= Multidisciplinaire richtlijn; LESA= Landelijk Eerstelijns Samenwerkingsafspraken;

LTA= Landelijk Transmurale Afspraak.

2.5.2 Aandacht voor psychosociale aspecten: belangrijkste bevindingen¹⁷

Zorgstandaard

In de recent uitgebrachte *Zorgstandaard COPD* (LAN, 2010) komen psychosociale aspecten uitgebreid aan bod. Er wordt expliciet uitgegaan van een integrale visie op gezondheid. Volgens de *Zorgstandaard COPD* dienen tijdens de diagnostische fase alle vier de domeinen van de zogenaamde integrale gezondheidstoestand van de patiënt in kaart te worden gebracht: fysiologische stoornis, klachten, functionele beperkingen en kwaliteit van leven. Daarnaast wordt ook de mate waarin het de patiënt lukt zich aan de ziekte aan te passen (adaptatie) beoordeeld. Op basis van de verkregen informatie worden patiënten ingedeeld naar ziektelast (drie niveaus: licht, matig en ernstig) en niet zoals gebruikelijk enkel op basis van de ernst van de luchtwegobstructie. De traditionele indeling geeft onvoldoende inzicht in de door de patiënt ervaren gezondheidsproblemen en de prognose van de ziekte. Aangetekend moet worden dat de *Zorgstandaard COPD* aangeeft dat de nieuwe indeling naar ziektelast niet eenvoudig is en vooralsnog onvoldoende wetenschappelijk onderzocht. In dit kader is het relevant op te merken dat er onder auspiciën van de LAN en op initiatief van PICASSO voor COPD¹⁸ een project

¹⁷ Een uitgebreide bespreking van de resultaten is te vinden in bijlage 1.

¹⁸ PICASSO staat voor Partners in Care Solutions en is een disease management programma dat zich richt op de optimalisatie van de COPD-zorg in Nederland.

loopt dat onderzoekt op welke wijze de ziektelast van patiënten met COPD bepaald en weergegeven kan worden. Daarbij is begonnen met een inventarisatie van (de bruikbaarheid van) bestaande instrumenten voor het meten van ziektelast.

De Zorgstandaard COPD geeft aan dat bij de behandeling van COPD gestreefd wordt naar het verbeteren van de integrale gezondheidstoestand van de patiënt door middel van a) het optimaliseren van het fysiologisch functioneren; en b) het optimaliseren van de adaptatie aan de stoornis. In een apart hoofdstuk gaat de zorgstandaard dieper in op psychosociale begeleiding en behandeling, maatschappelijke participatie en re-integratie. Hierin wordt onder meer de centrale rol van psychologische factoren (cognities, emoties en feitelijk gedrag)¹⁹ bij adaptatie benadrukt. Ook wordt ingegaan op de rol van de sociale omgeving. Relevante psychosociale interventies worden besproken. Aangegeven wordt dat gedragsverandering (betere adaptatie) in feite bij elke behandelvorm (ook niet-psychologische) voor patiënten met COPD relevant is. Adequaat zelfmanagement is dus van groot belang. Zelfmanagement wordt in de Zorgstandaard COPD breed opgevat en heeft niet alleen betrekking op medische aspecten, maar ook op emotionele en sociale aspecten.

MDR

Aangezien de Zorgstandaard COPD voor een belangrijk deel gebaseerd is op de *MDR Diagnostiek en behandeling van COPD* (CBO, 2010), is het niet verrassend dat in deze richtlijn ook veel aandacht is voor psychosociale aspecten. Ook de MDR wijdt een apart hoofdstuk aan psychosociale ondersteuning en behandeling van patiënten met COPD. Hierin worden aanbevelingen gegeven voor screening en diagnostiek van psychosociale problemen en voor psychosociale interventies. Daarbij valt op dat er ook een aanbeveling gedaan wordt voor het ontwikkelen van een klinisch toepasbare vragenlijst naar kwaliteit van leven en detectie van depressie en angst. Ook wordt verder onderzoek naar de effecten van psychosociale interventies bij patiënten met COPD aanbevolen.

Verschillende andere hoofdstukken van de MDR (o.a. diagnostiek en follow-up, patiëntenvoorlichting en zelfmanagement, werk en longrevalidatie) besteden aandacht aan psychosociale aspecten, die terugkomen in de geformuleerde aanbevelingen. Wat betreft zelfmanagementinterventies wordt benadrukt dat het hierbij gaat om processen op psychologisch niveau: het aanleren van nieuw gedrag en dit bestendigen. Hierbij wordt het gebruik van technieken uit de cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering aanbevolen.

Er vallen enkele verschillen met de Zorgstandaard COPD op. Volgens de MDR is behandeling bij COPD gericht op het verbeteren van de zogenaamde gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (drie domeinen: functionele beperkingen, psychisch

¹⁹ *Cognities* zijn de gedachten die een patiënt heeft over zijn aandoening. Bij *emoties* gaat het om subjectief ervaren gevoelens, die vaak meer dan lichamelijke sensaties, sturend zijn voor ons handelen. In geval van ziekte gaat het meestal om negatieve gevoelens zoals angst, verdriet, frustratie en somberheid. *Gedrag* is in tegenstelling tot cognities en emoties observeerbaar en bevat een handelingscomponent. Cognitieve, emotionele en gedragsreacties interacteren in sterke mate met elkaar en met de fysiologische stoornis en zij worden tevens beïnvloed door reacties uit de sociale omgeving van de patiënt (LAN, 2010).

welbevinden en sociaal functioneren). Volgens de Zorgstandaard is dit gericht op het verbeteren van de integrale gezondheidstoestand (vier domeinen: fysiologische stoornis, klachten, functionele beperkingen en kwaliteit van leven). Een ander verschil is dat de MDR voor de indeling van ernst van COPD nog vasthoudt aan de traditionele indeling op basis van ernst van de luchtwegobstructie, terwijl de Zorgstandaard COPD uitgaat van een nieuwe indeling naar ziektelast.

NHG-Standaard en samenwerkingsrichtlijnen

De *NHG-Standaard COPD* uit 2007 (Smeele e.a., 2007) is onder meer gebaseerd op de eerste versie van de MDR Diagnostiek en behandeling van COPD uit 2005, bekend onder de naam Richtlijn Keten zorg COPD (Stichting keten kwaliteit COPD, 2005). De NHG-Standaard heeft in redelijke mate aandacht voor psychosociale aspecten, hoewel minder uitgebreid en uitgewerkt in vergelijking met de zorgstandaard en MDR voor COPD. Aanbevolen wordt dat huisartsen tijdens de diagnostiek en (half)jaarlijkse controles aandacht besteden aan psychosociale factoren. Daarnaast worden er aanbevelingen gedaan voor het handelen bij psychosociale problemen en bij een angststoornis of depressieve stoornis. Niet alle aanbevelingen geven concrete handvatten voor het bieden van psychosociale zorg.

De NHG-Standaard en de Richtlijn Keten zorg COPD vormen naast andere richtlijnen ook de basis voor de *LESA COPD* uit 2007 (Lakerveld-Heyl e.a., 2007). De *LESA* geeft algemene aanbevelingen voor de samenwerking van huisartsen en paramedici bij de zorg voor patiënten met COPD. Daarbij is beperkte aandacht voor psychosociale aspecten. In vergelijking met de NHG-Standaard, gaat de *LESA* uitgebreider in op de relevantie van zelfmanagement. Aangegeven wordt dat zowel huisartsen als paramedici verantwoordelijk kunnen zijn voor voorlichting, zelfmanagement en het motiveren tot gedragsverandering, waarbij goede afstemming belangrijk is. Wanneer gedragsverandering niet goed lukt (o.a. hardnekkige rokers, bewegingsangst) kan verwezen worden naar een eerstelijnspsycholoog.

De relatief oude *LTA COPD* (NHG/NVALT, 2001) geeft algemene richtlijnen voor de samenwerking tussen huisartsen en longartsen bij de zorg voor patiënten met COPD. De aandacht voor psychosociale aspecten is gering. Er wordt enkel opgemerkt dat de huisarts een belangrijke rol speelt in de psychosociale begeleiding.

2.5.3 Samenvatting

Onderstaande tabel geeft een samenvatting van de bovenbeschreven bevindingen.

Tabel 7 De mate van aandacht (veel, redelijk, weinig, niet/nauwelijks) voor psychosociale aspecten in de zorgstandaard en richtlijnen voor COPD. Ook staat aangegeven of er concrete handvatten (ja/enigszins/nee) gegeven worden voor het bieden van psychosociale zorg.

	COPD
Zorgstandaard	(2010)
Aandacht:	Veel
Concrete handvatten:	Ja
Klinische richtlijnen	
MDR	(2010)
Aandacht:	Veel
Concrete handvatten:	Ja
NHG-Standaard	(2007)
Aandacht:	Redelijk
Concrete handvatten:	Enigszins
Samenwerkingsrichtlijnen	
LESA	(2007)
Aandacht:	Weinig
Concrete handvatten:	Enigszins
LTA	(2001)
Aandacht:	Niet/nauwelijks
Concrete handvatten:	Nee

MDR= Multidisciplinaire richtlijn; LESA= Landelijk Eerstelijns Samenwerkingsafspraken;

LTA= Landelijk Transmurale Afspraak.

2.6 Samenvatting en beschouwing

2.6.1 Samenvatting

In de voorgaande paragrafen is in kaart gebracht in hoeverre zorgstandaarden, klinische richtlijnen en samenwerkingsrichtlijnen voor coronaire hartziekten, diabetes type 2 en chronisch obstructieve longziekte (COPD) aandacht besteden aan psychosociale aspecten. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de belangrijkste bevindingen.

Tabel 8 Overzicht van de mate van aandacht (veel, redelijk, weinig, niet/nauwelijks) voor psychosociale aspecten in besproken zorgstandaarden en richtlijnen. Ook staat aangegeven of er concrete handvatten (ja/enigszins/nee) gegeven worden voor het bieden van psychosociale zorg.

	Coronaire hartziekten	Diabetes type 2	Cardiovasculair risicomanagement ^a	COPD
Zorgstandaard	n.v.t.	(2007)	(2009)	(2010)
Aandacht:		Weinig	Redelijk	Veel
Concrete handvatten:		Nee	Enigszins	Ja
Klinische richtlijnen				
MDR	<i>Hartvalidatie</i> (2011)	n.v.t.	(2011)	(2010)
Aandacht:	Veel		Weinig	Veel
Concrete handvatten:	Ja	-	Enigszins	Ja
NHG-Standaard	<i>Beleid na MI</i> (2005)	(2006)	(2006)	(2007)
Aandacht:	Redelijk	Weinig	Niet/nauwelijks	Redelijk
Concrete handvatten:	Enigszins	Nee	Nee	Enigszins
Samenwerkingsrichtlijnen				
LESA	n.v.t.	(2006)	n.v.t.	(2007)
Aandacht:		Redelijk		Weinig
Concrete handvatten:		Enigszins		Enigszins
LTA	<i>Beleid na MI</i> (2005)	n.v.t. ^b	n.v.t.	(2001)
Aandacht:	Redelijk			Niet/nauwelijks
Concrete handvatten:	Enigszins			Nee

MDR= Multidisciplinaire richtlijn; LESA= Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak;

LTA= Landelijke Transmurale Afspraak; MI= myocard infarct.

^a Voor zowel patiënten die een coronaire hartziekte hebben (gehad) als voor diabetespatiënten, vormt cardiovasculair risicomanagement een belangrijk onderdeel van de zorg.

^b Ten tijde van het schrijven van deze rapportage waren het NHG en de Nederlandse Internisten Vereniging nog bezig met de ontwikkeling van de LTA Diabetes mellitus type 2.

2.6.2 Beschouwing

Het blijkt dat er wat betreft aandacht voor psychosociale aspecten in de zorgstandaarden en richtlijnen voor de drie ziektebeelden verschillen bestaan.

Vershil tussen ziektebeelden

In de overzichtstabel is te zien dat de zorgstandaard en klinische richtlijnen voor COPD veel of in redelijke mate aandacht besteden aan psychosociale aspecten en de zorgstandaard en NHG-Standaard voor diabetes type 2 weinig. Zowel de Zorgstandaard COPD als de MDR Diagnostiek en behandeling van COPD wijdt een apart hoofdstuk aan psychosociale begeleiding en behandeling. Daarnaast komen in verschillende andere hoofdstukken ook psychosociale aspecten aan de orde. Ook de NHG-Standaard COPD heeft in de redelijke mate aandacht voor psychosociale aspecten. In de NDF Zorgstandaard en de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 wordt daarentegen weinig ingegaan op dit thema. Een factor die hierbij mee kan spelen is dat beide documenten relatief oud zijn (publicatiejaren zijn resp. 2007 en 2006), maar dit kan niet de enige verklaring zijn. Er zijn recente richtlijnen (bv. MDR Cardiovasculair risicomanagement uit 2011) die weinig aandacht besteden aan psychosociale aspecten, terwijl oudere versies van richtlijnen (bv. Richtlijn Keten zorg COPD uit 2005) al uitgebreid aandacht hadden voor psychosociale aspecten.

Opgemerkt dient te worden dat de NDF in het kader van het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD) bezig is de lacune in de Zorgstandaard op te vullen. Zo gaat er aandacht besteed worden aan de signalering, screening en indicatiestelling van depressie bij diabetes. Ook is er een traject gestart om in de zorgstandaard meer aandacht aan zelfmanagement te besteden, waarbij ook duidelijk aandacht is voor psychosociale aspecten.

Coronaire hartziekte: verschil tussen zorgfasen

Wat coronaire hartziekte betreft, hebben de klinische richtlijnen betrekking op verschillende fasen in de zorg. Daarbij verschillen ze wat betreft aandacht voor psychosociale aspecten. De MDR Hartrevalidatie (gericht op de *revalidatiefase*) heeft veel aandacht voor psychosociale aspecten; de NHG-Standaard Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct (gericht op zowel de *revalidatie-* als *chronische fase*) in redelijke mate; en de MDR en NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (gericht op de *chronische fase*) weinig tot nauwelijks. Uitzonderd de MDR Hartrevalidatie, geven de klinische richtlijnen zorgverleners niet veel concrete handvatten voor het bieden van psychosociale zorg.

Wat betreft de chronische fase geven klinische richtlijnen zorgverleners dus weinig ondersteuning bij het verlenen van psychosociale zorg. In dat kader is het belangrijk op te merken dat de zorgstandaard voor cardiovasculair risicomanagement duidelijk meer aandacht heeft voor psychosociale aspecten dan de MDR en NHG-Standaard. Ook worden in de zorgstandaard handvatten gegeven voor het verminderen en hanteren van stress.

Vershil tussen uitgangspunten en aanbevelingen

Het valt op dat er soms een verschil bestaat tussen de uitgangspunten van de zorgstandaard en richtlijnen voor hetzelfde ziektebeeld. Dit geldt bijvoorbeeld voor COPD.

Terwijl de MDR Diagnostiek en behandeling van COPD en de NHG-Standaard COPD voor de indeling van ernst van COPD nog vasthouden aan de traditionele indeling op basis van ernst van de luchtwegobstructie, gaat de Zorgstandaard COPD uit van een indeling naar ziektelast. Dit omdat een indeling alleen op basis van de ernst van de fysiologische stoornis onvoldoende inzicht geeft in de door de patiënt ervaren gezondheidsproblemen. Voor het bepalen van de ziektelast dienen volgens de Zorgstandaard COPD de vier domeinen van de integrale gezondheidstoestand in kaart te worden gebracht: fysiologische stoornis, klachten, functionele beperkingen en kwaliteit van leven.

Soms sluiten ook aanbevelingen omtrent psychosociale aspecten uit verschillende richtlijnen voor dezelfde aandoening niet goed op elkaar aan. In de MDR Hartrevalidatie worden bijvoorbeeld enkele aanbevelingen gegeven voor de (overgang naar de) chronische fase. Zo wordt aanbevolen dat de huisarts de MDR Hartrevalidatie (en *niet* de NHG-Standaarden Angststoornissen en Depressieve stoornis) zou moeten volgen wanneer deze depressieve symptomen of angstsymptomen constateert bij een hartpatiënt. Dit gezien de specifieke aard van de psychische symptomen en de behandeling daarvan bij deze patiënten. Daarentegen verwijst de oudere NHG-Standaard Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct (2005) juist naar de NHG-Standaarden Angststoornissen en Depressieve stoornis in geval van psychische problematiek.

Verskil in aandacht voor psychosociale aspecten van zelfmanagement

Bij de behandeling van alle drie de ziektebeelden speelt zelfmanagement een belangrijke rol. Het valt op dat de zorgstandaarden en richtlijnen verschillen wat betreft de mate van aandacht voor psychosociale aspecten van zelfmanagement. Wat de zorgstandaarden betreft, bestaat er in dit opzicht een verschil tussen enerzijds de Zorgstandaarden COPD en Vasculair risicomanagement en anderzijds de NDF Zorgstandaard voor diabetes type 2. In de eerstgenoemde zorgstandaarden wordt zelfmanagement nadrukkelijk breed opgevat en heeft het, naast medische aspecten, ook betrekking op emotionele en sociale aspecten. Daarnaast wordt ook de relevantie van psychologische factoren bij het bereiken van gedragsverandering besproken. Dit alles gebeurt nog niet in de NDF Zorgstandaard. Zoals aangegeven, is er inmiddels een traject gestart om deze lacune op te vullen.

Wat de MDR'en betreft, valt het op dat de MDR Diagnostiek en behandeling van COPD ruim aandacht heeft voor psychosociale aspecten van zelfmanagement, terwijl dit niet geldt voor de MDR Cardiovasculair risicomanagement.

De LESA's Diabetes mellitus type 2 en COPD besteden wat meer aandacht aan psychosociale aspecten van zelfmanagement dan de gelijknamige NHG-Standaarden.

NHG-Standaarden: weinig concrete handvatten voor het bieden van psychosociale zorg

Voor veel patiënten met diabetes type 2 of COPD is de huisarts de hoofdbehandelaar. Ook zal de behandeling van een deel van de patiënten met een coronaire hartziekte na verloop van tijd worden overgedragen naar de huisarts. Zoals te zien in de overzichtstabel varieert de mate van aandacht voor psychosociale aspecten tussen de besproken NHG-Standaarden, lopend van redelijk (NHG-Standaarden Beleid na een

doorgemaakt myocard infarct en COPD) tot nauwelijks (NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement). De NHG-Standaarden geven over het algemeen niet veel concrete handvatten voor het signaleren van psychosociale problemen en het bieden van psychosociale begeleiding en behandeling. Een factor die hierbij mee kan spelen is dat de NHG-Standaarden relatief oud zijn (publicatiejaren: 2005-2007). Momenteel is de NHG bezig met een herziening van de NHG-Standaarden Diabetes mellitus type 2, Cardiovasculair risicomanagement en Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct.

Samenwerkingsrichtlijnen: weinig aandacht voor samenwerking met gespecialiseerde hulpverleners voor psychosociale problemen.

Het valt op dat de besproken LESA's Diabetes mellitus type 2 en COPD primair betrekking hebben op de samenwerking tussen huisartsen en paramedici. Er is weinig aandacht voor de afstemming en samenwerking met zorgverleners in de eerste lijn die gespecialiseerd zijn in het verlenen van psychosociale zorg. Hetzelfde geldt voor de LTA's Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct en COPD. De richtlijnen geven aanbevelingen voor de samenwerking tussen huisartsen en medische specialisten. Hierbij is geen aandacht voor samenwerking met gespecialiseerde hulpverleners voor psychosociale problematiek die werkzaam zijn in de tweede lijn.

2.6.3 Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen van deze inventarisatie kunnen aanbevelingen gedaan worden die meegenomen kunnen worden in de herziening van (de ontwikkeling van) bestaande (toekomstige) zorgstandaarden en richtlijnen.

Opnemen van concrete handvatten voor het bieden van psychosociale zorg in somatische zorgstandaarden en richtlijnen waarin dit ontbreekt

Wat de besproken klinische richtlijnen betreft, ontbreekt het vooral in de NHG-Standaarden aan concreet uitgewerkte aanbevelingen voor het signaleren, bespreken en behandelen van psychosociale problemen. De NHG-Standaarden Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct, Diabetes mellitus type 2 en Cardiovasculair risicomanagement worden momenteel herzien, wat een mogelijkheid biedt om in deze lacune te voorzien. Zorgstandaarden en klinische richtlijnen voor hetzelfde of een ander ziektebeeld die veel en concrete aandacht besteden aan psychosociale aspecten zouden hierbij bruikbaar kunnen zijn.

Meer aandacht voor samenwerking met gespecialiseerde hulpverleners voor psychosociale problemen in samenwerkingsrichtlijnen

Dit zou de samenwerking kunnen bevorderen tussen (huis)artsen en zorgverleners die gespecialiseerd zijn in het verlenen van psychosociale problematiek.

Betere aansluiting tussen verschillende zorgstandaarden en richtlijnen

Om psychosociale zorg bij de drie chronische lichamelijke ziektebeelden te bevorderen dienen zorgstandaarden en richtlijnen beter op elkaar aan te sluiten wat betreft uitgangspunten en aanbevelingen omtrent psychosociale aspecten. Samenhangende

en eenduidige zorgstandaarden en richtlijnen zijn niet alleen per chronische lichamelijke aandoening belangrijk, maar ook over de verschillende ziektebeelden heen. De psychosociale problematiek en de aanpak daarvan zal bij patiënten met verschillende chronische lichamelijke ziekten in ieder geval deels vergelijkbaar zijn. Daarnaast zal het uitgangspunt niet het hebben van een enkelvoudige aandoening moeten zijn, maar dient rekening gehouden te worden met het feit dat een substantieel deel van de patiënten meerdere chronische aandoeningen tegelijk heeft, ook wel multimorbiditeit genoemd (Van Oostrom e.a., 2011). De Zorgstandaard COPD biedt een mooi voorbeeld van een generieke invalshoek. Uitgangspunt is dat de behandeling gericht is op het verbeteren van de vier domeinen van de integrale gezondheidstoestand, te weten fysiologische stoornis, klachten, functionele beperkingen en kwaliteit van leven.

Tevens valt op dat er in de bestudeerde zorgstandaarden en richtlijnen niet of nauwelijks verwezen wordt naar beschikbare richtlijnen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), zoals de MDR Depressie (tweede revisie) en de MDR Angststoornissen (tweede revisie). Een betere aansluiting tussen 'somatische' richtlijnen en GGZ-richtlijnen lijkt op zijn plaats.

Zicht op het gebruik van aanbevelingen in de praktijk; leren van goede voorbeelden

Het primaire doel van zorgstandaarden en richtlijnen is het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Uit de inventarisatie blijkt dat enkele recent gepubliceerde zorgstandaarden en MDR'en veel aandacht hebben voor psychosociale aspecten en concrete aanbevelingen geven over hoe om te gaan met psychosociale problematiek (bv. Zorgstandaard COPD; MDR Hartrevalidatie; zie tabel 8). Het is belangrijk om te weten in hoeverre deze aanbevelingen voor psychosociale zorg bij chronisch lichamelijk zieken daadwerkelijk in de praktijk toegepast worden en wat daarbij bevorderende en belemmerende factoren zijn.

3 Stand van zaken: scannen van interventies

3.1 Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk zijn zorgstandaarden en richtlijnen voor coronaire hartziekten, diabetes type 2, of chronisch obstructieve luchtwegziekte (COPD) doorgenomen om na te gaan in hoeverre ze aandacht besteden aan psychosociale aspecten. Het bleek dat er in dit opzicht duidelijke verschillen bestaan tussen de zorgstandaarden en richtlijnen voor de drie ziektebeelden.

Dit hoofdstuk richt zich op interventies. Geprobeerd wordt om een beeld te krijgen van interventies die bijdragen aan een betere inbedding van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor patiënten met coronaire hartziekte, diabetes type 2 of COPD in het bijzonder, of voor chronisch lichamelijk zieken in het algemeen. Daarbij wordt gekeken naar interventies in Nederland die wetenschappelijk onderzocht worden, die geïmplementeerd (ingebed) worden in de praktijk, of die reeds in de praktijk aangeboden worden. Wat betreft setting wordt gefocust op de huisartsenpraktijk, ziekenhuissetting en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen:

- *Vernieuwende specifieke interventies*: patiëntgerichte interventies die het psychosociale behandelaanbod voor chronisch lichamelijk zieken verbreden;
- *Zorgverlenerondersteunende interventies*: methodes die zorgverleners ondersteunen bij het bieden van psychosociale zorg aan chronisch lichamelijk zieken; en
- *Organisatorische interventies*: interventies gericht op het veranderen van de structuur of het proces van zorgverlening en die bijdragen aan een betere integratie van psychosociale zorg in de zorg voor chronisch lichamelijk zieken.

Naast de focus op de drie settings, is de inventarisatie in andere opzichten afgebakend. Interventies die specifiek gericht zijn op kinderen of ouderen (65 jaar of ouder) worden niet meegenomen. Dit geldt ook voor interventies gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl op het 'fysieke' vlak (zoals stoppen met roken, gezonde voeding en meer bewegen).

Leeswijzer

Paragraaf 3.2 bespreekt de gehanteerde methode om interventies te identificeren. De hierin minder geïnteresseerde lezer kan direct doorgaan naar de paragrafen waarin de gevonden interventies besproken worden voor achtereenvolgens, coronaire hartziekte (paragraaf 3.3), diabetes type 2 (paragraaf 3.4), COPD (paragraaf 3.5) en chronische lichamelijke ziekte in het algemeen (hoofdstuk 3.6). Elk van deze paragrafen begint met een samenvatting, gevolgd door een uitgebreidere bespreking van de interventies. In de afsluitende paragraaf 3.7 worden de bevindingen samengevat en beschouwd, en

worden aanbevelingen geformuleerd. Gedetailleerde beschrijvingen van de kenmerken van alle interventies zijn te vinden in bijlage 2.

3.2 Methode

In deze paragraaf wordt de toegepaste methode beschreven voor het zoeken, selecteren en beschrijven van interventies die bijdragen aan een betere inbedding van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor patiënten met coronaire hartziekten, diabetes type 2 of COPD in het bijzonder, of voor chronisch lichamelijk zieken in het algemeen. Als u hierin minder geïnteresseerd bent, dan kunt u meteen doorgaan naar de paragrafen 3.3 tot en met 3.6 waarin inhoudelijk ingegaan wordt op de geïdentificeerde interventies.

3.2.1 Zoekstrategie

Er is op verschillende manieren gezocht naar mogelijk relevante interventies: (1) via het doorzoeken van databronnen (uitgevoerd tussen november 2010 – maart 2011); (2) via het benaderen van organisaties en expertgroepen (uitgevoerd tussen november 2010 – maart 2011); en (3) via het voeren van gesprekken met experts (uitgevoerd tussen januari 2011 –juli 2011).

Doorzoeken van databronnen

Verschillende databronnen zijn doorzocht, waaronder (a) 'algemene' databestanden, (b) databronnen van kennis- en onderzoeksinstituten, (c) databestanden van gezondheidsfondsen en (d) websites van GGZ-instellingen.

(a) 'Algemene' databestanden

De NARCIS-database van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen - (KNAW).

NARCIS biedt onder meer toegang tot projectbeschrijvingen van lopend en afgesloten wetenschappelijk onderzoek.

- De projecten database van ZonMw.

Deze database omvat projecten die ZonMw financiert of gefinancierd heeft. In het bijzonder is gezocht binnen het ZonMw-programma "Disease management chronische ziekten". In dit programma brengen verschillende organisaties middelen en expertise samen om te onderzoeken hoe de zorg voor mensen met (een) chronische ziekte(n) beter kan (ZonMw, 2010). Naast onderzoek ondersteunt het programma zorggroepen om te experimenteren in de praktijk. Het programma wil hiermee inzicht geven in de mogelijkheden deze zorg in te voeren in de Nederlandse praktijk en de invloed die dat heeft op de kwaliteit van leven van mensen met (een) chronische ziekte(n).

(b) Databronnen van kennis- en onderzoeksinstituten

Websites en databestanden van diverse kennis- en onderzoeksinstituten zijn doorzocht, waaronder:

- het RIVM, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
In het bijzonder is de I-database (Interventiedatabase) van het RIVM doorzocht. In de I-database staan actuele interventies gericht op gezondheidsbevordering en die in Nederland beschikbaar zijn. Elke interventie wordt beschreven aan de hand van kenmerken zoals thema, setting, doelgroep, leeftijd doelgroep, en gebruikte methode en materialen.
- het Trimbos-instituut, een kennisinstituut dat onderzoek doet naar geestelijke gezondheid, mentale veerkracht en verslaving.
- het NIVEL, het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.
- TNO, de Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek. Er is alleen gezocht op de site van het thema "Gezond Leven".
- het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO²⁰.
In het bijzonder is de website www.zelfmanagement.com van het Zelfmanagement Programma NPCF-CBO²¹ doorzocht. Dit programma beoogt het zelfmanagement van chronisch zieken te stimuleren.
- VILANS, een kenniscentrum voor langdurende zorg.
- de interuniversitaire onderzoeksschool Psychology & Health.
- IQ healthcare (UMC St. Radboud Nijmegen/Radboud Universiteit Nijmegen), een groot onderzoekscentrum op het terrein van kwaliteit en veiligheid van zorg in Europa.
- TRANZO (Universiteit van Tilburg), het wetenschappelijk centrum voor Transformatie in Zorg en Welzijn.
- CAPHRI, School for Public Health and Primary Care (UMC Maastricht/Universiteit van Maastricht).
- iBMG, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (Erasmus Universiteit Rotterdam).
- het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde (UMC Utrecht/Universiteit Utrecht).
- CoRPS, Center of Research on Psychology in Somatic Disease (Universiteit Tilburg).
- het EMGO instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg (EMGO+) (VUmc/Vrije Universiteit Amsterdam).
- het onderzoeksinstituut SHARE (UMC Groningen/Rijksuniversiteit Groningen).

(c) Databestanden van gezondheidsfondsen

- de Nederlandse Hartstichting.
In het bijzonder is de site van het programma "Hart voor mensen" doorzocht. Met dit programma wordt gestreefd naar de verbetering van de kwaliteit van leven van mensen met hart- en vaatziekten en hun naasten. Dit probeert men te bereiken door meer integrale zorg te realiseren, dat wil zeggen zorg waarbij aandacht is voor zowel de biomedische als psychosociale aspecten van de ziekte (www.hartvoormensen.nl).

20 In november 2010 is de Stichting Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO overgegaan in CBO bv, dochteronderneming van TNO Management Consultants.

21 De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en zeven categorale patiëntenorganisaties treden op als inhoudelijke opdrachtgever, het CBO als coördinator en uitvoerder.

- het Diabetes Fonds.

In het bijzonder is de site van de onderzoekslijn “Kwaliteit van leven” doorzocht, waaronder de programma’s “Stem van de Patiënt” en “Leven met Diabetes” vallen. In het eerstgenoemde programma staat onderzoek vanuit het patiëntenperspectief centraal; het laatstgenoemde programma is erop gericht om interventies te ontwikkelen die mensen met diabetes ondersteunen om diabetes in het dagelijks leven in te passen.

- het Astma Fonds (binnenkort Longfonds).

(d) Websites van GGZ-instellingen

Om relevante interventies in de GGZ te vinden zijn de websites van GGZ-instellingen doorzocht. Hierbij is gefocust op de grote, geïntegreerde GGZ-instellingen. Deze instellingen zijn ontstaan uit fusies tussen regionale instellingen voor de ambulante GGZ, psychiatrische ziekenhuizen en beschermende woonvormen. Websites van gespecialiseerde GGZ-instellingen (bv. gericht op langdurende GGZ, kinderen en jeugd, of verslaving) zijn buiten beschouwing gelaten.

Benaderen van organisaties en expertgroepen

Als tweede manier voor het identificeren van interventies werd aan verschillende organisaties en expertgroepen de vraag voorgelegd of zij weet hadden van mogelijke relevante interventies, waaronder:

- de Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie (NFZP), de overkoepelende organisatie van de Vereniging van PAAZ Managers (VPM), de Afdeling Consultatieve en Ziekenhuis Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (ACZP) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Consultatieve Psychiatrie (V&VNCP). Het doel van de NFZP is het bevorderen van de ziekenhuispsychiatrie.
- de Landelijke Vereniging van Medisch Psychologen (LVMP)/Sectie Algemene Ziekenhuizen (PAZ) van het Nederlandse Instituut van Psychologen (NIP). Zowel de LVMP als de PAZ heeft als doelstelling het beroep van de medisch psycholoog in ziekenhuizen te versterken. Het bestuur van de LVMP bestaat uit dezelfde mensen als het bestuur van de PAZ. En ook het ledenbestand van de LVMP bestaat voor het overgrote deel uit PAZ leden.
- de Landelijke Werkgroep Cardiopsychologen.
Het belangrijkste doel van de werkgroep is het bevorderen van de onderlinge uitwisseling tussen wetenschap en praktijk van de cardiopsychologie. De werkgroep bestaat uit mensen die betrokken zijn bij wetenschappelijk onderzoek (vanuit universiteiten) en psychologen die werken met hartpatiënten (in ziekenhuizen en revalidatiecentra).
- de Commissie Cardiovasculaire Preventie en Hartrevalidatie (van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie).
- de Hart en Vaatziekten Huisartsen Advies Groep (HartVaathAG), een vereniging die tot doel heeft om de eerste lijn te versterken en te vertegenwoordigen op het gebied van hart- en vaatziekten.

- de Diabetes Huisartsen Advies Groep (DiHAG), een expertgroep van en voor huisartsen, die in de organisatie van de diabeteszorg in de eerste lijn en in de nascholing voor huisartsen een rol spelen.
- de COPD & Astma Huisartsen Advies Groep (CAHAG), een netwerkorganisatie van (kader-)huisartsen met speciale belangstelling voor COPD en Astma.
- VILANS, een kenniscentrum voor langdurende zorg. VILANS begeleidt onder meer de praktijkprojecten die uitgevoerd worden in het kader van het ZonMw-programma "Disease management chronische ziekten", uitgezonderd de praktijkprojecten die zich richten op COPD.
- PICASSO²² voor COPD, een samenwerkingsverband tussen Pfizer, Boehringer Ingelheim en onderzoeksinstituut CAPHRI. Gezamenlijk willen zij een bijdrage leveren aan het optimaliseren van de doelmatigheid en kwaliteit van COPD-zorg in Nederland. PICASSO begeleidt onder meer de vier praktijkprojecten die uitgevoerd worden in het kader van het ZonMw-programma "Disease management chronische ziekten" en die zich richten op COPD.

Gesprekken met deskundigen

Als derde methode voor het vinden van interventies is tijdens gesprekken met deskundigen gevraagd met welke mogelijk relevante interventies zij bekend zijn. Er is onder meer gesproken met (zie bijlage 3):

- wetenschappers die zich bezighouden met het thema psychosociale zorg bij chronisch lichamelijke zieken. Daarbij kan het gaan om wetenschappers die zich voornamelijk richten op één van de drie onderzochte ziektebeelden – coronaire hartziekte, diabetes type 2 of COPD – of om wetenschappers die ziekteoverstijgend onderzoek doen;
- huisartsen, waaronder huisartsen met een specifieke interesse in één van de drie onderzochte ziektebeelden;
- medisch specialisten;
- (ziekenhuis)psychiaters;
- medisch psychologen en gezondheidspsychologen werkzaam in een (algemeen/ academisch/categoriaal) ziekenhuis;
- vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en gezondheidsfondsen/ koepelorganisaties;
- vertegenwoordigers van een zorgverzekeraar.

3.2.2 Selecteren van interventies

Selectiecriteria

De volgende inclusie- en exclusiecriteria zijn gehanteerd voor het selecteren van interventies:

22 PICASSO staat voor Partners in Care Solutions.

Inclusiecriteria

Doelgroep

De interventie is gericht op volwassen patiënten (18 jaar of ouder) met een coronaire hartziekte, diabetes type 2 of COPD. Interventies die zich richten op volwassenen met verschillende chronische lichamelijke ziekten, waaronder coronaire hartziekte, diabetes type 2 of COPD, worden ook meegenomen.

Type interventie

Het gaat om een:

- *vernieuwende specifieke* interventie: een patiëntgerichte interventie die het psychosociale behandelaanbod voor chronisch lichamelijke zieken verbreedt; of een
- *zorgverlenerondersteunende* interventie: een methode die zorgverleners ondersteunt bij het bieden van psychosociale zorg aan chronisch lichamelijke zieken; of een
- *organisatorische* interventie: een interventie gericht op het veranderen van de structuur of het proces van zorgverlening en die bijdraagt aan een betere integratie van psychosociale zorg in de zorg voor chronisch lichamelijke zieken.

Daarnaast kan het gaan om een (nieuw ontwikkelde) interventie waarvan de effecten wetenschappelijk onderzocht worden/zijn, een interventie die geïmplementeerd wordt in de praktijk, of een interventie die al in de praktijk aangeboden wordt.

Setting

De interventie wordt uitgevoerd in - of verloopt via - de huisartsenpraktijk, ziekenhuis-setting²³ of geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Nederland.

Exclusiecriteria

Doelgroep:

- De interventie is specifiek gericht op kinderen of ouderen (65 jaar of ouder).
- De interventie is alleen gericht op partners/naasten van patiënten.
- De interventie is gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl op het fysieke vlak (o.a. stoppen met roken, gezonde voeding, meer bewegen).

Selecteren van interventies

Op basis van de via de zoekstrategie gevonden informatie over mogelijk relevante interventies is bepaald welke interventies voldeden aan de inclusiecriteria. Wanneer er enige twijfel bestond of wanneer de informatie te beperkt was om te kunnen beoordelen of een interventie voldeed aan de selectiecriteria, werd aanvullende informatie opgezocht of verkregen via bij de interventie betrokken personen.

23 Algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis of universitair medisch centrum.

3.2.3 Beschrijven van interventies

Alle geselecteerde interventies zijn vervolgens ingedeeld in de categorieën onderzoek, implementatie en praktijk. De categorie onderzoek heeft betrekking op (nieuw ontwikkelde) interventies waarvan de effecten wetenschappelijk onderzocht worden/zijn; de categorie implementatie betreft interventies die geïmplementeerd worden in de bestaande zorg; en de categorie praktijk behelst interventies die reeds als reguliere zorg aangeboden worden. Opgemerkt moet worden dat een interventie in meer dan één categorie kan vallen; bijvoorbeeld een interventie die ergens geïmplementeerd wordt in de eerstelijnszorg, maar al reguliere praktijk is een bepaald ziekenhuis. Interventies die wetenschappelijk onderzocht zijn en inmiddels geïmplementeerd worden, worden alleen in de categorie implementatie besproken.

Na deze indeling, zijn de interventies beschreven aan de hand van kenmerken. Per categorie gaat het om de volgende kenmerken:

- categorie onderzoek: doelgroep, doel, type, setting, toeleiding, betrokken zorgverleners, inhoud van de interventie, onderzoeksdesign, uitkomstmaten, (eventuele) resultaten, betrokken organisaties, financiering.
- categorie implementatie: doelgroep, doel, type, setting, toeleiding, betrokken zorgverleners, inhoud van de interventie, wetenschappelijke evaluatie, eerdere wetenschappelijke evaluatie, betrokken organisaties, financiering.
- categorie praktijk: doelgroep, doel, type, setting, toeleiding, betrokken zorgverleners, inhoud van de interventie, wetenschappelijke evaluatie, eigenaar.

De beschrijvingen van de interventies zijn opgenomen in bijlage 2 en vormen de basis voor de paragrafen 3.3 tot en met 3.6, waarin de interventies besproken worden voor achtereenvolgens, coronaire hartziekte, diabetes type 2, COPD en chronische ziekte in het algemeen.

3.3 Interventies op psychosociaal gebied bij coronaire hartziekten

In deze paragraaf worden de gevonden interventies op het gebied van psychosociale zorg bij coronaire hartziekte beschreven. Dit gebeurt achtereenvolgens voor interventies waarvan de effecten wetenschappelijk onderzocht worden, interventies die geïmplementeerd worden in de praktijk, en interventies die reeds in de praktijk aangeboden worden. Opgemerkt moet worden dat de interventies meestal niet alleen betrekking hebben op patiënten met een coronaire hartziekte, maar ook op andere groepen hartpatiënten. De paragraaf begint met een samenvatting, waarna de interventies voor de geïnteresseerde lezer uitgebreid besproken worden.

Samenvatting

Onderzoek

Vernieuwende specifieke interventies

Er werden twee lopende effectstudies gevonden. In een studie wordt nagegaan of een *mindfulness* interventie en cognitieve gedragstherapie effectief zijn in het verminderen van depressie bij patiënten die ten minste drie maanden geleden een hartinfarct hebben doorgemaakt. De effectiviteit van de twee behandelvormen wordt ook onderling vergeleken.

De andere studie (WEBCARE) onderzoekt of een psychologische internetinterventie (kosten-)effectief is om angst en zorgen te verminderen bij hartpatiënten bij wie een implanteerbare cardioverter defibrillator (ICD) geïmplanteerd gaat worden. De ICD wordt geïmplanteerd bij patiënten die een eerdere hartstilstand hebben overleefd (secundaire preventie) of die, als gevolg van structurele hartziekten, een hoog risico lopen op een hartstilstand (primaire preventie).

Implementatie

Vernieuwende specifieke interventie

In een lopend implementatieproject ('Hart voor uw hart') wordt ter verbreding van het psychosociale zorgaanbod een zelfmanagementinterventie gericht op hartpatiënten met milde psychosociale problematiek geïmplementeerd in de reguliere zorg van een ziekenhuis. De interventie is een meer psychosociaal georiënteerde variant van een bewezen effectieve zelfmanagementinterventie gericht op (behoud van) leefstijlverandering bij hartpatiënten in de chronische fase. De implementatie van de zelfmanagementinterventie wordt geëvalueerd.

Zorgverlenerondersteunende interventies

Naast implementatie van een zelfmanagementinterventie, wordt in het project 'Hart voor uw hart' ook standaard screening op psychosociale problemen geïmplementeerd. Dit om (vroegtijdige) herkenning van psychosociale problematiek te bevorderen. Beoogd wordt duidelijk te krijgen op welke wijze – met de patiënt centraal in het proces – standaard screening op psychosociale problemen en doorverwijzing naar een passend zorgaanbod kan worden geïntegreerd in de bestaande ziekenhuiszorg. Screening richt zich zowel op patiënten die in aanmerking komen voor hartrevalidatie als op patiënten in de chronische (postrevalidatie-)fase. Het implementatieproject wordt wetenschappelijk geëvalueerd.

Een ander lopend project (CARDSS-II) is niet specifiek gericht op psychosociale problematiek, maar focust op het bevorderen van het volgen van geldende richtlijnen voor hartrevalidatie door zorgverleners. Het project vormt een vervolg op eerder onderzoek dat aantoonde dat elektronische beslissingsondersteuning een effectieve methode

is om richtlijnimplementatie te bevorderen. In het huidige project wordt elektronische beslissingsondersteuning ingebed in de bestaande werkprocessen van hartrevalidatiecentra, gecombineerd met bezoek door een implementatiedeskundige en periodieke feedback op basis van interne kwaliteitsindicatoren. De elektronische beslissingsondersteuning biedt begeleiding bij de indicatiestelling voor hartrevalidatie en sluit aan bij de nieuwe Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie. Deze richtlijn is specifiek herzien en uitgebreid met betrekking tot het psychisch en sociaal functioneren van hartpatiënten. Geëvalueerd wordt of de toegepaste methode van richtlijnimplementatie effectief is.

Praktijk

Zorgverlenerondersteunende interventie

Het Erasmus MC heeft een polikliniek voor secundaire preventie van hart- en vaatziekten. Tijdens de intake wordt het vasculair risicoprofiel van patiënten met bewezen coronair lijden in kaart gebracht door verpleegkundig consulenten. Als onderdeel van de intake worden patiënten ook gescreend op psychosociale problematiek (angst, depressie en type D persoonlijkheid) met behulp van vragenlijsten. In geval van een verhoogde score, wordt met patiënten besproken of er behoefte is aan doorverwijzing naar een medisch psycholoog.

3.3.1 Onderzoek

Vernieuwende specifieke interventies

Zoals aangegeven in de onderstaande tabel, zijn er twee lopende effectstudies gevonden naar vernieuwende specifieke interventies.

Tabel 1 Onderzoek naar vernieuwende specifieke interventies

Setting ^a	Kenmerken interventie
Ziekenhuis ^b	<p><i>Naam:</i> n.v.t.</p> <p><i>Doelgroep:</i> Patiënten die een myocard infarct hebben doorgemaakt en ten minste milde depressieve klachten hebben.</p> <p><i>Nadere typering:</i> Cognitieve gedragstherapie en mindfulness interventie.</p> <p><i>Status:</i> Lopend.</p>
Anders/divers	<p><i>Naam:</i> WEBCARE</p> <p><i>Doelgroep:</i> Patiënten bij wie een implanteerbare cardioverter defibrillator (ICD) geïmplanteerd gaat worden.</p> <p><i>Nadere typering:</i> Web-based gedragsinterventie gericht op het verminderen van angst en zorgen rondom ICD.</p> <p><i>Status:</i> Lopend.</p>

^a Setting waarin de interventie uitgevoerd wordt.

^b Ziekenhuis: algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis, of universitair medisch centrum.

Mindfulness en cognitieve gedragstherapie

Het eerste onderzoek²⁴ betreft een trial²⁵ waarin nagegaan wordt of een mindfulness interventie en cognitieve gedragstherapie (CGT) effectieve behandelvormen zijn voor het verminderen van depressieve klachten bij patiënten die een hartinfarct hebben door- gemaakt (ten minste 3 maanden geleden). Ook wordt onderzocht of er een verschil in effectiviteit bestaat tussen de mindfulness interventie en CGT.

Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), of in het Nederlands 'Aandachtge- richte stressreductie', is in de jaren tachtig van de vorige eeuw ontwikkeld (Kabat-Zinn, 1990). MBSR integreert westerse kennis over stress en psychische klachten met oosterse bewustzijns technieken. De groepstraining richt zich op het vermogen van mensen om met aandacht hun lichaam, gevoelens, en gedachten waar te nemen. Op deze wijze ervaart men hoe stress zowel lichamelijke als psychische invloeden heeft en hoe men hier automatische reacties op heeft ontwikkeld. Door gerichte aandacht ontdekt men dat er de keuze is om anders te reageren, en dus anders met stress, ziekte of pijn om te gaan. Kenmerkend voor de training is het leren via de eigen ervaring en het dagelijks intensief oefenen. In 2002 is MBSR bewerkt tot een methode die zich specifiek richt op terugvalpreventie bij depressie: *mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT) of in het Nederlands 'Aandachtgerichte cognitieve therapie' (Segal et al., 2002).

Een recente meta-analyse van 39 buitenlandse studies laat zien dat een mindfulness interventie (MBRS of MBCT, of een hierop gebaseerde interventie) effectief is in het verminderen van depressieve klachten of angstklachten bij patiënten met verschillende psychiatrische of lichamelijke aandoeningen (Hofman e.a., 2010). In het buitenland is echter nog nauwelijks onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van een mindfulness interventie specifiek bij hartpatiënten, laat staan in Nederland. Dit hiaat wordt nu opge- vuld door deze studie, waarbij opgemerkt moet worden dat de onderzochte mindfulness interventie gebaseerd is op MBCT en individueel aangeboden wordt.

CGT is een veel toegepaste en effectieve behandelvorm bij depressie (Cuijpers & Dekker, 2005). In de kortdurende psychologische interventie wordt patiënten geleerd om negatieve of automatische gedachten te ontdekken en deze te veranderen (Beck e.a., 1979). Er zijn aanwijzingen dat CGT ook een effectieve behandeling is voor het verminderen van depressieve symptomen bij hartpatiënten (Revalidatiecommissie NVVC/NHS en projectgroep PAAHR, 2011). De trial kan hier verdere evidentie voor leveren.

Een psychologische internetinterventie voor ICD patiënten: WEBCARE

De andere gevonden studie richt zich op patiënten bij wie een implanteerbare cardio- verter defibrillator (ICD) is geïmplant. De ICD wordt gebruikt voor de behandeling van hartziekten en wordt geïmplant bij patiënten die een eerdere hartstilstand hebben overleefd (secundaire preventie) of die, als gevolg van structurele hartziekten,

24 Deze studie wordt geleid door onderzoekers van het Universitair Medisch Centrum Groningen en de Universiteit van Amsterdam.

25 Gerandomiseerd onderzoek met controlegroep.

een hoog risico lopen op een hartstilstand (primaire preventie) (Pedersen, 2010)²⁶. Geschat wordt dat in Nederland jaarlijks bijna 4000 mensen een ICD geïmplanteerd krijgen. ICD-implantatie is een effectief middel om plotselinge hartoed dood te voorkomen, en over het algemeen wordt een ICD door het merendeel van de patiënten goed geaccepteerd. Desondanks ervaart 25 tot 33% van de patiënten psychische problemen na de implementatie (Pedersen, 2010). Vooral angst is een belangrijk probleem bij ICD-patiënten (Pedersen e.a., 2011; Versteeg e.a., 2011; Van den Broek, 2008). Angst en andere psychische problemen kunnen ongewenste gevolgen hebben, waaronder vermijdingsgedrag, een verminderd functioneren, een slechtere kwaliteit van leven, en een groter risico op een nieuwe hartritmestoornis en sterfte (Pedersen, 2010; Van den Broek, 2008). Het aanbieden van een psychologische of gedragsmatige interventie lijkt veelbelovend om angst en zorgen bij ICD-patiënten te verminderen (Pedersen e.a., 2007).

In het WEBCARE-project^{27,28} wordt onderzoek gedaan naar de effectiviteit van een gedragsinterventie die via het internet wordt aangeboden aan patiënten bij wie een ICD geïmplanteerd gaat worden. Het voordeel van het aanbieden van een interventie via het internet is de laagdrempelige toegankelijkheid. Daarnaast is de anonimiteit van patiënten gewaarborgd, en kan het stigma rondom het consulteren van een GGZ-zorgverlener vermeden worden (Pedersen e.a., 2009). De gedragsinterventie omvat onder meer psycho-educatie over de ICD en hart- en vaatziekten, training in probleemoplossende vaardigheden, cognitieve herstructurering en ontspanningstraining. Patiënten ontvangen persoonlijke feedback via de computer. Door middel van een trial wordt gekeken naar de effecten van de interventie op onder meer angst, depressie, acceptatie van de ICD en kwaliteit van leven. Ook wordt de kosteneffectiviteit bepaald.

3.3.2 Implementatie

Vernieuwende specifieke interventie

Zoals aangegeven in tabel 2, werd er een lopend project gevonden waarin een vernieuwende specifieke interventie voor hartpatiënten ingebed wordt in de ziekenhuiszorg.

26 De groep patiënten met een ICD bestaat uit een heterogene populatie, variërend van kinderen met aangeboren hartziekten tot oudere mensen met chronisch hartfalen (Pedersen, 2010).

27 WEBbased distress management program for implantable CARdioverter dEfibrillator patients.

28 De studie wordt geleid door onderzoekers van de Universiteit van Tilburg.

Tabel 2 Implementatie van een vernieuwende specifieke interventie

Setting ^a	Kenmerken interventie
Ziekenhuis ^b	<i>Naam:</i> Hart voor uw hart <i>Doelgroep:</i> Patiënten met hart- en vaatziekten in de post-revalidatiefase. <i>Nadere typering:</i> Implementatie van een zelfmanagementinterventie gericht op subklinische psychosociale problematiek. <i>Eerder effectonderzoek:</i> Ja. <i>Implementatie locatie:</i> 1 ziekenhuis (MC Zuiderzee). <i>Status:</i> Lopend.

^a Setting waarin de interventie uitgevoerd wordt.

^b Ziekenhuis: algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis, of universitair medisch centrum.

^c Hiermee wordt bedoeld of er wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd is naar de effecten van de interventie die geïmplementeerd wordt.

Project 'Hart voor uw hart': implementatie van een zelfmanagementinterventie

In het project 'Hart voor uw hart'²⁹ wordt ter verbreding van het psychosociale zorgaanbod een zelfmanagementinterventie gericht op hartpatiënten met mildere (subklinische) psychosociale problematiek en hun partners geïmplementeerd in de reguliere zorg van het MC Zuiderzee Ziekenhuis Lelystad. De zelfmanagementinterventie wordt aangeboden aan het eind van de revalidatiefase of in de chronische (postrevalidatie-)fase. De Universiteit van Leiden heeft de interventie ontwikkeld. De interventie is gebaseerd op een psychologische theorie (zelfregulatietheorie³⁰), en is er vooral op gericht patiënten te ondersteunen in het nastreven en bereiken van persoonlijke doelen op het gebied van welbevinden, sociaal functioneren, arbeidsre-integratie of leefstijl. De interventie is een meer psychosociaal georiënteerde variant van een bewezen effectieve zelfmanagementinterventie gericht op (behoud van) leefstijlverandering bij hartpatiënten in de chronisch (postrevalidatie-)fase. Aangetoond is dat deze interventie gunstige effecten heeft op welbevinden, patiënttevredenheid, leefgewoonten en risicofactoren³¹. De implementatie van de zelfmanagementinterventie wordt geëvalueerd.

Zorgverlenerondersteunende interventies

Zoals tabel 3 aangeeft werden er twee projecten gevonden waarin methodes geïmplementeerd worden die zorgverleners ondersteunen bij het bieden van psychosociale zorg bij hartpatiënten.

29 Het project wordt geleid door onderzoekers van het Universitair Medisch Centrum Groningen, de Universiteit Leiden en de Vrije Universiteit Amsterdam.

30 De zelfregulatietheorie is gericht op het stellen van persoonlijke doelen en op het reguleren van gedrag, emoties en cognities om zowel het bereiken van deze doelen als het welbevinden te kunnen reguleren. Volgens de zelfregulatietheorie wijzen sterke emotionele reacties op het (bedreigd voelen in het) niet kunnen bereiken van belangrijke persoonlijke doelen (Boersma, 2004).

31 Resultaten waren ten tijde van het schrijven van deze rapportage nog niet gepubliceerd.

Tabel 3 Implementatie van zorgverlenerondersteunende interventies

Setting ^a	Kenmerken interventie
Ziekenhuis ^b	<p><i>Naam:</i> Hart voor uw hart</p> <p><i>Doelgroep:</i> Patiënten met hart- en vaatziekten in de revalidatiefase of in de post-revalidatiefase.</p> <p><i>Nadere typering:</i> Implementatie van een screeningssysteem voor de tijdige signalering van psychosociale problemen, en het bieden van een passend vervolgtraject.</p> <p><i>Eerder effectonderzoek^c:</i> Ja.</p> <p><i>Implementatie locatie:</i> 1 ziekenhuis (MC Zuiderzee).</p> <p><i>Status:</i> Lopend.</p>
	<p><i>Naam:</i> CARDSS-II</p> <p><i>Doelgroep:</i> Patiënten die in aanmerking komen voor hartrevalidatie.</p> <p><i>Nadere typering:</i> Richtlijnimplementatie op basis van elektronische beslissingsondersteuning, locatiebezoek door een implementatiedeskundige en periodieke feedback op basis van interne kwaliteitsindicatoren.</p> <p><i>Eerder effectonderzoek^c:</i> Ja.</p> <p><i>Implementatie locaties:</i> Nog onbekend.</p> <p><i>Status:</i> Lopend.</p>

^a Setting waarin de interventie uitgevoerd wordt.

^b Ziekenhuis: algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis, of universitair medisch centrum.

^c Hiermee wordt bedoeld of er wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd is naar de effecten van de interventie die geïmplementeerd wordt.

Project 'Hart voor uw hart': implementatie van screening

In het hierboven besproken project 'Hart voor uw hart' wordt – naast de inbedding van een zelfmanagementinterventie – ook geprobeerd standaard screening op psychosociale problemen bij hartpatiënten te implementeren in de reguliere zorg van het MC Zuiderzee Ziekenhuis Lelystad. Dit om (vroegtijdige) herkenning van psychosociale problematiek te bevorderen. In het kader worden eerdere onderzoeksresultaten beschreven die de aanleiding vormden voor dit implementatieproject.

Aanleiding: eerdere resultaten

In het kader van het programma 'Hart voor mensen' van de Nederlandse Hartstichting³² zijn in 2010 onderzoekers van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) gevraagd een voor de klinische praktijk bruikbare screenings-procedure voor psychosociale problemen bij hartpatiënten te ontwikkelen en uit te testen. Uit dit onderzoek zijn een aantal interessante bevindingen en conclusies naar voren gekomen ten aanzien van de implementatie van standaard screening op psychosociale problematiek (Fleer e.a., 2010):

32 De Nederlandse Hartstichting heeft een apart programma 'Hart voor mensen' opgezet, dat als oogmerk heeft de kwaliteit van leven van patiënten met hart- en vaatziekten en hun directe naasten te verbeteren. Dit wordt geprobeerd te bereiken door psychosociale zorg beter in te bedden in de reguliere zorgpraktijk. Zie: www.hartvoormensen.nl

Het is waarschijnlijk dat implementatie van standaard screening leidt tot een aanzienlijke toename van de vraag naar psychosociale zorg

De eerste fase van het onderzoek was erop gericht om inzicht te krijgen in de mogelijke gevolgen van het implementeren van standaard screening op psychosociale problemen in de reguliere zorg (Fleer e.a., 2010; Lutik e.a., 2011). Gevonden werd dat psychosociale problematiek vaak voorkwam bij patiënten die de polikliniek Cardiologie van het UMCG bezochten (N= 217). Op basis van screeningsvragenlijsten had 26% depressieve klachten en 42% angstklachten. Van de patiënten met depressieve klachten of angstklachten, gaf 35 tot 50% aan een matig tot grote behoefte aan hulp te ervaren bij deze klachten. De onderzoekers concludeerden op basis van deze bevindingen dat standaard screening van hartpatiënten grote gevolgen heeft voor de dagelijkse klinische praktijk in die zin dat er tijd ingeruimd moet worden om screeningsresultaten te bespreken en dat er voldoende mogelijkheden moeten zijn om te kunnen doorverwijzen voor psychosociale zorg (Fleer e.a., 2010; Lutik e.a., 2011).

Belangrijke aspecten rondom het implementeren van standaard screening

In het vervolg van het onderzoek werd een voor de klinische praktijk bruikbare screenings-procedure ontwikkeld en uitgetest binnen poliklinische verpleegkundige spreekuren in verschillende ziekenhuizen (waaronder ook het UMCG) (Fleer e.a., 2010). Hieruit zijn verschillende aspecten naar voren gekomen waarmee rekening gehouden moet worden bij het implementeren van standaard screening in de klinische praktijk, waaronder:

- *Implementatie is alleen haalbaar als het afdelingsbreed gedragen wordt en als het onderdeel wordt van de standaardzorg.*

Een breed draagvlak is noodzakelijk omdat het implementeren van standaard screening een grote impact heeft op de logistieke planning van de polikliniek. Daarbij moeten verpleegkundigen en cardiologen ook gemotiveerd zijn. Uit het onderzoek bleek dat een gebrek aan motivatie onder zorgverleners belemmerend werkt voor de implementatie van screening. Ook werd gevonden dat het uitvoeren van screening erbij inschiet wanneer de werkdruk toeneemt. De onderzoekers geven aan dat dit opgelost zou kunnen worden door screening op te nemen als onderdeel van de standaardzorg (Fleer e.a., 2010).

- *Deskundigheidsbevordering en ondersteuning van verpleegkundigen.*

Volgens de aan het onderzoek deelnemende verpleegkundigen was de ontwikkelde screenings-procedure goed inpasbaar in het verpleegkundig spreekuur. Zij vonden het ook een waardevolle aanvulling binnen het spreekuur. Wel werd door de verpleegkundigen de behoefte aangegeven om geschoold te worden in gesprekstechnieken bij het bespreken van screeningsresultaten. Daarnaast hadden zij ook behoefte aan een aanspreekpunt binnen het ziekenhuis, voor het bespreken van moeilijke 'gevallen' of bij twijfels over doorverwijzing (Fleer e.a., 2010).

- *Er moeten van tevoren voorbereidingen worden getroffen om tegemoet te komen aan de toename van de vraag naar psychosociale zorg.*

Hierboven werd al aangegeven dat het aannemelijk is dat het implementeren van standaard screening zal leiden tot een substantiële toename van de vraag naar psychosociale diagnostiek en behandeling. De afdelingen die psychosociale zorg verlenen binnen ziekenhuizen zullen hiervoor voorbereidingen moeten treffen (Fleer e.a., 2010).

Het implementatieproject 'Hart voor uw Hart' - medio 2011 gestart - vormt een vervolgstap op het in het kader beschreven onderzoek³³. Beoogd wordt om duidelijk te krijgen op welke wijze - met de patiënt centraal in het proces - standaard screening op psychosociale problemen en doorverwijzing naar een passend zorgaanbod kan worden geïntegreerd in de reguliere zorg van het MC Zuiderzee Ziekenhuis Lelystad. Screening gebeurt gecomputeriseerd en is gekoppeld aan het ziekenhuisinformatiesysteem.

In het project worden zowel patiënten die in aanmerking komen voor hartrevalidatie ('nieuwe' patiënten) als patiënten in de chronische (postrevalidatie-) fase gescreend. *Nieuwe patiënten* worden uitgebreid gescreend - ook op andere gebieden dan psychosociaal - om de inhoud van het revalidatieprogramma te bepalen. Deze screening wordt onder meer aan het eind van de revalidatiefase herhaald. In geval van een verhoogde score op psychosociale problemen bepaalt een verpleegkundige in samenspraak met de patiënt welke interventies hiervoor tijdens het revalidatietraject aangeboden worden. Indien er sprake is van ernstige psychopathologie wordt een patiënt doorverwezen naar een psycholoog of psychiater. *Patiënten in de chronische fase* worden telkens tijdens een polibezoek kort gescreend op psychosociale problematiek. Bij een verhoogde score verwijst de cardioloog door naar de verpleegkundige, die weer in overleg met de patiënt het vervolgtraject bepaalt. Hierbij kan eventueel een medisch maatschappelijk werker om advies gevraagd worden. Wat betreft het vervolgtraject, is de eerder besproken zelfmanagementinterventie een behandeling van eerste voorkeur voor mensen met mildere psychosociale problematiek.

Het implementatieproject 'Hart voor uw Hart' wordt uitgevoerd in het MC Zuiderzee Ziekenhuis Lelystad. Het wordt geëvalueerd door het afnemen van vragenlijsten (voor en na de implementatie) bij zowel patiënten als zorgverleners. Om het patiëntenperspectief in kaart te brengen worden interviews met patiënten gehouden. De verwachting is dat de resultaten eind 2012 beschikbaar zijn. Het is de bedoeling dat 'Hart voor uw Hart' een blauwdruk oplevert voor de implementatie van een screenings- en interventiesysteem voor psychosociale problemen bij hartpatiënten in andere ziekenhuizen.

33 Het project wordt geleid door onderzoekers van het Universitair Medisch Centrum Groningen, de Universiteit Leiden en de Vrije Universiteit Amsterdam.

CARDSS-II: Richtlijnimplementatie

In een ander project wordt door onder meer het inbedden van elektronische beslissingsondersteuning in de bestaande werkprocessen van hartrevalidatiecentra geprobeerd het volgen van richtlijnen voor hartrevalidatie door zorgverleners te bevorderen.

Hartrevalidatie is de zorg die in het vervolg van een acute behandeling wordt aangeboden aan patiënten die een acuut cardiaal incident hebben doorgemaakt (bv. een hartinfarct). Hartrevalidatie richt zich op het fysiek, psychisch en sociaal functioneren van de hartpatiënt en op secundaire preventie van (coronair) vaatlijden (Revalidatiecommissie NVVC/NHS en projectgroep PAAHR, 2011). Kenmerkend voor het proces van hartrevalidatie is dat het een multidisciplinaire aangelegenheid is³⁴. Multidisciplinaire hartrevalidatieprogramma's worden in Nederland aangeboden door circa 100 instellingen, meestal verbonden aan een ziekenhuis (Strijbis e.a., 2005). Aangetoond is dat hartrevalidatie diverse positieve effecten heeft voor hartpatiënten, waaronder een verminderde morbiditeit en mortaliteit en een verbeterde kwaliteit van leven. Bovendien is het een kosteneffectieve behandeling (Revalidatiecommissie NVVC/NHS en projectgroep PAAHR, 2011). Het blijkt echter dat richtlijnen voor hartrevalidatie lang niet altijd gevolgd worden door zorgverleners (Goud e.a., 2009).

Elektronische beslissingsondersteuning kan een hulpmiddel zijn om het opvolgen van richtlijnen door hartrevalidatieteams te bevorderen. Dit werd onderzocht in de CARDSS-I studie, die werd uitgevoerd in 31 hartrevalidatiecentra (Goud, 2009)³⁵. De elektronische beslissingsondersteuning omvatte software die begeleiding bood bij de indicatiestelling voor hartrevalidatie en advies gaf over welke interventies er - op basis van destijds geldende richtlijnen - voor een patiënt geïndiceerd waren. De elektronische beslissingsondersteuning was gebaseerd op de Beslisboom Indicatiestelling Hartrevalidatie 2004. De CARDSS-I studie toonde aan dat elektronische beslissingsondersteuning een effectief instrument is om het opvolgen van de destijds geldende Multidisciplinaire richtlijn (MDR) Hartrevalidatie 2004 te verbeteren (Goud e.a., 2009). Desondanks bleef er nog steeds een aanzienlijke variatie bestaan tussen de deelnemende instellingen wat betreft het aanbod van hartrevalidatie (Goud, 2009).

Deze variatie vormde de aanleiding voor een vervolgstap: de nu lopende CARDSS-II studie³⁶. Het doel is om de werkprocessen in hartrevalidatiecentra verder te standaardiseren door middel van richtlijnimplementatie. Hiertoe wordt een uitgebreidere interventie toegepast dan in de CARDSS-I studie (Van Engen-Verheul e.a., 2010). Naast het inbedden van elektronische beslissingsondersteuning in de bestaande werkprocessen van deelnemende hartrevalidatiecentra, worden de instellingen ook bezocht door een implementatiedeskundige en krijgen zij periodieke feedback op basis van interne kwaliteitsindicatoren.

34 Bij de hartrevalidatie zijn vele zorgverlenende deskundigen betrokken, zoals cardiologen, revalidatieartsen, huisartsen, bedrijfsartsen, inspanningsfysiologen, verpleegkundigen, dietisten, psychologen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten, bewegingsagogen, ergotherapeuten, psychiaters, verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen (Revalidatiecommissie NVVC/NHS en projectgroep PAAHR, 2011).

35 CARDSS staat voor *cardiac rehabilitation decision support system*.

36 De studie wordt geleid door onderzoekers van het Academisch Medisch Centrum Amsterdam.

De CARDSS-II studie heeft duidelijke aandacht voor psychosociale aspecten van hartrevalidatie. Er wordt gebruik gemaakt van ge-update elektronische beslissingsondersteuning die uitgaat van een herziene en uitgebreide beslisboom, de Beslisboom Poliklinische Indicatiestelling Hartrevalidatie (NVVC, 2010)³⁷. Een belangrijke uitbreiding is onder meer dat er instrumenten toegevoegd zijn voor het vaststellen van angst, depressie en stress. Momenteel is men bezig de ge-update beslisboom gedeeltelijk te herzien naar aanleiding van het verschijnen van de nieuwe MDR Hartrevalidatie (Revalidatiecommissie NVVC/NHS en projectgroep PAAHR, 2011). De richtlijn is specifiek herzien en uitgebreid met betrekking tot het psychisch en sociaal functioneren van hartpatiënten³⁸. De beslisboom wordt herzien op deze psychische en sociale aspecten, zodat er een goede aansluiting is met de nieuwe MDR Hartrevalidatie.

Zoals aangegeven krijgen de deelnemende instellingen ook periodieke bezoeken van een implementatiedeskundige en terugkoppeling op basis van interne kwaliteitsindicatoren. De set van interne kwaliteitsindicatoren omvat ook indicatoren die betrekking hebben op psychosociale aspecten van hartrevalidatie³⁹.

De CARDSS-II studie loopt nog. Ten tijde van het schrijven van deze rapportage was nog niet bekend hoeveel revalidatiecentra gaan deelnemen. De effectiviteit van de methode van richtlijnimplementatie wordt geëvalueerd door middel van een clustergerandomiseerde trial. Onderzocht wordt wat het effect is op het opvolgen van geldende richtlijnen voor hartrevalidatie. Ook wordt gekeken naar verbeteringen op de interne kwaliteitsindicatoren voor hartrevalidatie.

3.3.3 Praktijk

Zorgverlenerondersteunende interventie

Zoals aangegeven in tabel 4 werd er een polikliniek voor secundaire preventie van hart- en vaatziekten gevonden waar standaard gescreend wordt op psychosociale problemen bij patiënten⁴⁰.

Secundaire preventie poli: screening op depressie, angst en type D persoonlijkheid

In het Erasmus MC Rotterdam worden patiënten met coronair lijden – zoals geïdentificeerd tijdens hun ziekenhuisopname of -bezoek – in contact gebracht met een polikliniek voor secundaire preventie van hart- en vaatziekten. Op de polikliniek brengen

37 De aanleiding om de beslisboom aan te passen werd onder meer gevormd door de bevindingen uit de CARDSS-I studie en het verschijnen van de MDR Cardiovasculair risicomanagement (2006) en de Zorgstandaard Vasculair risicomanagement (2009).

38 De herziening is uitgevoerd door een speciaal daartoe ingesteld projectgroep PAAHR (Psychische en Arbeidsgerelateerde Aspecten van HartRevalidatie).

39 Zie: <http://www.cardss.nl/storage-downloads/20100906IndicatorenhartrevalidatieV07.pdf>. De indicatoren zijn ontwikkeld binnen het kader van de CARDSS-II studie. Ze hebben dus geen landelijke status.

40 Opgemerkt dient te worden dat er twee andere zorgverlenerondersteunende interventies gevonden zijn die in de praktijk bij (coronaire) hartpatiënten toegepast worden. Aangezien het gaat om een interventie (de NCSI-methode) die oorspronkelijk ontwikkeld is voor en voornamelijk toegepast wordt bij patiënten met een chronische longaandoening en een interventie (de INTERMED-methode) gericht op 'complexe' patiënten – met willekeurig welke (combinatie van) chronische aandoening(en) – worden deze interventies elders besproken (respectievelijk, pp. 105-106 en pp. 118-120).

Tabel 4 Praktijk: zorgverlenerondersteunende interventie

Setting ^a	Kenmerken interventie
Ziekenhuis ^b	<p><i>Naam:</i> Secundaire preventie poli</p> <p><i>Doelgroep:</i> Patiënten met bewezen coronair lijden, geïdentificeerd tijdens ziekenhuisopname of -bezoek.</p> <p><i>Nadere typering:</i> Polikliniek gericht op secundaire preventie van hart- en vaatziekte door middel van het bieden van voorlichting, coaching en doorverwijzing. Tijdens de intake wordt gescreend op depressie, angst en type D persoonlijkheid.</p> <p><i>Effectonderzoek^c:</i> Nee.</p> <p><i>Uitvoerende locatie(s):</i> Erasmus MC Rotterdam.</p>

^a *Setting waarin de interventie uitgevoerd wordt.*

^b *Ziekenhuis: algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis, of universitair medisch centrum.*

^c *Hiermee wordt bedoeld of er wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd is naar de effecten van de interventie die aangeboden wordt in de praktijk.*

verpleegkundig consulenten vasculaire risicofactoren in kaart, zoals een verstoord cholesterol, een verstoord suikergehalte, een hoge bloeddruk en ongezonde leefstijlgewoontes. Ook geven zij voorlichting over het hanteren van een gezonde leefstijl, en kan een patiënt doorverwezen worden naar bijvoorbeeld een stoppen-met-roken programma of een diëtist(e). Na de klinische intake, begeleidt en coacht de verpleegkundig consulent de patiënt in principe gedurende een jaar (via poliklinische en telefonische contacten). Als onderdeel van de intake worden patiënten ook gescreend op de aanwezigheid van depressieve klachten en/of angstklachten (met de HADS vragenlijst)⁴¹ en type D persoonlijkheid (met de DS14 vragenlijst)⁴². Personen met een type D persoonlijkheid ervaren vaak allerlei negatieve emoties, terwijl ze tegelijkertijd geneigd zijn deze negatieve emoties niet te uiten (Denollet, 2005). Dit persoonlijkheidstype hangt samen met een slechtere cardiovasculaire prognose en de aanwezigheid van angst en depressie (Denollet e.a., 2010).

In geval van een verhoogde score op de vragenlijsten bespreekt de verpleegkundig consulent met de patiënt of hij/zij behoefte heeft aan een doorverwijzing naar een medisch psycholoog. Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal patiënten dat doorverwezen wordt naar de medisch psycholoog. De ervaring is dat de meeste patiënten geen hulpbehoefte hebben, bijvoorbeeld omdat zij aangeven dat zij zelf methoden hebben om met psychische klachten om te gaan. Patiënten die depressief en/of angstig zijn accepteren wel vaker een doorverwijzing dan patiënten met een type D persoonlijkheid. Overigens had volgens een recente meting 20% van de patiënten die in aanmerking kwamen voor de secundaire preventie poli een type D persoonlijkheid volgens de DS14. Hoe vaak depressieve klachten en angstklachten voorkomen is onbekend. Soms ontwikkelen patiënten gedurende het jaar dat ze gevolgd worden een depressie,

41 Hospital Anxiety and Depression Scale.

42 type D Schaal 14 (Denollet, 2005).

duś nadat ze gescreend zijn tijdens de intake. Als zij hierop zelf nog geen actie hebben ondernomen, dan worden ze stringent geadviseerd hulp te zoeken. De ervaring is dat zij dit dan meestal wel doen.

3.4 Interventies op psychosociaal gebied bij diabetes type 2

In deze paragraaf worden de gevonden interventies op het gebied van psychosociale zorg bij diabetes type 2 besproken. Sommige interventies zijn ook bedoeld voor patiënten met diabetes type 1. Bespreking gebeurt achtereenvolgens voor interventies waarvan de effecten wetenschappelijk onderzocht worden, interventies die geïmplementeerd worden in de praktijk, en interventies die reeds in praktijk aangeboden worden. De paragraaf begint met een samenvatting, waarna voor de geïnteresseerde lezer uitgebreid ingegaan wordt op de interventies.

Samenvatting

Onderzoek

Vernieuwende specifieke interventies

Er werden acht effectstudies gevonden, waarvan één afgerond is.

Het afgeronde onderzoek – een kleine pilotstudie – vond aanwijzingen dat een zelfhulpinterventie die begeleid wordt door diabetesverpleegkundigen gunstige effecten heeft op depressieve klachten en angstklachten bij patiënten met diabetes type 2. Twee lopende studies onderzoeken of psychologische interventies effectief zijn in het verminderen van psychische problemen bij poliklinische diabetespatiënten. Het gaat om een *mindfulness* interventie en cognitieve gedragstherapie. In één studie wordt de effectiviteit van de twee behandelvormen ook onderling vergeleken.

Daarnaast werden vijf lopende studies gevonden naar de effecten van interventies gericht op het versterken van zelfmanagement van patiënten met diabetes type 2. Uitgaande van psychologische theorieën ligt bij al deze zelfmanagementinterventies de focus op psychosociale aspecten, zoals het versterken van sociale steun, het verbeteren van proactieve coping vaardigheden en het veranderen van ziekteopvattingen. Vier zelfmanagementinterventies zijn nieuw ontwikkeld; één interventie betreft een aanvulling op een eerder ontwikkelde, bewezen effectieve interventie. De zelfmanagementinterventies richten zich op verschillende subgroepen van patiënten: patiënten bij wie de diagnose diabetes type 2 relatief kort geleden gesteld is; patiënten met een lage sociaaleconomische status en suboptimale glykemische controle; en patiënten met diabetes type 2 die te maken krijgen met complicaties.

Zorgverlenerondersteunende interventie

Er werd een afgerond onderzoek gevonden dat aantoonde dat standaard screening op depressie bij poliklinische diabetespatiënten – zonder het bieden van een vervolgtraject - geen effect heeft op hun gebruik van psychische hulp en op de mate van depressie. Geconcludeerd werd dat screening – om zinvol te zijn - ingebed dient te worden in een meer uitgebreide interventie.

Organisatorische interventie

In een lopende studie (CasCo) wordt onderzocht of het toevoegen van een geïndividualiseerd zorgprogramma (casemanagement) aan een diabetes specifiek zorgprogramma een meerwaarde heeft voor patiënten met diabetes type 2 die daarnaast andere chronische ziekten hebben (comorbiditeit). Daarbij gaat om veel voorkomende comorbiditeit, waaronder depressie. Het casemanagement programma is gebaseerd op het in de VS ontwikkelde *guided care* model.

Implementatie

Vernieuwende specifieke interventies

Er werden drie lopende implementatieprojecten gevonden.

In twee projecten worden bewezen effectieve interventies voor psychosociale problemen bij diabetes ingebed in de reguliere huisartsenzorg. In het ene project (SMS) gaat het om het ondersteunen van zelfmanagement van diabetespatiënten met psychosociale problematiek. Belangrijke elementen hierbij zijn het aanleren van probleemoplossende vaardigheden en de reattributie van negatieve cognities. Het andere project richt zich op de implementatie van de internetinterventie 'Diabetergestemd.nl' in de huisartsenzorg. Deze interventie is bedoeld voor diabetespatiënten die depressieve en/of diabetesspecifieke emotionele problemen hebben. In beide projecten zijn praktische procedures ontwikkeld om psychosociale problemen bij diabetespatiënten te signaleren en hen toe te leiden naar de betreffende interventie. Patiënten met ernstige psychosociale problematiek krijgen een ander vervolgtraject aangeboden. Beide implementatieprojecten worden wetenschappelijk geëvalueerd.

Een ander lopend project richt zich op het breed implementeren van het groepseducatieprogramma PRISMA in zorggroepen en hun aangesloten huisartsenpraktijken. Hierbij wordt samengewerkt tussen het VUmc (eigenaar van PRISMA) en Novo Nordisk (een Nederlandse Health Care organisatie). PRISMA is een interdisciplinair programma dat beoogt het zelfmanagement van patiënten met diabetes type 2 (en hun directe naasten) te bevorderen. Het is bij voorkeur bedoeld als startpunt van de diabetesbehandeling. PRISMA is een bewerking van een bewezen effectief Engels programma (DESMOND), en gaat uit van diverse psychologische theorieën.

Praktijk

Vernieuwende specifieke interventies

Er bestaat een hulpaanbod vanuit de GGZ voor patiënten met diabetes en psychische problemen, waarbij soms samengewerkt wordt met ziekenhuizen. Er werden twee groepscurssussen gevonden: 'Goed voelen met diabetes', aangeboden door GGZ Centraal in samenwerking met het Flevoziekenhuis; en 'Voel je beter met diabetes', aangeboden door Context, de afdeling preventie van de Parnassia Bavo groep. PsyQ, een samenwerkingsverband van een viertal GGZ-instellingen met circa 30 vestigingen verspreid over Nederland, biedt binnen haar programma Somatiek & Psyche verschillende interventies aan voor diabetespatiënten met psychische problemen.

Daarnaast worden in de praktijk interventies aangeboden die gericht zijn op het versterken van het zelfmanagement van patiënten met diabetes (of specifiek diabetes type 2). De interventies hebben duidelijke aandacht voor psychosociale aspecten. Ze verschillen onder meer wat betreft type, doelgroep en setting waarin ze aangeboden worden. De cursus 'Leven met diabetes' van de Diabetes Vereniging Nederland (DVN) bestaat uit groepsbijeenkomsten van diabetespatiënten en partners/mantelzorgers waarin het uitwisselen van patiëntervaringen gecombineerd wordt met inhoudelijke kennisoverdracht. De cursus vindt plaats op laagdrempelige locaties. DIEP is een interactieve educatieve website voor patiënten met diabetes type 2. Middels de training DIEP@work worden eerstelijns zorgverleners getraind om met DIEP educatie aan patiënten te kunnen verzorgen. Medio 2011 kende DIEP bijna 100.000 unieke bezoekers; circa 300 zorgverleners zijn getraind met DIEP@work. PRISMA is - zoals eerder besproken - een interdisciplinair groepseducatieprogramma voor patiënten met diabetes type 2. Het wordt door een aantal ziekenhuizen en een aantal huisartsenpraktijken en -groepen als reguliere zorg aangeboden. MIEP is een multidisciplinair en intensief diabetes educatie programma voor diabetespatiënten met een slechte glycemische regulatie en/of psychosociale problemen. Het is bedoeld voor de tweede- of derdelijns diabeteszorg. Momenteel wordt het aangeboden door het Centrum voor Revalidatie van het Universitair Medisch Centrum Groningen. Effectstudies naar de programma's DIEP en MIEP hebben gunstige effecten aangetoond. Er loopt een effectonderzoek naar PRISMA.

Zorgverlenerondersteunende interventie

Om onvervulde zorgbehoeften ten aanzien van psychosociale problemen te herkennen en te bespreken wordt in het Diabetescentrum van het VUmc het welbevinden van diabetespatiënten gemonitord als onderdeel van de diabeteszorg. Wanneer nodig, worden vervolgacties ondernomen. Effectonderzoek naar de monitoring-procedure heeft gunstige effecten aangetoond.

Organisatorische interventies

Tot slot bestaan er ook gespecialiseerde poliklinieken. Een voorbeeld is de recent opgezette gespecialiseerde polikliniek Diabetes mentaal van het VU medisch centrum (VUmc) die zich richt op psychische problematiek bij diabetespatiënten. De polikliniek biedt diagnostiek en een breed behandelaanbod, en werkt daarbij nauw samen met het Diabetescentrum van het VUmc en de GGZ-instelling GGZ inGeest, partner van het VUmc. Hoewel de polikliniek reguliere zorg betreft, kan het ook beschouwd worden als een implementatieproject. Gedurende een periode van twee jaar wordt de polikliniek namelijk nauwkeurig geëvalueerd, ook vanuit kostenperspectief.

3.4.1 Onderzoek

Vernieuwende specifieke interventies

Zoals weergegeven in tabel 5 werden diverse lopende studies gevonden naar vernieuwende specifieke interventies. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen psychologische interventies en interventies gericht op het versterken van zelfmanagement.

Psychologische interventies

Er werd een kleine, afgeronde effectstudie gevonden naar een begeleide zelfhulpinterventie voor depressie en angst bij diabetes type 2. Daarnaast werden twee lopende trials gevonden naar de effectiviteit van psychologische interventies voor psychische problematiek bij patiënten met diabetes type 2.

Begeleide zelfhulpinterventie

In een afgeronde studie werden de effecten van een begeleide zelfhulpinterventie voor depressie en angst bij patiënten met diabetes type 2 onderzocht (Meeuwissen e.a., 2011). De kleine pilotstudie werd uitgevoerd in de eerste lijn. De zelfhulpinterventie is gebaseerd op de cursussen 'Angst en depressie overwinnen' en 'Leven met een chronische ziekte', en aangepast aan de behoeften van diabetespatiënten. Begeleiding gebeurde door getrainde diabetesverpleegkundigen via face-to-face contacten in de huisartsenpraktijk of op een thuiszorg locatie. De diabetesverpleegkundigen screenen patiënten ook op depressie en angst om patiënten te identificeren voor wie de interventie

Tabel 5 Onderzoek naar specifieke vernieuwende interventies

Setting ^a	Kenmerken interventie
Eerste lijn	<p><i>Naam:</i> n.v.t. <i>Doelgroep:</i> Patiënten met diabetes type 2 en een depressieve stoornis of angststoornis. <i>Typering:</i> Begeleide zelfhulpinterventie voor depressie en angst bij diabetes. <i>Status:</i> Afgerond.</p>
	<p><i>Naam:</i> n.v.t.^c <i>Doelgroep:</i> Recent gediagnosticeerde patiënten met diabetes type 2 en hun partners. <i>Typering:</i> Interventie gericht op het versterken van zelfmanagement. Dit gebeurt d.m.v. het stimuleren van (de overeenstemming tussen) positieve ziekteopvattingen van patiënten en partners. <i>Status:</i> Lopend.</p>
	<p><i>Naam:</i> n.v.t.^c <i>Doelgroep:</i> Patiënten met diabetes type 2 (50-70 jaar) die complicaties krijgen. <i>Nadere typering:</i> Interventie gericht op het versterken van zelfmanagement. Dit gebeurt d.m.v. het geven van sociale steun door medepatiënten. <i>Status:</i> Lopend.</p>
Ziekenhuis ^b	<p><i>Naam:</i> Metis-D <i>Doelgroep:</i> Poliklinische patiënten met diabetes met ten minste milde depressieve klachten. <i>Nadere typering:</i> Cognitieve gedragstherapie en mindfulness interventie. <i>Status:</i> Lopend.</p>
	<p><i>Naam:</i> DiaMind <i>Doelgroep:</i> Poliklinische patiënten met diabetes en een laag emotioneel welbevinden. <i>Nadere typering:</i> Mindfulness interventie. <i>Status:</i> Lopend.</p>
Anders/divers	<p><i>Naam:</i> Samen sterk met suiker <i>Doelgroep:</i> Zowel autochtone als allochtone patiënten met diabetes type 2, een lage SES en een suboptimale glykemische controle. <i>Nadere typering:</i> Interventie gericht op het versterken van zelfmanagement. Het sociale netwerk van patiënten en het creëren van ondersteuning bij het omgaan Met DM staat hierbij centraal. <i>Status:</i> Lopend.</p>
	<p><i>Naam:</i> DOELbewust Diabetes <i>Doelgroep:</i> Recent gediagnosticeerde patiënten met diabetes type 2. <i>Nadere typering:</i> Interventie gericht op het versterken van zelfmanagement. Dit gebeurt d.m.v. het verbeteren van proactieve coping vaardigheden. <i>Status:</i> Lopend.</p>
	<p><i>Naam:</i> n.v.t.^c <i>Doelgroep:</i> Patiënten met diabetes type 2 die recentelijk een acuut cardiaal incident hebben doorgemaakt. <i>Nadere typering:</i> Interventie gericht op het versterken van zelfmanagement. Dit gebeurt d.m.v. huisbezoeken waarbij de nadruk ligt op het verhogen van de zelfeffectiviteit (zelfredzaamheid) en het veranderen van ziekteopvattingen. <i>Status:</i> Lopend.</p>

^a Setting waarin de interventie uitgevoerd wordt.

^b Ziekenhuis: algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis, of universitair medisch centrum.

^c Behoort tot het overkoepelende onderzoeksproject 'Wat er ook gebeurt! Begeleiding van mensen met diabetes type 2'.

geschikt was. Gevonden werd dat de patiënten die de zelfhulp interventie gevolgd hadden na zes maanden minder last hadden van depressieve klachten, angstklachten, lichamelijke klachten en diabetesspecifieke emotionele klachten dan bij aanvang. Het is belangrijk op te merken dat deze bevindingen betrekking hadden op een klein aantal patiënten (N= 15) en dat er geen vergelijking werd gemaakt met een controlegroep. Een procesevaluatie gaf aan dat de diabetesverpleegkundigen door de training meer kennis ervaren ten aanzien van depressie en angst, coaching en motiverende gespreksvoering. De diabetesverpleegkundigen gaven aan dat - na training - het screenen op depressie en angst en het begeleiden van de zelfhulpinterventie voor hen haalbaar en uitvoerbaar is.

Mindfulness en cognitieve gedragstherapie

Zoals in het voorgaande hoofdstuk beschreven, richt *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) - in het Nederlands 'Aandachtgerichte stressreductie' - zich op het vermogen van mensen om met aandacht hun lichaam, gevoelens, en gedachten waar te nemen. Door gerichte aandacht ontdekt men dat er de keuze is om anders te reageren, en dus anders met stress, ziekte of pijn om te gaan. Op basis van een MBSR is een methode ontwikkeld die specifiek gericht is op terugvalpreventie bij depressie: *mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT), of in het Nederlands 'Aandachtgerichte cognitieve therapie' (Segal et al., 2002).

Een recente meta-analyse van 39 buitenlandse studies wijst erop dat een mindfulness interventie - MBRS of MBCT, of een hierop gebaseerde interventie - effectief is in het verminderen van depressieve klachten of angstklachten bij patiënten met verschillende psychiatrische of lichamelijke aandoeningen (Hofmann e.a., 2010). Er is echter in het buitenland weinig effectonderzoek gedaan naar een mindfulness interventie specifiek bij diabetespatiënten (Van Son e.a., 2011), en in Nederland nog helemaal niet.

Deze lacune wordt nu opgevuld door twee trials. Hoewel beide studies zich richten op poliklinische patiënten met diabetes (zowel type 1 als type 2), zijn er een aantal verschillen. De diabetesspecifieke mindfulness interventie die onderzocht wordt in de DiaMind studie⁴³ (Van Son e.a., 2011) richt zich op patiënten met een laag emotioneel welbevinden, is gebaseerd op zowel MBRS als MBCT en betreft een groepstraining. In de Metis-D studie⁴⁴ gaat het om een diabetesspecifieke mindfulness interventie die gericht is op patiënten met depressieve klachten, die gebaseerd is op MBCT en die individueel aangeboden wordt.

In Metis-D studie wordt ook nagegaan of er een verschil in effectiviteit bestaat tussen de mindfulness interventie en cognitieve gedragstherapie. Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een veel gebruikte en effectieve behandelvorm bij depressie (Cuijpers & Dekker, 2005). CGT is een kortdurende psychologische interventie waarin patiënten wordt geleerd om negatieve of automatische gedachten te ontdekken en deze te veranderen (Beck e.a., 1979). Hoewel het aantal studies beperkt is en uitgevoerd in het buitenland, lijkt CGT ook effectief als behandeling voor depressie bij volwassen patiënten met diabetes (Van der Feltz-Cornelis e.a., 2010).

43 Deze studie wordt geleid door onderzoekers van de Universiteit van Tilburg.

44 Deze studie wordt geleid door onderzoekers van het Universitair Medisch Centrum Groningen en de Universiteit van Amsterdam.

Interventies gericht op het versterken van zelfmanagement

Er werden vijf effectstudies gevonden naar interventies gericht op het versterken van zelfmanagement van patiënten met diabetes type 2. De zelfmanagementinterventies gaan uit van psychologische theorieën en hebben duidelijke aandacht voor psychosociale aspecten. Eén interventie ('DOELbewust Diabetes') betreft een aanvulling op een eerder ontwikkelde, bewezen effectieve interventie; de andere vier zelfmanagementinterventies zijn nieuw ontwikkeld. De ontwikkeling van drie interventies gebeurde in het kader van een overkoepelend onderzoeksproject. De interventies richten zich op verschillende subgroepen van patiënten met diabetes type 2:

Recent gediagnosticeerde patiënten

Twee interventies richten zich op patiënten bij wie (relatief) kort geleden de diagnose diabetes type 2 gesteld is.

Een interventie is ontwikkeld voor patiënten die 1 tot 3 jaar geleden gediagnosticeerd zijn met diabetes type 2 en hun partners⁴⁵. De focus ligt op het stimuleren van positieve opvattingen over de ziekte en de behandeling, het aanpakken van misvattingen en het versterken van de overeenstemming tussen de ziekteopvattingen van de patiënt en zijn/haar partner. De verwachting is dat de interventie leidt tot een betere kwaliteit van leven en dat het zelfmanagement van patiënten verbetert. Dit wordt door middel van een trial onderzocht. Ook wordt gekeken naar het effect van de interventie op diabetesgerelateerde emotionele distress, psychologisch welbevinden, angst-/ depressieve symptomen, ziekteopvattingen, partnersteun/sociale steun, zelfeffectiviteit en coping.

De interventie 'DOELbewust Diabetes' beoogt de proactieve coping vaardigheden van recent gediagnosticeerde (<5 jaar geleden) patiënten met diabetes type 2 te verbeteren⁴⁶. De interventie is een uitbreiding van de bewezen effectieve interventie 'Geen woorden maar daden'. Aangetoond is dat de interventie 'Geen woorden maar daden' ertoe leidde dat recent gediagnosticeerde patiënten betere proactieve coping vaardigheden hadden, beter in staat bleken hun doelen te realiseren en meer vertrouwen hadden in hun zelfzorgend vermogen (hogere zelfeffectiviteit) (Thoolen, 2007). Patiënten waren zeer tevreden over de inhoud en structuur van de interventie en 95% zou de interventie aanraden aan medepatiënten. Daarnaast bleek de interventie een positief effect te hebben op zelfzorggedrag (meer bewegen; gezonder dieet), gewicht en systolische bloeddruk. Er werd geen effect gevonden op bloedsuikerwaarden en cholesterol, maar deze waarden waren over het algemeen al behoorlijk laag aan het begin van de studie.

De interventie 'DOELbewust Diabetes' gebruikt 'Geen woorden maar daden' als basisinterventie en voegt terugkombijeenkomsten toe. Door middel van een trial wordt onderzocht of de terugkombijeenkomsten kunnen helpen om de uitkomsten van de basisinterventie nog verder te verbeteren, en of dit beter werkt als de terugkombijeenkomsten voortborduren op de originele interventie – met een focus op kleine doelen

45 Het onderzoek naar deze interventie wordt geleid door onderzoekers van het NIVEL, het Julius Centrum en het VU Medisch Centrum.

46 Het onderzoek naar deze interventie wordt geleid door onderzoekers van de Universiteit Utrecht.

(‘hoe doe ik dit’) - of dat patiënten juist een ‘boost’ krijgen als de focus verlegd wordt naar de overkoepelende doelen (‘waarom doe ik dit’).

Patiënten met een lage SES en suboptimale glykemische controle

De interventie ‘Samen sterk met suiker’ is bedoeld voor zowel autochtone als allochtone patiënten met diabetes type 2 in lage sociaaleconomische posities⁴⁷. Daarnaast is het de patiënten nog niet gelukt om een optimale glykemische controle te bereiken. De interventie focust op het sociale netwerk van de patiënten en het creëren van blijvende sociale steun bij het omgaan met diabetes. Door middel van een quasi experimenteel design wordt onderzocht of de interventie de glykemische controle van patiënten verbetert. Daarnaast wordt ook gekeken naar effecten op onder meer diabetes gerelateerd gedrag, gezondheidsgerelateerde uitkomsten, psychosociale uitkomstmaten en motivationele uitkomstmaten.

Patiënten met complicaties

De resterende twee interventies richten zich op patiënten met diabetes type 2 die complicaties ontwikkelen.

Een interventie⁴⁸ is bedoeld voor patiënten tussen de 50-70 jaar die ten minste drie jaar diabetes type 2 hebben en daarnaast last krijgen van hart- en vaatziekten of microvasculaire complicaties (bv. neuropathie, retinopathie). De interventie is gericht op het geven van sociale steun door medepatiënten. De effectiviteit van de interventie wordt in een trial onderzocht. Daarbij vormen diabetesgerelateerde emotionele distress, gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven en zelfmanagementgedrag de belangrijkste uitkomstmaten. Ook wordt gekeken naar psychologisch welbevinden, angst-/depressieve symptomen, sociale steun en zelfeffectiviteit.

De andere interventie⁴⁹ is ontwikkeld voor patiënten met diabetes type 2 die recentelijk een acuut cardiaal incident⁴⁹ hebben doorgemaakt. Patiënten worden bij ontslag uit het ziekenhuis uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. De interventie bestaat uit huisbezoeken bij de patiënten, waarbij de nadruk ligt op het verhogen van de zelfeffectiviteit (zelfredzaamheid) en het veranderen van ziekteopvattingen. Door middel van een trial wordt onderzocht of de interventie gunstige effecten heeft op gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, diabetesgerelateerde emotionele distress en zelfmanagementgedrag. Ook wordt gekeken naar de invloed op angst-/depressieve symptomen, partnersteun, zelfeffectiviteit, ziekteopvattingen en coping.

Zorgverlenerondersteunende interventie

Zoals weergegeven in tabel 6 werd een afgeronde studie gevonden naar het effect van standaard screenen op depressie bij poliklinische patiënten met diabetes.

47 Het onderzoek naar deze interventie wordt geleid door onderzoekers van het Academisch Medisch Centrum Amsterdam.

48 Het onderzoek naar deze interventie wordt geleid door onderzoekers van het NIVEL, het Julius Centrum en het VU Medisch Centrum.

49 Het hebben doorgemaakt van een hartinfarct, of dusdanige hartproblemen hebben (gehad) dat hiervoor dotteren of een open hartoperatie nodig was.

Tabel 6 Onderzoek naar een zorgverlenerondersteunende interventie

Setting ^a	Kenmerken interventie
Ziekenhuis ^b	<i>Naam:</i> n.v.t. <i>Doelgroep:</i> Poliklinische patiënten met diabetes en depressieve klachten. <i>Nadere typering:</i> Standaard screening op depressie, met schriftelijke feedback naar patiënten en hulpverleners. <i>Status:</i> Afgerond.

^a Setting waarin de interventie uitgevoerd wordt.

^b Ziekenhuis: algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis, of universitair medisch centrum.

Alleen screenen is niet voldoende om depressie bij diabetes te verminderen

Depressie wordt vaak niet herkend en bijgevolg ook niet behandeld bij diabetespatiënten (bv. Pouwer e.a., 2006). Standaard screening van patiënten zou de herkenning van depressie kunnen verbeteren. In een trial werd daarom de effectiviteit onderzocht van een screenings-procedure voor depressie bij poliklinische patiënten met diabetes (zowel type 1 als type 2) (Pouwer e.a., 2011). De procedure bestond uit de afname van een kort screeningsinstrument voor depressie (de CES-D vragenlijst⁵⁰). Bij patiënten met een verhoogde depressiescore werd vervolgens een diagnostisch psychiatrisch interview afgenomen om te bepalen of er sprake was van een stemmings- en/of angststoornis. Indien dit het geval was, ontvingen zowel de patiënt als zijn/haar (huis)arts een brief waarin de diagnose vermeld werd met behandeladviezen. Ook wanneer er geen stemmings- of angststoornis werd vastgesteld kregen de patiënten een brief. Hierin werd de uitkomst van het diagnostisch interview aangegeven met het advies om contact op te nemen met hun (huis)arts in het geval depressieve klachten of angstklachten zouden verergeren.

Het bleek dat de screenings-procedure er niet toe leidde dat de patiënten significant vaker psychische hulp ontvingen. Dit kan ook een verklaring zijn voor de bevinding dat de screenings-procedure depressieve klachten niet meer deed verminderen dan gebruikelijke zorg. Er werd ook geen effect gevonden op de mate van diabetespecifieke emotionele problemen en glykemische controle. De onderzoekers concludeerden dat screening op depressie ingebed dient te worden in een meer uitgebreide interventie. Deze conclusie sluit aan bij een review van buitenlandse studies (die niet specifiek gericht waren op patiënten met diabetes) waaruit blijkt dat alleen screenen op depressie weinig tot geen effect heeft op de herkenning en behandeling van depressie door zorgverleners (Gilbody e.a., 2008). Er dient een adequaat vervolgtraject geboden te worden.

Organisatorische interventie

Zoals aangegeven in tabel 7 werd er een lopende studie gevonden naar de effecten van een organisatorische interventie.

50 Center for Epidemiological Studies Depression Scale.

Tabel 7 Onderzoek naar een organisatorische interventie

Setting ^a	Kenmerken interventie
Eerste lijn	<i>Naam:</i> CasCo <i>Doelgroep:</i> Patiënten met diabetes type 2 en comorbiditeit. <i>Nadere typering:</i> toevoegen van casemanagement aan een diabetesspecifiek zorgprogramma. <i>Status:</i> Lopend.

^a Setting waarin de interventie uitgevoerd wordt.

Casemanagement voor patiënten met diabetes type 2 en comorbiditeit

De organisatorische interventie is gericht op het verbeteren van de zorg voor patiënten met diabetes type 2 die daarnaast ten minste nog één andere chronische aandoening hebben. Voor deze complexe patiënten met comorbiditeit kan een diabetesspecifiek zorgprogramma tekort schieten. Om hen optimaal te behandelen zouden zij theoretisch gezien moeten deelnemen aan verschillende ziektespecifieke zorgprogramma's; één programma voor elke aanwezige chronische aandoening. Echter, in de afzonderlijke programma's is geen aandacht voor de coördinatie tussen zorgprogramma's. Hierdoor lopen diabetespatiënten met comorbiditeit het risico om suboptimale zorg te krijgen voor hun chronische aandoeningen (bv. door tegenstrijdige of moeilijk te combineren behandelingen of adviezen), en bijgevolg hebben zij meer kans op negatieve gezondheidssuitkomsten. Ook zal ongecoördineerde zorg vaker leiden tot een onnodig gebruik van zorgvoorzieningen, wat hogere kosten met zich meebrengt. Een geïndividualiseerd zorgprogramma - casemanagement - kan een uitkomst bieden voor patiënten met comorbiditeit. Een casemanagement programma omvat enerzijds wetenschappelijk bewezen optimale zorg, maar is anderzijds toegesneden op de individuele voorkeuren van de patiënt.

Een studie uitgevoerd in de VS wijst erop dat een casemanagement programma (*Guide Care Model*) veelbelovend is om in te bedden in de eerste lijn (Boyd e.a., 2007). Daarom wordt de effectiviteit van het toevoegen van een casemanagement programma als aanvulling op een ziektespecifiek zorgprogramma nu onderzocht in de Nederlandse

Huisartsenpraktijk (de CasCo-studie; Versnel e.a., 2011)⁵¹. Dit gebeurt bij patiënten met diabetes type 2 en die daarnaast ten minste één van de volgende chronische ziekten hebben: chronische ischemische hartziekte, beroerte, reumatoïde artritis, artrose van heup of knie, kanker, COPD of depressie. Het casemanagement programma wordt uitgevoerd door een daartoe getrainde praktijkondersteuner en omvat zes elementen: inventarisatie, opstellen van een individueel zorgplan, maandelijkse monitoring van het zorgplan, coördinatie van de zorg van alle betrokken zorgverleners, faciliteren van toegang tot zorgverleners en voorzieningen, registratie en documentatie (Versnel e.a., 2011).

De reden om deze interventie op te nemen in onze inventarisatie is dat er ook aandacht is voor depressie als veel voorkomende comorbide aandoening bij diabetes. Daarnaast wordt tijdens de inventarisatiefase de gezondheidstoestand van een patiënt uitgebreid in

51 Deze studie wordt geleid door onderzoekers van het NIVEL en het VU Medisch Centrum.

kaart gebracht (met het meetinstrument RAI-CHA⁵²), waarbij ook gekeken wordt naar functionele beperkingen, cognitief, emotioneel en psychosociaal functioneren. Deze inventarisatie van de integrale gezondheidstoestand vormt het uitgangspunt voor het opstellen van een individueel zorgplan dat in samenspraak met de patiënt opgesteld wordt. Tot slot wordt in het onderzoek ook nagegaan wat het effect van het casemanagement programma is op de kwaliteit van leven van patiënten, ook wat betreft psychische aspecten.

Het onderzoek loopt nog, er zijn dus nog geen resultaten beschikbaar. De meerwaarde van het toevoegen van een casemanagement programma wordt als 'voorbeeld' onderzocht bij diabetespatiënten met comorbiditeit. In geval van positieve resultaten kan het waardevol zijn het model ook toe te passen bij andere chronische ziekten.

3.4.2 Implementatie

Vernieuwende specifieke interventies

Zoals aangegeven in tabel 8 zijn drie implementatieprojecten gevonden. Bij alle projecten gaat het om de implementatie van een interventie in de eerste lijn.

Tabel 8 Implementatie van vernieuwende specifieke interventies

Setting ^a	Kenmerken interventie
Eerste lijn	<p><i>Naam:</i> SMS</p> <p><i>Doelgroep:</i> Patiënten met diabetes type 2 en psychosociale problemen.</p> <p><i>Typing:</i> Implementatie van individuele zelfmanagementondersteuning bij psychosociale problemen. Tevens wordt een praktische methode geïmplementeerd om psychosociale problemen te signaleren en zodoende patiënten toe te leiden naar de interventie.</p> <p><i>Eerder effectonderzoek^b:</i> Ja.</p> <p><i>Implementatie locaties:</i> Zorggroep Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg (HOZL).</p> <p><i>Status:</i> Lopend.</p>
	<p><i>Naam:</i> Diabetergestemd.nl</p> <p><i>Doelgroep:</i> Patiënten met diabetes en depressieve en/of diabetesspecifieke emotionele klachten.</p> <p><i>Typing:</i> Implementatie van de diabetesspecifieke internetinterventie Diabetergestemd.nl. Tevens wordt een praktische methode geïmplementeerd om psychosociale problemen te signaleren en zodoende patiënten toe te leiden naar de interventie.</p> <p><i>Eerder effectonderzoek^b:</i> Ja.</p> <p><i>Implementatie locaties:</i> ±90 huisartsenpraktijken (1 zorggroep).</p> <p><i>Status:</i> Lopend.</p>
	<p><i>Naam:</i> PRISMA</p> <p><i>Doelgroep:</i> Patiënten met diabetes type 2 (en hun directe naasten).</p> <p><i>Typing:</i> Implementatie van een interdisciplinair groepseducatieprogramma gericht op het versterken van zelfmanagement.</p> <p><i>Eerder effectonderzoek^b:</i> Ja.</p> <p><i>Implementatie locaties:</i> Onbekend.</p> <p><i>Status:</i> Lopend.</p>

^a Setting waarin de interventie geïmplementeerd wordt.

^b Hiermee wordt bedoeld of er wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd is naar de effecten van de interventie die geïmplementeerd wordt.

Implementatie van het zelfmanagement ondersteuningsprogramma SMS

De aanleiding voor de implementatie van het zelfmanagement ondersteuningsprogramma SMS (*self-management support*) in de zorgpraktijk wordt gevormd door de uitkomsten van het DELTA-onderzoek (*Depression in Elderly with Long-Term Afflictions*) (Lamers, 2008; Jonkers, 2009; Lamers & Jonkers, 2010). In dit onderzoek werd de (kosten-)effectiviteit onderzocht van een minimale psychologische interventie gericht op oudere huisartspatiënten met diabetes type 2 en/of COPD en die daarnaast een milde depressie hadden. De interventie, bestaande uit vijf stappen, is gebaseerd op zelfmanagement en op elementen uit de cognitieve gedragstherapie, met als kernelementen reattributie van negatieve cognities (problemen aan iets anders toeschrijven dan voorheen) en 'problem solving' (probleemoplossing). De interventie werd uitgevoerd door getrainde verpleegkundigen. In een trial werd aangetoond dat de interventie een positief effect had op symptomen van depressie en angst, kwaliteit van leven, zelfeffectiviteit, algemeen functioneren, sociale participatie en ook de glykemische controle. De kosteneffectiviteitsanalyse wees uit dat de interventie niet duurder was dan de gebruikelijke zorg. Verpleegkundigen bleken prima in staat dergelijke interventies uit te voeren. De overgrote meerderheid van de deelnemers (94%) vond dat deze vorm van zorg beschikbaar zou moeten zijn voor alle chronisch zieken.

Als vervolgstap op het DELTA-onderzoek wordt sinds begin 2011 geprobeerd het zelfmanagement ondersteuningsprogramma SMS in te bedden in de reguliere diabeteszorg in de huisartsenpraktijk⁵³. Dit gebeurt in de zorggroep Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg (HOZL). Als 'voorbeeld' is begonnen met patiënten met diabetes type 2. Mocht de implementatie succesvol blijken, dan kan het SMS programma vanwege zijn generieke karakter ook onderdeel worden van de zorg voor andere chronische ziekten.

Het SMS programma omvat ook een praktische procedure voor de signalering van psychosociale problemen (Van Eijk & Terluin, 2010). De praktijkondersteuner (POH) gaat tijdens elk diabetesconsult na of patiënten in het dagelijks leven op sociaal of emotioneel vlak problemen ervaren. Bij de patiënten bij wie dit het geval is wordt de zogenoemde 'Distress screener' afgenomen (3 anamnestiche vragen) en wordt naar tevredenheid met het dagelijks functioneren gevraagd. Patiënten met een verhoogde score vullen vervolgens een vragenlijst (4DKL⁵⁴) in om de ernst van de klachten te bepalen. De uitslag wordt samen met de patiënt doorgesproken. Bij ernstige klachten wordt de betreffende patiënt geadviseerd met de huisarts te overleggen, die eventueel kan verwijzen naar gespecialiseerde GGZ-zorgverleners. Patiënten met klachten van middelmatige ernst krijgen, indien gewenst, ondersteuning van de daartoe getrainde POH bij het aanleren van probleemoplossende vaardigheden ('problem solving') en/of het anders leren aankijken tegen de mogelijkheden om met de beperkingen van hun ziekte te leren omgaan. Door gedrag of cognities aan te pakken, leren patiënten hun beperkingen beter in te schatten en hun gedrag daarop aan te passen (reattributie).

De effecten van het implementeren van het SMS programma worden onderzocht door middel van een (pragmatische) trial. Als belangrijkste uitkomstmaat wordt gekeken

53 Het project wordt geleid door onderzoekers van de Universiteit van Maastricht.

54 Vierdimensionale Klachtenlijst.

naar het dagelijks functioneren van patiënten. Daarnaast worden ook diverse andere uitkomstmaten onderzocht, zoals participatie en autonomie, tevredenheid met zorg, kwaliteit van leven, zelfeffectiviteit en bloedsuikercontrole. Ook wordt de kosteneffectiviteit bepaald en een procesevaluatie uitgevoerd.

Implementatie van de internetinterventie 'Diabetergestemd.nl'

In het andere implementatietraject wordt geprobeerd de bewezen effectieve internetinterventie 'Diabetergestemd.nl' in te bedden in de reguliere huisartsenzorg⁵⁵. Diabetergestemd.nl is gebaseerd op de internetinterventie 'Kleur je Leven' (Van Bastelaar e.a., 2009). Deze interventie is verder aangepast om aan de behoeften van diabetespatiënten te voldoen. Diabetergestemd.nl bestaat uit algemene cognitief-gedragstherapeutische onderdelen, zoals het detecteren van disfunctionele cognities en deze omzetten in functionele cognities, het ondernemen van plezierige activiteiten, het bijhouden van een stemmingsdagboek, communiceren, assertiviteit aan de dag leggen, jezelf belonen, omgaan met piekeren en ontspannen. De volgende diabetesspecifieke onderwerpen zijn extra opgenomen: het omgaan met 'slechte' testresultaten, onzekerheid over de bloedglucose schommelingen en negatieve emoties, communicatie met professionals in de gezondheidszorg, praten over diabetes met anderen, de last van het dagelijks zelfmanagement, en coping met diabetesgerelateerde zorgen (bv. over hypoglykemie en latere complicaties).

Door middel van een trial is aangetoond dat Diabetergestemd.nl effectief is in het verminderen van depressieve en diabetesspecifieke emotionele klachten bij patiënten met diabetes (Van Bastelaar, 2011). Er werd geen effect gevonden op glykemische controle. Een secundaire analyse wees uit dat het aannemelijk is dat de interventie ook geschikt is voor patiënten met ernstigere psychische problemen (zoals een depressieve stoornis of een angststoornis).

Medio 2011 is een zorggroep (die ±90 huisartsenpraktijken omvat) gestart met het implementeren van Diabetergestemd.nl in de reguliere diabeteszorg. De verwachting is dat meer zorggroepen zullen gaan volgen. Om de internetinterventie goed in te bedden is er ook een praktische procedure ontwikkeld om patiënten met depressieve en/of diabetesspecifieke emotionele klachten te signaleren en naar de interventie toe te leiden. Aan de hand van een kort screeningsinstrument (bestaande uit 4 items) worden patiënten geïdentificeerd die vermoedelijk last hebben van depressieve en/of diabetesspecifieke emotionele klachten. Met hen wordt vervolgens besproken of zij interesse hebben om Diabetergestemd.nl te volgen. Bij de geïnteresseerden wordt eerst online een intake afgenomen om te bepalen of zij voldoen aan de criteria voor de interventie. De internetinterventie is bijvoorbeeld niet geschikt voor patiënten met suïcideneigingen en/of ernstige psychiatrische problematiek. Patiënten krijgen feedback op het gemaakte huiswerk van coaches via de mail. De coaches zijn basispsychologen die gesuperviseerd worden door GGZ-psychologen.

Het implementatietraject wordt door middel van voor- en nametingen geëvalueerd. Er wordt onder meer gekeken naar effecten op depressieve klachten, diabetesspecifieke emotionele klachten, patiënttevredenheid en tevredenheid bij de verwijzer.

55 Het project wordt geleid door onderzoekers van het VU Medisch Centrum en Mentalshare.

Implementatie van een interdisciplinair groepseducatieprogramma: PRISMA

PRISMA⁵⁶ is een groepseducatieprogramma dat gericht is op het bevorderen van zelfmanagement van patiënten met diabetes type 2 (en hun directe naasten). De cursus is bij voorkeur het startpunt van de diabetesbehandeling. Hierbij kan het gaan om pas gediagnosticeerde patiënten, maar de cursus is ook geschikt voor hen die al langer bekend zijn met de aandoening. Het is een interdisciplinair programma, waarbij geïntegreerde informatie door verschillende disciplines aangeboden wordt, aansluitend bij de individuele doelen en (on-)mogelijkheden van de patiënt⁵⁷. PRISMA is, naast meerdere filosofieën, gebaseerd op diverse psychologische theorieën.

PRISMA is een bewerking van het bewezen effectieve Engelse DESMOND (*Diabetes Education and Self Management for Ongoing and Newly Diagnosed*) programma. Aangetoond is dat DESMOND bij nieuw gediagnosticeerde patiënten met diabetes type 2 resulteert in een groter gewichtsverlies, het vaker stoppen met roken, een vermindering van depressieve klachten en een positieve verandering van ziekteopvattingen (Davies e.a., 2008). Er is een grootschalige effectstudie naar PRISMA gestart, waarbij onder andere ook gekeken wordt naar kwaliteit van leven en zelfeffectiviteit. Resultaten worden in 2012 verwacht.

Sinds medio 2010 werken het VU Medisch Centrum (VUmc) en Novo Nordisk (een Nederlandse Health Care organisatie) samen om PRISMA breed te implementeren in zorggroepen en hun aangesloten huisartsenpraktijken. Daarbij wordt onder meer gebruik gemaakt van een tweedaagse train-de-trainer cursus.

3.4.3 Praktijk

Vernieuwende specifieke interventies

Zoals te zien in tabel 9 zijn er diverse vernieuwende specifieke interventies gevonden die in de reguliere praktijk worden aangeboden. Dit gebeurt in het algemeen op een beperkt aantal locaties. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen een hulpaanbod vanuit de GGZ en interventies gericht op het versterken van zelfmanagement.

Aanbod vanuit de GGZ

Groepscurssussen

De groepscursus 'Goed voelen met diabetes' beoogt poliklinische patiënten met diabetes vaardigheden aan te reiken om de eigen stemming te verbeteren. De cursus is grotendeels gebaseerd op de groepscursus 'Leven met een chronische ziekte' en maakt gebruik van technieken uit de cognitieve gedragstherapie, sociale vaardigheidstraining en ontspanningstechnieken⁵⁸. Begeleiding gebeurt door een GGZ-preventiewerker en diabetesverpleegkundige. Onderwerpen die aan bod komen zijn onder meer de relatie

56 Pro-actieve Interdisciplinaire Self Management educatie.

57 De cursus wordt door een koppel van 2 gecertificeerde trainers gegeven, een praktijkondersteuner, diëtist, diabetesverpleegkundige, arts of psycholoog.

58 Op pp. 115-116 wordt uitgebreid ingegaan op de cursus 'Leven met een chronische ziekte'.

Tabel 9 Praktijk: vernieuwende specifieke interventies

Setting ^a	Kenmerken interventie
Eerste lijn	<p><i>Naam:</i> PRISMA <i>Doelgroep:</i> Patiënten met diabetes type 2 (en hun directe naasten). <i>Nadere typering:</i> Interdisciplinair groepseducatie-programma dat gericht is op het bevorderen van zelfmanagement. <i>Eerder effectonderzoek^c:</i> Ja. <i>Uitvoerende locatie(s):</i> 8 huisartsenpraktijken/-groepen</p>
Ziekenhuis ^b	<p><i>Naam:</i> PRISMA (zie hierboven). <i>Uitvoerende locatie(s):</i> 5 ziekenhuizen.</p>
	<p><i>Naam:</i> MIEP <i>Doelgroep:</i> Patiënten met diabetes die een verminderde metabole regulatie en/of psychosociale problematiek hebben. <i>Nadere typering:</i> Multidisciplinair, intensief diabetes educatie programma gericht op empowerment. <i>Eerder effectonderzoek^c:</i> Ja. <i>Uitvoerende locatie(s):</i> 1 ziekenhuis (UMCG).</p>
	<p><i>Naam:</i> Goed voelen met diabetes <i>Doelgroep:</i> Patiënten met diabetes die psychische problemen hebben. <i>Nadere typering:</i> Groepscurus waarin gebruik gemaakt wordt van technieken uit de cognitieve gedragstherapie, sociale vaardigheidstraining en ontspanningstechnieken. <i>Effectonderzoek^c:</i> Onbekend. <i>Uitvoerende locatie(s):</i> 1 ziekenhuis (Flevoziekenhuis).</p>
GGZ	<p><i>Naam:</i> Voel je beter met diabetes <i>Doelgroep:</i> Patiënten met diabetes. <i>Nadere typering:</i> Groepstraining bestaande uit een combinatie van gezondheidsvoorlichting en beweging. <i>Effectonderzoek^c:</i> Nee. <i>Uitvoerende locatie(s):</i> Vestigingen van Context (Parnassio Bavo Groep).</p>
	<p><i>Naam:</i> Somatic & Psyche <i>Doelgroep:</i> Patiënten met diabetes die psychische problemen hebben. <i>Nadere typering:</i> Een hulpaanbod dat verschillende behandelvormen omvat. <i>Effectonderzoek^c:</i> Onbekend. <i>Uitvoerende locatie(s):</i> Vestigingen van PsyQ (±30). Het aanbod kan per vestiging verschillen.</p>
Anders/divers	<p><i>Naam:</i> Leven met diabetes <i>Doelgroep:</i> Patiënten met diabetes en partners/mantelzorgers. <i>Nadere typering:</i> Groepsbijeenkomsten gericht op het versterken van zelfmanagement en empowerment. Dit gebeurt door ervaringen te combineren met inhoudelijke informatie. <i>Eerder effectonderzoek^c:</i> Nee. <i>Uitvoerende locatie(s):</i> Diverse locaties (bv. wijkgebouw, of ruimte in een ziekenhuis of zorgcentrum).</p>
	<p><i>Naam:</i> DIEP en DIEP@work <i>Doelgroep:</i> Patiënten met diabetes type 2 en hun zorgverleners. <i>Nadere typering:</i> een interactieve educatieve website voor patiënten met DM2. <i>Eerder effectonderzoek^c:</i> Ja. <i>Uitvoerende locatie(s):</i> eerste lijn (samen met de zorgverlener in de praktijk) of in de thuissituatie (via website). DIEP had mei 2011 bijna 100.000 unieke bezoekers.</p>

^a Setting waarin de interventie uitgevoerd wordt.

^b Ziekenhuis: algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis, of universitair medisch centrum.

^c Hiermee wordt bedoeld of er wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd is naar de effecten van de interventie die in de praktijk aangeboden wordt.

tussen stemming en het chronisch ziek zijn, leren ontspannen, plezierige gebeurtenissen en stemming, gedachten en hoe die beïnvloeden kunnen worden en assertiviteit en sociale vaardigheden. De cursus wordt aangeboden in het Flevoziekenhuis door de afdeling Preventie & Innovatie van de GGZ-instelling GGZ Centraal, de Mergaard. De groeps cursus (maximaal 10 deelnemers) zit doorgaans éénmaal per jaar vol, vaak met patiënten die al langer diabetes hebben en last hebben van diabetes burnout.

De groepstraining 'Voel je beter met diabetes' richt zich op het voorkómen van depressie bij patiënten met diabetes. De training wordt aangeboden door Context, de afdeling preventie van de GGZ-instelling Parnassia Bavo groep. In de training wordt door middel van een combinatie van gezondheidsvoorlichting en beweging patiënten geleerd hoe diabetes, stress en somberheid op elkaar inspelen. De interventie is ontwikkeld door de bestaande preventieve groepsinterventie 'Liever bewegen dan moe' zodanig aan te passen dat een goede aansluiting met de specifieke problematiek van diabetespatiënten werd verkregen (Van der Waerden, 2010). 'Voel je beter met diabetes' wordt begeleid door zorgverleners uit verschillende disciplines, waaronder een GGZ-preventiewerker, diabetesverpleegkundige, diëtist en fysiotherapeut. De intentie bestaat om de (kosten-) effectiviteit van de interventie te gaan onderzoeken.

Aanbod van verschillende interventies

PsyQ - een samenwerkingsverband van een viertal GGZ-instellingen⁵⁹ - heeft een hulpaanbod voor diabetespatiënten die last hebben van psychische problemen. PsyQ biedt negen specialistische behandelprogramma's gericht op de meest voorkomende psychische problemen. Binnen het programma Somatiek & Psyche worden verschillende interventies aangeboden aan diabetespatiënten, waaronder psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie, leren omgaan met stressverhogende omstandigheden, bewegen en diabetes, en *acceptance and commitment therapie*⁶⁰. PsyQ heeft circa 30 vestigingen; wel kan het hulpaanbod per vestiging verschillen.

Interventies gericht op het versterken van zelfmanagement

In de praktijk worden verschillende interventies aangeboden die gericht zijn op het bevorderen van zelfmanagement, en daarbij duidelijke aandacht hebben voor psychosociale aspecten.

59 Lentis, Mondriaan, Parnassio Bavo groep en RiaggZuid.

60 Zie: www.psyq.nl

DVN cursus Leven met diabetes

De cursus 'Leven met diabetes' van de Diabetes Vereniging Nederland (DVN) is gericht op het vergroten van zelfmanagement en empowerment van diabetespatiënten. Dit gebeurt aan de hand van groepsbijeenkomsten van patiënten en hun naasten, waarin ervaringsuitwisseling gecombineerd wordt met door deskundigen gepresenteerde inhoudelijke informatie. De bijeenkomsten worden begeleid door daartoe getrainde cursusleiders van de DVN, die zelf diabetes hebben of een naaste zijn van iemand met diabetes. Zorgverleners zoals een diëtist, fysiotherapeut en een diabetesverpleegkundige, kunnen betrokken zijn bij de bijeenkomsten. De cursus omvat een basismodule en vervolgmodule. In de basis cursus (vijf bijeenkomsten) verkrijgen deelnemers de basiskennis die nodig is voor het leven met diabetes. Verschillende onderwerpen komen aan bod, waaronder het omgaan met diabetes en balansfactoren, voeding en stofwisseling, beweging en medicatie, hormonen, stress en zelfcontrole, en een verstoorde balans en acceptatie. Voorafgaand aan de bijeenkomsten maken de deelnemers thuis voorbereidingsopdrachten. In de vervolgmodule worden de genoemde thema's verder uitgediept. De cursus wordt door de DVN in de reguliere praktijk toegepast op diverse locaties (bv. een wijkgebouw, of een ruimte in een ziekenhuis of zorgcentrum).

Het is interessant om op te merken dat er vanuit de DVN in diverse regio's ook thema-avonden worden georganiseerd over diabetesgerelateerde onderwerpen. Er zijn ook verschillende thema-avonden over psychosociale aspecten van diabetes, die verzorgd worden door deskundigen op dat gebied. De avonden zijn zowel voor leden als voor niet-leden toegankelijk.

DIEP en DIEP@work

DIEP (Diabetes Interactief Educatie Programma) is een interactieve educatieve website voor patiënten met diabetes type 2⁶¹. Het beoogt zelfmanagement van patiënten te bevorderen, en het contact tussen eerstelijns zorgverleners⁶² en patiënt te ondersteunen. De website bevat acht hoofdstukken met paragrafen over specifieke onderwerpen. De aangedragen informatie sluit aan bij geldende richtlijnen. Bij de ontwikkeling waren vertegenwoordigers van alle relevante organisaties binnen de diabeteszorg in Nederland betrokken. In het hoofdstuk 'Leven met diabetes' komen psychosociale aspecten aan de orde. De zorgverlener kan de patiënt naar het onderdeel verwijzen dat gedurende het spreekuur aan bod is gekomen, of waar de patiënt een vraag over heeft. De patiënt bepaalt zelf of hij deze en/of andere onderwerpen wil bekijken. DIEP kent twee versies: de originele flash-versie met gesproken tekst en samenvattende beeldtekst of - sinds januari 2011 - een html-leesversie.

61 www.diep.info

62 Huisarts, praktijkondersteuner, diabetesverpleegkundige en diëtist.

De tekst wordt ondersteund door patiëntenervaringen en ieder hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal vragen die de patiënt aansporen tot het actief nadenken over de doorgenomen informatie en het 'vertalen' naar de eigen situatie. Beide versies omvatten ook infobladen en werkboekvellen, diverse overzichten en enkele video's. Werkboekvellen zijn hoofdstukspecifiek en hierop kan worden bijgehouden wat al behandeld is en wat met de zorgverlener besproken moet worden. Aan de hand van een doelenformulier kan de patiënt samen met de zorgverlener concrete, haalbare doelen opstellen die kunnen leiden tot het verbeteren van zelfmanagement. DIEP kende mei 2011 bijna 100.000 unieke bezoekers.

Onderzoek heeft aangetoond dat DIEP het ziekte-inzicht van patiënten met diabetes type 2 kan vergroten (Heinrich, 2011). Daarnaast liet een gebruikersevaluatie zien dat gebruikers DIEP zeer positief beoordelen, maar dat het programma hoofdzakelijk wordt gebruikt als informatiebron en niet als hulpmiddel om communicatie, actieve patiëntbetrokkenheid en adequaat zelfmanagement te ondersteunen (Heinrich, 2011). Gebaseerd op deze bevindingen is de training DIEP@work ontwikkeld om optimaal gebruik van het programma in de dagelijkse praktijk te ondersteunen en daarmee de meerwaarde van het programma te vergroten. DIEP@work is een training voor zorgverleners om met DIEP educatie aan patiënten te kunnen verzorgen. De training is gefundeerd op motiverende gespreksvoering, en geeft veel aandacht aan patiënt empowerment, agenda setting en goal setting. De geaccrediteerde training⁶³ bestaat uit twee bijeenkomsten van 6 uur, en wordt voorafgegaan door een e-learning module. De training wordt gegeven door ervaren diabetesverpleegkundigen. Inmiddels zijn er circa 300 zorgverleners getraind.

PRISMA

Zoals al eerder beschreven (zie p. 88), richt het interdisciplinaire groepseducatieprogramma PRISMA zich op het versterken van zelfmanagement van patiënten met diabetes type 2. De cursus wordt bij voorkeur bij de start van de behandeling van diabetes gegeven. Naast dat PRISMA momenteel breed geïmplementeerd wordt in de eerste lijn, wordt de cursus door verschillende huisartsenpraktijken en -groepen reeds in de reguliere praktijk aangeboden. Naast het VUmc - de eigenaar van de cursus - is PRISMA ook reguliere zorg in vier andere ziekenhuizen.

MIEP

MIEP is een multidisciplinair en intensief diabetes educatie programma dat ontwikkeld is voor de tweede- of derdelijns diabeteszorg. Het programma richt zich op patiënten die langdurige problemen ondervinden bij het handhaven van adequaat diabetes zelfmanagement, wat tot uitdrukking komt in het hebben van een slechte glycemische regulatie en/of psychosociale problemen (Keers e.a., 2004a). MIEP gaat uit van een 'empowerment' benadering. Het voornaamste doel is om patiënten in staat te stellen om hun eigen behandeldoelen te stellen en hen te stimuleren en te ondersteunen zodat zij deze doelen ook daadwerkelijk behalen. Zodoende krijgen patiënten een actieve rol in hun behandeling (NDF, 2011).

63 DIEP@work is geaccrediteerd de EADV, NVvPO en V&VN.

MIEP is een intensief programma dat bestaat uit een basismodule van zes dagen en een vervolgmodule van vijf dagen. Educatie gebeurt één gehele dag per week. Patiënten worden door een multidisciplinair educatieteam ondersteund in het vinden van strategieën om individuele problemen aan te pakken en barrières te overwinnen. Het educatieteam wordt gevormd door een diabetesverpleegkundige, internist, diëtist, maatschappelijk werker, psycholoog, fysiotherapeut, bewegingsagoog, psychomotorisch therapeut en een ergotherapeut. Gedurende het programma worden er door de teamleden diverse onderwerpen met betrekking tot diabetes zelfmanagement behandeld, zoals voeding, beweging, dagbesteding en werk, adaptatie aan en acceptatie van diabetes (Keers e.a., 2004a). Nadat een onderwerp geïntroduceerd is, vindt er groepsdiscussie of oefening plaats. Vervolgens bepalen de patiënten welke doelen zij hebben ten aanzien van een bepaald onderwerp en hoe zij dit willen inpassen in hun eigen leven. Tenslotte wordt het toepassen van de nieuwe vaardigheden geëvalueerd. Binnen het programma worden elementen uit de (cognitieve) gedragstherapie toegepast. Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van gedragsexperimenten, motiverende gespreksvoering, exposure en oplossingsgerichte interventies en psycho-educatie (verwerking en stresshantering).

Uitgevoerde effectstudies (met een niet-gerandomiseerde opzet) vonden dat MIEP, 22 weken na de start van het programma, leidde tot een verbeterde glycemische controle, verminderde diabetesgerelateerde distress, en een verbeterde kwaliteit van leven (Keers, 2004; Keers e.a., 2004a). Deelnemers bleken één jaar na de start van het programma nog verder te zijn verbeterd wat betreft diabetesgerelateerde distress en kwaliteit van leven. Het effect op diabetesregulatie vlakke af, maar verslechterde niet significant in de tussenliggende periode. Daarnaast werd gevonden dat MIEP leidde tot een afname in de diabetesgerelateerde kosten in het jaar na deelname. Deze vermindering van kosten compenseerde de kosten die gemoeid waren met het uitvoeren van de interventie (Keers e.a., 2004b). MIEP wordt door het Centrum voor Revalidatie- UMCG, Locatie Beatrixoord toegepast in de reguliere praktijk.

Zorgverlenerondersteunende interventie

Zoals aangegeven in tabel 10 werd er een procedure voor het monitoring van welbevinden bij diabetes gevonden.

Tabel 10 Praktijk: een zorgverlenerondersteunende interventie

Setting ^a	Kenmerken interventie
Ziekenhuis ^b	<p><i>Naam:</i> n.v.t. <i>Doelgroep:</i> Patiënten met diabetes. <i>Typering:</i> Het geautomatiseerd monitoren van het welbevinden van diabetespatiënten om onvervulde zorgbehoeften t.a.v. psychosociale problemen te herkennen en te bespreken, en het zo nodig ondernemen van vervolgacties. <i>Effectonderzoek:</i> Ja. <i>Uitvoerende locatie:</i> 1 ziekenhuis (VUmc).</p>

^a *Setting waarin de interventie uitgevoerd wordt.*

^b *Ziekenhuis: algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis, of universitair medisch centrum.*

^c *Hiermee wordt bedoeld of er wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd is naar de effecten van de interventie die in de praktijk aangeboden wordt.*

Monitoring-procedure welbevinden

In het Diabetescentrum van het VUmc wordt het welbevinden van patiënten met diabetes - zowel type 1 als type 2 - gemonitord als onderdeel van de intake van second opinions en van het periodiek groot onderzoek⁶⁴. Het doel is om onvervulde zorgbehoeften ten aanzien van psychosociale problemen te herkennen en te bespreken. Het monitoren gebeurt gecomputeriseerd en omvat korte vragenlijsten naar emotioneel welbevinden/depressie, diabetesspecifieke emotionele problematiek en belangrijke levensgebeurtenissen. Ook wordt de patiënt gevraagd aan te geven over welk onderwerp (bv. behandeling/medicatie, symptomen/klachten, leefstijl, stemming/stress, seksuele problemen) hij het graag zou willen hebben. De meetresultaten worden door de diabetesverpleegkundige besproken met de patiënt. Om dit te vergemakkelijken krijgen beiden een uitdraai van de meetresultaten, waarop op een makkelijk te begrijpen wijze is aangegeven of er sprake is van klinisch relevante problematiek. Wanneer nodig, wordt er een vervolgactie ondernomen. Er kan bijvoorbeeld verwezen worden naar de polikliniek Diabetes mentaal of er komt een vervolgesprek met verpleegkundige.

Het monitoren en bespreken van welbevinden als integraal onderdeel van de diabeteszorg blijkt een effectieve interventie. Een trial, dat uitgevoerd werd in het VUmc, liet zien dat de monitoring-procedure gunstige effecten had op de stemming van diabetespatiënten (Pouwer e.a., 2001). Ook hadden patiënten wiens welbevinden gemonitord werd een meer positief oordeel over de kwaliteit van emotionele ondersteuning door de diabetesverpleegkundige. Daarnaast werden zij ook vaker naar de psycholoog verwezen dan patiënten bij wie het welbevinden niet gemonitord werd. Een ander (observatieel) onderzoek, dat recent uitgevoerd werd in acht verschillende landen - waaronder ook Nederland - toonde aan dat het monitoren van het welbevinden als integraal onderdeel van de diabeteszorg uitvoerbaar is en helpt om onvervulde zorgbehoeften op het psychosociale vlak te herkennen en te bespreken (Snoek e.a., 2011).

⁶⁴ Het periodiek groot onderzoek omvat de complicatiescreening zoals geformuleerd voor de jaarcontrole, welke – vanwege caseload - niet bij alle patiënten 12 maandelijks plaatsvindt.

Opgemerkt dient te worden dat de monitoring-procedure welbevinden in de nabije toekomst opgenomen zal worden in de NDF Zorgstandaard, en daarmee een vaste plaats zal krijgen als indicator van zorgkwaliteit.

Organisatorische interventies

Er werden twee poliklinieken gevonden die zich specifiek richten op psychosociale problemen bij diabetespatiënten.

Tabel 11 Praktijk: organisatorische interventies

Setting ^a	Kenmerken interventie
Ziekenhuis ^b	<p><i>Naam:</i> Polikliniek Diabetes mentaal</p> <p><i>Doelgroep:</i> Patiënten met diabetes en psychische problematiek.</p> <p><i>Nadere typering:</i> Gespecialiseerde polikliniek voor psychische problematiek bij diabetes. De polikliniek biedt o.a. diagnostiek en een breed behandelaanbod.</p> <p><i>Uitvoerende locatie:</i> 1 ziekenhuis (VUmc).</p>
GGZ	<p><i>Naam:</i> poli DM & Psyche</p> <p><i>Doelgroep:</i> Patiënten met diabetes en psychische problemen.</p> <p><i>Nadere typering:</i> Gespecialiseerde polikliniek voor psychische problematiek bij diabetes. De polikliniek biedt o.a. diagnostiek en een breed behandelaanbod.</p> <p><i>Uitvoerende locatie(s):</i> Regionaal Psychiatrisch Centrum Woerden (RPCW).</p>

^a Setting waarin de interventie uitgevoerd wordt.

^b Ziekenhuis: algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis, of universitair medisch centrum.

Polikliniek Diabetes mentaal

Sinds juni 2011 is het VUmc gestart met de polikliniek Diabetes mentaal. Het betreft een gespecialiseerde polikliniek voor psychische problematiek⁶⁵ bij patiënten met diabetes, zowel type 1 als type 2. De polikliniek biedt diagnostiek en een breed behandelaanbod, en werkt daarbij nauw samen met het Diabetescentrum van het VUmc en de GGZ-instelling GGZ inGeest, partner van het VUmc. De volgende interventies kunnen worden toegepast: advies, individuele psychologische behandeling op basis van cognitieve gedragstherapie, medicamenteuze behandeling, relatie/systeembehandeling, groepsbehandeling en internettherapie (Diabetergestemd.nl, zie hierboven). Er bestaat nauwe samenwerking met GGZ inGeest. Bij lichte psychische problematiek kan doorverwezen worden naar Prezens, het onderdeel van GGZ inGeest dat laagdrempelige en kortdurend hulp biedt. Ook voor intensieve en langdurige behandeling kan worden doorverwezen naar GGZ inGeest (of een GGZ-instelling in de regio van de patiënt). Waar nodig kan deskundigheid ingeroepen worden van het Diabetescentrum, bijvoorbeeld bij vragen omtrent frequente (ernstige) hypoglykemieën, aanhoudende hoge bloedglucose waarden, bijwerkingen van de diabetesmedicatie, insuline allergie of interactie met psychofarmaca.

Hoewel de polikliniek Diabetes mentaal reguliere zorg betreft, kan het ook beschouwd worden als een implementatietraject. De polikliniek wordt nauwkeurig geëvalueerd over

65 o.a. aanpassingsproblemen en 'diabetes burnout', depressie, angst, eetstoornissen en cognitieve problemen.

een periode van 2 jaar door middel van routine outcome monitoring (ROM), waarbij onder meer gekeken wordt naar zorgzwaarte, behandelresultaten en patiënttevredenheid. Ook zal worden nagegaan of de polikliniek kostendekkend werkt.

Diabetes mentaal maakt onderdeel uit van een het grootschalige fusieprogramma Soma & Psyche van het VUmc en GGZ inGeest, dat gericht is het realiseren van integrale benadering van patiëntenzorg, opleiding, onderwijs en onderzoek⁶⁶. Er bestaat intensieve samenwerking tussen beide instellingen, die uiteindelijk zal uitmonden in een volledige fusie.

Poli DM & Psyche

Ook het Regionaal Psychiatrisch Centrum Woerden (RPCW) – een samenwerkingsverband tussen de GGZ-instelling Altrecht en het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis – heeft een polikliniek gericht op diabetespatiënten met psychische problemen. Deze poli DM & Psyche biedt diagnostiek en een uitgebreid behandelaanbod. Het eerste oriënterende gesprek met een patiënt vindt bij voorkeur plaats op de polikliniek van het ziekenhuis of eventueel op de polikliniek van het RPCW⁶⁷. In het oriënterend gesprek worden klachten geïnventariseerd en diagnostiek verricht, waarna in samenspraak met de patiënt beslist wordt of en zo ja welke vorm van hulpverlening nodig is. De poli DM & Psyche biedt ook consultatie aan betrokken zorgverleners.

3.5 Interventies op psychosociaal gebied bij COPD

In deze paragraaf worden de gevonden interventies op het gebied van psychosociale zorg bij chronisch obstructieve longziekte (COPD) beschreven. Sommige interventies zijn gericht op chronische longziekte in het algemeen en niet specifiek op COPD. Achtereenvolgens wordt ingegaan op interventies waarvan de effecten wetenschappelijk onderzocht worden, op interventies die geïmplementeerd worden in de bestaande zorg en op interventies die al in de praktijk aangeboden worden. De paragraaf begint met een samenvatting, waarna de interventies voor de geïnteresseerde lezer uitgebreid besproken worden.

66 zie ook: <http://www.emgo.nl/research/mental-health/research-themes/2/soma--psyche/aims-and-scope/>

67 Het RPCW zit aan het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis vast.

Samenvatting

Onderzoek

Vernieuwende specifieke interventie

Er is een lopend onderzoek gevonden waarin de effectiviteit van een psychologische behandeling onderzocht wordt bij opgenomen of poliklinische patiënten met matig tot zeer ernstig COPD. De individuele behandeling beoogt patiënten te leren herkennen welke invloed zij hebben op de lichamelijke, emotionele en relationele gevolgen van de ziekte, en hoe deze invloed kan worden uitgeoefend. Als nevendoeel probeert deze studie ook meer inzicht te krijgen in de omvang van angst- en stemmingsklachten bij poliklinische COPD-patiënten, en de hulpbehoefte die zij vanwege deze klachten ervaren.

Organisatorische interventie

In een lopende studie (RECODE) wordt de (kosten-)effectiviteit van een ICT-ondersteunde, geïntegreerde en multidisciplinaire behandeling van COPD in de eerste lijn onderzocht. De studie wordt uitgevoerd in 40 eerstelijns samenwerkingsverbanden in de regio Zuid-Holland en is een vervolg op eerdere kleinere studies met veelbelovend resultaat. Het primaire doel van de organisatorische interventie is het verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënten. Binnen de interventie is aandacht voor psychosociale aspecten. Betrokken zorgverleners wordt bijvoorbeeld geleerd alert te zijn op de aanwezigheid van psychosociale problemen en hierop actie te ondernemen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een korte kwaliteit van leven vragenlijst.

Implementatie

Vernieuwende specifieke interventies

Er werd een implementatieproject gevonden ('De patiënt als partner') waarin de groepscursus 'Omgaan met COPD' gericht op psychosociale problemen bij patiënten met COPD ingebed wordt in de eerstelijnszorg in de regio Almere. Deze groepscursus is volledig gebaseerd op de cursus 'Leven met een chronische ziekte'. In het beperkte effectonderzoek naar deze cursus zijn aanwijzingen voor mogelijk gunstige effecten gevonden. Door middel van o.a. cognitief gedragstherapeutische technieken beoogt de cursus patiënten beter te leren omgaan met de symptomen en gevolgen van hun ziekte. Signalering van psychosociale problemen bij COPD-patiënten gebeurt in het project op basis van alertheid van zorgverleners en afname van een korte kwaliteit van leven vragenlijst. Patiënten met ernstige psychosociale klachten krijgen een ander vervolgtraject aangeboden. Het implementatieproject wordt wetenschappelijk geëvalueerd.

In een ander project ('Optimale en betaalbare COPD-zorg') worden in de regio Arnhem veranderingen in de huisartsenzorg geïmplementeerd om de kwaliteit van COPD zorg te optimaliseren. Het inbedden van een zelfmanagementinterventie vormt hierbij een belangrijk onderdeel. Deze interventie is gebaseerd op een bewezen effectief Canadees programma, *Living well with COPD*. Er is effectonderzoek uitgevoerd naar de Nederlandse versie in de huisartsenpraktijk; resultaten waren ten tijde van schrijven van deze rapportage nog niet gepubliceerd. Binnen het zelfmanagementprogramma is aandacht voor psychosociale aspecten (o.a. omgaan met stress). Daartoe getrainde praktijkondersteuners begeleiden de COPD-patiënten bij het doorlopen van de interventie. Daarnaast wordt de kwaliteit van leven van patiënten gemonitord met een vragenlijst, en wordt eventuele actie ondernomen bij een aanwijzing voor psychosociale problematiek. Zowel het implementatieproject in zijn geheel, als de inbedding van de zelfmanagementinterventie in het bijzonder, wordt wetenschappelijk geëvalueerd.

Zorgverlenerondersteunende interventie

De NCSI-methode wordt ingebed in de reguliere huisartsenzorg in drie regio's. Het betreft een ICT-ondersteunde methode voor het gedetailleerd meten, bespreken en monitoren van de integrale gezondheidstoestand van patiënten met COPD. De integrale gezondheidstoestand omvat vier hoofddomeinen: fysiologische stoornis, klachten, functionele beperkingen en kwaliteit van leven. Aan de hand van een inzichtelijke profielkaart worden gemeten problemen in de integrale gezondheidstoestand met de patiënt besproken, worden samen met de patiënt behandeldoelen geformuleerd, en wordt de patiënt gemotiveerd tot gedragsverandering. Als follow-up wordt de patiënt gemonitord. Er is effectonderzoek uitgevoerd naar de NCSI-methode in de tweede/derde lijn; resultaten waren ten tijde van schrijven van deze rapportage nog niet gepubliceerd. De implementatie van de NCSI-methode in de reguliere huisartsenzorg wordt in één regio wetenschappelijk geëvalueerd.

Praktijk

Vernieuwende specifieke interventies

Er werd een drietal interventies gevonden die in de praktijk aangeboden worden en die gericht zijn op het versterken van zelfmanagement van patiënten met COPD of een andere chronische longaandoening. Twee van deze interventies - 'Samen wijzer worden' en 'Longpunt' - worden geïnitieerd vanuit het Astmafonds (binnenkort het Longfonds) en betreffen maandelijks bijeenkomsten voor chronische longpatiënten en hun partners of mantelzorgers. Er komen thema's aan bod die gericht zijn op het (leren) omgaan met de aandoening. Dit gebeurt via kennisoverdracht en ervaringsuitwisseling. 'Samen wijzer worden' wordt begeleid door getrainde vrijwilligers, meestal ervaringsdeskundigen; bij 'Longpunt' zijn zorgverleners betrokken. Ten tijde van het schrijven van deze rapportage werden de groepsbijeenkomsten in het kader van

'Samen wijzer worden' op 10 laagdrempelige locaties georganiseerd; en waren er 10 Longpunten actief. Ook de derde gevonden interventie - 'Leren leven met COPD' - beoogt door een combinatie van kennisoverdracht en ervaringsuitwisseling patiënten te leren om beter om te gaan met hun aandoening. Het betreft een groeps cursus van meerdere bijeenkomsten, waarbij verschillende zorgverleners betrokken zijn. De cursus is een initiatief waarbij samengewerkt wordt tussen een GGZ-instelling (GGNet) en een thuiszorgorganisatie (Sensire).

Zorgverlenerondersteunende interventie

De hierboven besproken NCSI-methode wordt reeds in de praktijk toegepast door verschillende poliklinieken Longziekten en longrevalidatiecentra. Zoals eerder aangegeven, is er effectonderzoek uitgevoerd naar de NCSI-methode in de tweede/derde lijn, maar waren de resultaten ten tijde van schrijven van deze rapportage nog niet gepubliceerd.

3.5.1 Onderzoek

Vernieuwende specifieke interventie

Zoals aangegeven in onderstaande tabel, werd er een lopende effectstudie gevonden.

Tabel 12 Onderzoek naar een vernieuwende specifieke interventie

Setting ^a	Kenmerken interventie
Ziekenhuis ^b	<p><i>Naam:</i> n.v.t.</p> <p><i>Doelgroep:</i> Patiënten (40-80 jaar) met matig tot zeer ernstig COPD die zijn opgenomen vanwege een exacerbatie, of die de polikliniek Longziekten bezoeken.</p> <p><i>Typing:</i> Psychologische behandeling door middel van gesprek en opdrachten, waarbij gebruik gemaakt wordt van een combinatie van cognitieve en proces-experientiële technieken.</p> <p><i>Status:</i> Lopend.</p>

^a *Setting waarin de interventie uitgevoerd wordt.*

^b *Ziekenhuis: algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis, of universitair medisch centrum.*

Psychologische behandeling voor poliklinische of opgenomen COPD-patiënten

De studie betreft een onderzoek naar de effectiviteit van een individuele psychologische behandeling bij patiënten tussen de 40 en 80 jaar oud met matig tot zeer ernstig COPD⁶⁸. Het gaat om patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis vanwege een exacerbatie⁶⁹, of patiënten die de polikliniek Longziekten bezoeken. De psychologische behandeling beoogt patiënten met COPD te leren herkennen welke invloed zij hebben

68 De studie wordt geleid door onderzoekers van het Universitair Medisch Centrum Groningen.

69 Plotselinge verergering van klachten.

op het omgaan met de ziekte, en hoe deze invloed kan worden uitgeoefend. Specifieker gezegd, gaat het hierbij om de invloed op de lichamelijke gevolgen/symptomen van de ziekte, de beleving van de ziekte in emotionele zin, en de gevolgen van de ziekte op relationeel gebied (d.w.z. relatie van de patiënt met de partner of andere naasten). De psychologische behandeling gebeurt op individuele basis, en maakt gebruik van een combinatie van cognitieve en proces-experientiële technieken.

Door middel van een trial wordt onderzocht of de interventie gunstige effecten heeft op angstklachten, depressieve klachten, ervaren kortademigheid en de algemene kwaliteit van leven. Ook wordt gekeken naar het effect op het gebruik van zorgvoorzieningen. Bovendien wordt geprobeerd om meer inzicht te krijgen in de werkzame factoren binnen de behandeling. Hiervoor wordt onder meer gekeken naar de invloed van veranderingen in ziektepercepties, de ervaren mate van controle over de gezondheid en zelfeffectiviteit. Ook wordt nagegaan welke aspecten van de therapeutische relatie bijdragen aan de effectiviteit van de interventie.

Naast inzicht in de effectiviteit van de interventie, beoogt de studie ook om meer inzicht te krijgen in de omvang van angst- en stemmingsklachten bij poliklinische COPD-patiënten, en de hulpbehoefte die zij vanwege deze klachten ervaren. Daartoe worden patiënten die de polikliniek Longziekten van het UMCG bezoeken gescreend op angst, stemming en hulpbehoefte.

Organisatorische interventie

Zoals weergegeven in onderstaande tabel is er een lopende effectstudie gevonden naar een organisatorische interventie in de eerste lijn.

Tabel 13 Onderzoek naar een organisatorische interventie

Setting ^a	Kenmerken interventie
Eerste lijn	<p><i>Naam:</i> RECODE <i>Doelgroep:</i> Patiënten met COPD. <i>Typering:</i> ICT-ondersteunde, geïntegreerde en multidisciplinaire behandeling. <i>Status:</i> Lopend.</p>

^a *Setting waarin de interventie uitgevoerd wordt.*

Geïntegreerde multidisciplinaire behandeling in de eerste lijn: RECODE

Longrevalidatie is een integraal multidisciplinair behandelprogramma voor patiënten met longaandoeningen, dat individueel vormgegeven wordt op basis van een gedegen assessment (LAN, 2010). Het is gericht op het optimaliseren van de gehele gezondheidstoestand, participatie en autonomie van de patiënt en bestaat in verschillende intensiteiten (LAN, 2010). Het basiskenmerk van longrevalidatie is de integrale benadering van de problematiek door een multidisciplinair team (CBO, 2011). Hoewel de effectiviteit van longrevalidatie aangetoond is, worden longrevalidatieprogramma's momenteel nog hoofdzakelijk aangeboden in de tweede en derde lijn. Er is een ontwikkeling gaande om de voordelen van longrevalidatie ook beschikbaar te maken voor de grote groep COPD-patiënten die behandeld worden in de eerste lijn. Eerste studies naar

een geïntegreerde, multidisciplinaire behandeling van COPD in de eerste lijn hebben veelbelovende resultaten laten zien (Chavannes e.a., 2009; Kruis e.a., 2010). Er is echter nog geen grote studie uitgevoerd naar de effectiviteit en doelmatigheid van zo'n aanpak in de eerstelijns setting. De RECODE studie^{70,71}, voorziet in deze lacune.

De interventie in de RECODE trial bestaat uit een tweedaagse, geaccrediteerde, multidisciplinaire nascholing voor huisartsen, praktijkondersteuners (POH's), diëtisten en fysiotherapeuten, waarin ingegaan wordt op een efficiënte taakdelegatie, specifieke verwijzing en het opstellen van haalbare praktijk- en behandelplannen. Gedurende de nascholing komen alle belangrijke facetten van een geïntegreerde behandeling van COPD aan bod, waaronder onder andere het actief bevorderen van zelfmanagement, oefen- en bewegingsprogramma's, spirometrie⁷², stoppen met roken en kwaliteit van leven. Dit alles wordt ondersteund door een flexibele web-based applicatie, genaamd Zorgdraad. Deze applicatie maakt het mogelijk voor patiënten en hun zorgverleners om onderling effectief te communiceren, wat leidt tot het bevorderen van zelfmanagement en een actieve implementatie van multidisciplinaire COPD-zorg. Na een half jaar en na een jaar vindt er een terugkomdag plaats.

Het primaire doel van de interventie is het verbeteren van de kwaliteit van leven van COPD-patiënten. Er wordt uitgegaan van de functionele beperkingen bij patiënten; door patiënten zelf naar voren gebrachte streefdoelen worden expliciet meegenomen. Tijdens de nascholing wordt zorgverleners ook geleerd alert te zijn op aanwezigheid van psychische of sociale problemen en hierop actie te ondernemen. Motiverende gespreksvoering en toepasbaarheid daarvan in de praktijk komen tijdens de nascholing aan bod. Voor het signaleren van psychosociale problematiek wordt ook gebruik gemaakt van een korte kwaliteit van leven vragenlijst (CCQ⁷³) die drie domeinen meet: symptomen, functionele status en mentale status. Praktijken ontvangen feedbackrapporten met de CCQ scores per patiënt en kunnen hierop vervolgens actie ondernemen. Een slechte score op het mentale domein wijst de POH erop om bijvoorbeeld te verwijzen naar een gespecialiseerde zorgverlener voor psychische klachten.

Veertig eerstelijns samenwerkingsverbanden uit de regio Zuid-Holland doen mee aan de RECODE studie. Door middel van een (pragmatische) trial wordt onderzocht of de geïntegreerde, multidisciplinaire behandeling van COPD in de eerste lijn effectief is in het verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënten. Daarnaast wordt gekeken naar verschillende andere uitkomstmaten, waaronder klinische uitkomstmaten, rookgedrag, patiëntervaringen en zelfmanagementvaardigheden. Tot slot wordt ook de kosteneffectiviteit van de aanpak bepaald.

70 RECODE: cluster Randomized clinical trial on Effectiveness of integrated COPD management in primary care.

71 De studie wordt geleid door onderzoekers van het Leid Universitair Medisch Centrum.

72 Bepaling van de longfunctie.

73 Clinical COPD Questionnaire.

3.5.2 Implementatie

Vernieuwende specifieke interventies

Zoals aangegeven in tabel 14, is er in de eerste lijn een lopend project gevonden gericht op de implementatie van het signaleren en behandelen van psychosociale problematiek bij patiënten met COPD.

Tabel 14 Implementatie van vernieuwende specifieke interventies

Setting ^a	Kenmerken interventie
Eerste lijn	<i>Naam:</i> De patiënt als partner <i>Doelgroep:</i> Patiënten met COPD die psychosociale klachten hebben. <i>Typering:</i> Implementatie van de groepscursus 'Omgaan met COPD'. Tevens wordt een praktische methode geïmplementeerd om psychosociale problemen te signaleren en zodoende COPD-patiënten toe te leiden naar de interventie. <i>Eerder effectonderzoek^b:</i> Ja. <i>Implementatie locaties:</i> Zorggroep Almere. <i>Status:</i> Lopend.
	<i>Naam:</i> Optimale en betaalbare COPD-zorg <i>Doelgroep:</i> Patiënten met COPD. <i>Typering:</i> Implementatie van gestructureerde COPD-zorg. De implementatie van het zelfmanagementinterventie Living well with COPD vormt hierbij een belangrijk onderdeel. <i>Eerder effectonderzoek^c:</i> Ja. <i>Implementatie locaties:</i> 41 huisartsenpraktijken (Huisartsen Zorggroep regio Arnhem). <i>Status:</i> Lopend.

^a Setting waarin de interventie geïmplementeerd wordt.

^b Hiermee wordt bedoeld of er wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd is naar de effecten van (onderdelen van) de interventie die geïmplementeerd wordt.

Project 'De patiënt als partner': implementatie van de groepscursus 'Omgaan met COPD'

Het implementatieproject 'De patiënt als partner' wordt uitgevoerd in de Zorggroep Almere. Beoogd wordt om COPD-patiënten met psychosociale klachten handvatten te bieden waardoor zij meer grip krijgen op de emoties en beperkingen die samengaan met de aandoening zodat hun kwaliteit van leven toeneemt.

Daartoe wordt de groepscursus 'Omgaan met COPD' geïmplementeerd, die volledig gebaseerd is op de groepscursus 'Leven met een chronische ziekte' (Cuijpers & Van Osch, 2009; Voordouw e.a., 2005). In het beperkte onderzoek naar 'Leven met een chronische ziekte' zijn aanwijzingen gevonden voor mogelijke effectiviteit wat betreft het verminderen van psychosociale klachten bij patiënten met verschillende chronische lichamelijke ziekten (Voordouw e.a., 2005; Cuijpers, 1998)⁷⁴. De methodiek is vooral

74 Op pp. 115-116 wordt uitgebreid ingegaan op de cursus 'Leven met een chronische ziekte'.

gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie. Tijdens de cursus – die 10 wekelijkse bijeenkomsten van twee uur omvat – wordt patiënten onder meer geleerd hoe om te gaan met benauwdheidsklachten, zorgvuldig om te gaan met energie en met meer plezier te functioneren, negatieve gedachten te herkennen en zo mogelijk om te zetten in positieve gedachten, hulp te vragen en te ontvangen zonder zich daarbij afhankelijk of schuldig te voelen. De cursus wordt gegeven door een maatschappelijk werker samen met een praktijkondersteuner (POH) somatiek.

Het signaleren van psychosociale klachten bij COPD-patiënten gebeurt op basis van de alertheid van hulpverleners en door het standaard afnemen van een vragenlijst voor kwaliteit van leven (RIQ-mon10⁷⁵) door POH's en huisartsen. Patiënten met psychosociale klachten worden doorverwezen voor een intakegesprek met de maatschappelijk werker, waarbij nagegaan wordt of een patiënt in aanmerking komt voor de groepscursus 'Omgaan met COPD'. Met behulp van een uitgebreidere vragenlijst (4DKL) wordt onder meer bepaald of er sprake is van ernstige klachten. Zo ja, dan komt een patiënt niet in aanmerking voor de cursus en vindt doorverwijzing plaats naar de POH-GGZ of terug naar de huisarts.

Het implementatietraject wordt begeleid door PICASSO voor COPD⁷⁶. Het wordt wetenschappelijk geëvalueerd door het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG). Aangezien het project ten tijde van het schrijven van deze rapportage nog lopende is, kunnen er geen resultaten beschreven worden. Wel wijzen eerste ervaringen erop dat de instroom moeizaam verloopt en dat patiënten moeite hebben met het cursusboek en huiswerkopdrachten.

Project 'Optimale en betaalbare COPD-zorg': implementatie van de zelfmanagementinterventie 'Living well with COPD'

Binnen de Huisartsen Zorggroep in de regio Arnhem (41 deelnemende huisartsenpraktijken) loopt het project 'Optimale en betaalbare COPD-zorg' waarin veranderingen in de zorg aan patiënten met COPD geïmplementeerd worden. Het doel is om de kwaliteit van COPD zorg te optimaliseren, zodat de kwaliteit van leven van patiënten toeneemt. Naast veranderingen ter verbetering van de samenwerking tussen de verschillende betrokken zorgverleners, vormt het inbedden van een zelfmanagementinterventie in de bestaande huisartsenzorg een belangrijk onderdeel van het project. Getrainde praktijkondersteuners somatiek (POH's) vervullen een centrale rol als 'casemanager' en begeleiden de patiënten bij het doorlopen van de zelfmanagementinterventie.

De zelfmanagementinterventie is gebaseerd op het Canadese programma 'Living well with COPD'. In Canada is middels een trial onderzoek gedaan naar de effectiviteit van dit zelfmanagementprogramma bij patiënten met gevorderd COPD die minstens eenmaal vanwege een exacerbatie in het ziekenhuis opgenomen moesten worden. Aangetoond werd dat de interventie leidde tot minder ziekenhuisopnames, minder bezoek aan de eerste lijn, en een verbetering van de kwaliteit van leven (Bourbeau e.a.,

75 Respiratory Illness Questionnaire Monitoring 10.

76 PICASSO voor COPD is een samenwerkingsverband tussen Pfizer, Boehringer Ingelheim en Onderzoeksinstituut Caphri. Gezamenlijk willen zij een bijdrage leveren aan de optimalisatie van de COPD-zorg in Nederland.

2003). In nauwe samenwerking met huisartsen en longartsen hebben onderzoekers van de Radboud Universiteit Nijmegen het programma 'Living well with COPD' aangepast aan de Nederlandse huisartsenpraktijk. Vervolgens hebben zij een trial uitgevoerd naar de effectiviteit van de Nederlandse versie van 'Living well with COPD' in deze setting. Resultaten waren ten tijde van het schrijven van deze rapportage nog niet gepubliceerd.

Het zelfmanagementprogramma beoogt door middel van educatie en gedragsverandering patiënten te leren (beter) om te gaan met de gevolgen van COPD in het dagelijks leven. De interventie omvat een reeks werkboeken als aanvulling op het contact met de POH. De POH's hebben onder meer training gekregen in motiverende gesprekstechnieken, en worden gecoacht door een longverpleegkundige. In het eerste jaar - de intensieve fase⁷⁷ - bespreekt de POH verschillende onderwerpen afgestemd op de individuele behoefte van de patiënt, waaronder de anatomie en fysiologie van COPD, symptoomverergerende factoren, medicatie en inhalatietechniek, ademhalingstechnieken, lichaamshoudingen ter voorkoming van ademnood, hoesttechnieken, gezonde leefstijl, energiebesparende technieken, stressmanagement en ontspanningstechnieken. De intensieve fase wordt gevolgd door een begeleidende fase⁷⁸, waarin de POH de patiënt blijft stimuleren om persoonlijke streefdoelen te bereiken en gedragsverandering te handhaven. De kwaliteit van leven van patiënten wordt gemonitord door afname van een korte vragenlijst (CCQ⁷⁹) die drie domeinen meet: symptomen, functionele status en mentale status. Bij een slechte score op het mentale domein, overlegt de POH met de huisarts of er een vervolgactie moet komen.

Het project 'Optimale en betaalbare COPD-zorg' wordt geëvalueerd door het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG). Onderzoekers van de Radboud Universiteit Nijmegen evalueren de effecten van het implementeren van het zelfmanagementprogramma, waarbij onder meer gekeken wordt naar het aantal ziekenhuisopnames, het aantal exacerbaties en het medicijngebruik. Resultaten waren nog niet bekend ten tijde van het schrijven van deze rapportage.

Zorgverlenerondersteunende interventie

Zoals weergegeven in tabel 15, zijn er twee projecten gevonden waarin twee verschillende interventies geïmplementeerd worden in de eerste lijn. Hieronder wordt nader ingegaan op de implementatieprojecten.

77 In de intensieve fase heeft de POH minimaal 2 keer 'face-to-face' contact en 2 keer telefonisch contact met de patiënt. Daarnaast ziet de huisarts de patiënt minimaal 1 keer.

78 In de begeleidende fase heeft de POH op jaarbasis minimaal 1 keer 'face-to-face' contact en 1 keer telefonisch contact met de patiënt.

79 Clinical COPD Questionnaire.

Tabel 15 Implementatie van een zorgverlenerondersteunende interventie

Setting ^a	Kenmerken interventie
Eerste lijn	<p><i>Naam:</i> NCSI-methode</p> <p><i>Doelgroep:</i> Patiënten met COPD, astma en andere chronische longaandoeningen.^b</p> <p><i>Typering:</i> De methode omvat een meetinstrument voor het meten van de integrale gezondheidstoestand (het NCSI) en een korte versie van het instrument voor monitoring. Daarbij biedt het een interventie om de patiënt te motiveren tot gedragsverandering.</p> <p><i>Eerder effectonderzoek^c:</i> Ja.</p> <p><i>Implementatie locaties:</i> Huisartsenpraktijken in 3 regio's.</p> <p><i>Status:</i> Lopend.</p>

^a Setting waarin de interventie geïmplementeerd wordt.

^b Er bestaat ook een licht aangepaste versie voor longoncologische patiënten.

^c Hiermee wordt bedoeld of er wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd is naar de effecten van (onderdelen van) de interventie die geïmplementeerd wordt.

Implementatie van de NCSI-methode

Recentelijk is de Zorgstandaard COPD uitgebracht. De Zorgstandaard beschrijft de norm waaraan goede zorg voor COPD aan zou moeten voldoen, zowel zorginhoudelijk als procesmatig. In de Zorgstandaard wordt de traditionele medische focus losgelaten, en uitgegaan van een integrale benadering van zorg. Tijdens de diagnostische fase dient de zogenaamde integrale gezondheidstoestand van de patiënt in kaart te worden gebracht. De integrale gezondheidstoestand omvat vier hoofddomeinen: fysiologische stoornis, klachten, functionele beperkingen en kwaliteit van leven. Daarnaast wordt ook de mate waarin het de patiënt lukt zich aan de ziekte aan te passen - adaptatie - beoordeeld. Op basis van de verkregen informatie worden patiënten ingedeeld naar ziektebelasting (drie niveaus: licht, matig en ernstig). De traditionele indeling enkel en alleen op basis van de ernst van de luchtwegobstructie wordt dus losgelaten. Aangevoerd is dat de gebruikelijke indeling onvoldoende inzicht geeft in de door de patiënt ervaren gezondheidsproblemen (Vercoulen & Prins, 2010). Volgens de Zorgstandaard is het hoofddoel van alle zorginspanningen het bevorderen van de integrale gezondheidstoestand van de patiënt. Dit wordt geprobeerd te bereiken door a) het optimaliseren van het fysiologisch functioneren; en b) het optimaliseren van de adaptatie aan de stoornis (LAN, 2010).

De NCSI-methode⁸⁰ is een methode die kan helpen om de aanbevelingen in de Zorgstandaard uit te voeren. De methode omvat een meetinstrument – het NCSI - voor het gedetailleerd meten van de integrale gezondheidstoestand en een korte versie van het instrument voor monitoring, de NCSI-monitor. Daarbij biedt het een interventie om samen met de patiënt behandeldoelen te formuleren en de patiënt te motiveren tot gedragsverandering. Het NCSI brengt in 15-20 minuten de vier hoofddomeinen van de integrale gezondheidstoestand in kaart aan de hand van 11 subdomeinen. Afname, scoring en verwerking gebeurt door middel van web-based software. De resultaten worden grafisch zichtbaar gemaakt door middel van een zogenaamde Patiënt-

80 NCSI staat voor Nijmegen Clinical Screening Instrument.

tenProfielKaart, op een wijze die voor zowel de hulpverlener als de patiënt makkelijk te begrijpen is. De interventie bestaat uit het bespreken van de PatiëntenProfielKaart en maakt helder wat de onderliggende oorzaken van de zichtbare problemen in de integrale gezondheidstoestand zijn. Dit biedt essentiële informatie bij het vaststellen van de behandeldoelen en een zorg-op-maat plan van aanpak. Daarbij heeft het bespreken van de PatiëntenProfielKaart een motiverend effect op de patiënt om de vastgestelde behandeldoelen ook daadwerkelijk uit te voeren en daardoor hun zelfmanagement te bevorderen. Als follow-up worden patiënten gemonitord middels de korte NCSI-Monitor (8 items) en die geheel automatisch de diagnose “pluis” versus “niet pluis” stelt. Alleen bij een “niet pluis” diagnose wordt het NCSI weer geautomatiseerd afgenomen om de kennelijke problemen in kaart te brengen, waarna de hulpverlener samen met de patiënt de PatiëntenProfielKaart bespreekt om zorg-op-maat te bieden.

Het NCSI is geen nieuw instrument op zich; het omvat bestaande (valide en betrouwbare) instrumenten voor het meten van 11 subdomeinen van de integrale gezondheidstoestand. De keuze van de instrumenten is gebaseerd op de Nijmegen Integral Assessment Framework (NIAF). Het NIAF biedt een definitie van de integrale gezondheidstoestand, die meer gedetailleerd is en meer gebaseerd op empirische data dan definities in de literatuur (Vercoulen e.a., 2008). De NIAF ordent op empirische wijze bestaande instrumenten aan de hand van het subdomein die zij meten. Op basis van klinische en statistische criteria zijn voor elk subdomein instrumenten van de NIAF geselecteerd om te gebruiken voor het NCSI. Verder zijn op basis van onderzoek normgegevens voor het NCSI bepaald om milde en ernstige problemen te kunnen onderscheiden van normaal functioneren (Peters e.a., 2009).

Op verschillende plekken in de tweede en derde lijn wordt de NCSI-methode al toegepast als onderdeel van de standaard zorg (zie p. 109). Momenteel wordt de NCSI-methode geïmplementeerd in huisartsenpraktijken in drie regio's (Tiel, Noord-Limburg en Nijmegen). Daarbij wordt het implementatietraject in de regio Nijmegen (uitgevoerd in de negen huisartsenpraktijken die tezamen het Netwerk Academische Huisartspraktijken Nijmegen vormen) wetenschappelijk geëvalueerd.

3.5.3 Praktijk

Vernieuwende specifieke interventies

Zoals weergegeven in tabel 16 zijn er drie interventies gevonden die in de praktijk aangeboden worden en zich richten op het versterken van zelfmanagement.

Tabel 16 Praktijk: Vernieuwende specifieke interventies

Setting ^a	Kenmerken interventie
Anders/divers	<p><i>Naam:</i> Samen wijzer worden <i>Doelgroep:</i> Patiënten met een chronische longaandoening en hun partners/mantelzorgers. <i>Typing:</i> Maandelijke gespreksgroepen waarin thema's behandeld worden die gericht zijn op het omgaan met de aandoening. <i>Effectonderzoek</i>^b: Nee. <i>Uitvoerende locaties:</i> 10 laagdrempelige locaties.</p>
	<p><i>Naam:</i> Longpunt <i>Doelgroep:</i> Patiënten met een chronische longaandoening en hun partners/mantelzorgers. <i>Typing:</i> Maandelijke bijeenkomsten waarin een deskundige informatie geeft over een bepaald thema, gevolgd door een groeps gesprek. Thema's zijn gericht op het omgaan met de aandoening. <i>Effectonderzoek</i>^b: Lopend. <i>Uitvoerende locaties:</i> 10 longpunten (september 2011).</p>
	<p><i>Naam:</i> Leren leven met COPD <i>Doelgroep:</i> Patiënten met COPD. <i>Typing:</i> Groeps cursus waarin patiënten leren (beter) om te gaan met de gevolgen van COPD. Dit gebeurt door een combinatie van informatievoorziening en het delen van ervaringen. <i>Effectonderzoek</i>^b: Onbekend. <i>Uitvoerende locaties:</i> Verschillende locaties.</p>

^a Setting waarin de interventie uitgevoerd wordt.

^b Hiermee wordt bedoeld of er wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd is naar de effecten van de interventie die in de praktijk aangeboden wordt.

Interventies gericht op het versterken van zelfmanagement

Laagdrempelig lotgenotencontact

Het Astma Fonds (binnenkort het Longfonds) ontplooit initiatieven om lotgenotencontact onder patiënten met een chronische longziekte en hun partners en/of mantelzorgers te bevorderen. 'Samen wijzer worden' en 'Longpunt' zijn hier voorbeelden van. Centraal in deze twee initiatieven staat het beter leren omgaan met de ziekte door middel van het uitwisselen van ervaringskennis en informatie. Deelname is gratis voor deelnemers, wat de laagdrempeligheid vergroot.

'Samen wijzer worden' heeft betrekking op maandelijke gespreksgroepen voor chronische longpatiënten en hun partners of mantelzorgers. De gespreksgroepen behandelen in principe telkens een ander thema, dat wel altijd gericht is op het omgaan met de aandoening. Voorbeelden van mogelijke onderwerpen zijn de invloed van de ziekte op het dagelijkse leven, opkomen voor jezelf, (on)betaald werk en omgaan met emoties. Doelstellingen zijn zowel het hebben van sociaal contact als het leren van elkaar. Door ervaringen uit te wisselen en van elkaars kennis gebruik te maken kunnen patiënten leren beter met hun aandoening om te gaan en hun zelfmanagementvaardig-

heden te vergroten. De gespreksgroepen worden begeleid door getrainde vrijwilligers, die meestal zelf longpatiënt zijn. Er bestaat een draaiboek - de 'Samenwijzer' - dat als hulpmiddel gebruikt wordt om de gespreksgroepen op te zetten (Bunnik & Van Wijngaarden, 2010). Daarnaast zijn er verschillende ondersteunende materialen⁸¹. Ten tijde van het schrijven van dit rapport werden de gespreksgroepen op 10 verschillende laagdrempelige locaties georganiseerd.

'Longpunt' is een maandelijks bijeenkomst waar patiënten met een chronische longziekte, hun partners/mantelzorgers en zorgverleners elkaar ontmoeten. Elke bijeenkomst staat er één thema centraal gericht op het omgaan met de aandoening. Een onderwerp wordt ingeleid door een zorgverlener, een (ervarings)deskundige of een gastspreker. Aansluitend vindt er, onder begeleiding van een gespreksleider, een groeps gesprek plaats tussen patiënten en deskundigen over dat thema. De gespreksleider is een zorgverlener en een vast werkgroeplid van het Longpunt. Tijdens de eerste bijeenkomsten komen meer algemene onderwerpen (o.a. ziektebeeld, medicatie, voeding) aan bod. Daarna wordt dieper ingegaan op bepaalde onderwerpen, zoals acceptatie, energiemangement, en kwaliteit van leven. Rond september 2011 waren er 10 Longpunten actief. Het is de bedoeling om nog circa 15 Longpunten te openen.

Cursus 'Leren leven met COPD'

In de groepscursus 'Leren leven met COPD' wordt patiënten met COPD geleerd (beter) om te gaan met de gevolgen van de aandoening in het dagelijkse leven. Dit gebeurt door middel van een combinatie van het geven van informatie door zorgverleners uit verschillende disciplines en van het delen van ervaringen met andere patiënten. De cursus bestaat uit negen bijeenkomsten en een terugkombijeenkomst. De verschillende zorgverleners, waaronder onder meer een longverpleegkundige, een diëtist, een fysiotherapeut en een GGZ-preventiewerker, verzorgen een deel van de cursus. Tijdens de cursus komen verschillende onderwerpen aan bod, waaronder meer algemene onderwerpen (o.a. oorzaken en gevolgen van COPD, medicatie, voeding), maar ook psychosociale onderwerpen, zoals de relatie tussen chronisch ziek zijn en stemming, energiebeheer en omgaan met spanning, denkpatronen doorbreken, en assertiviteit en sociale vaardigheden. Enkele onderdelen van de cursus zijn gebaseerd op de groepscursus 'Leven met een chronische ziekte'⁸². Bij de cursus werken een GGZ-instelling (GGNet) en een thuiszorgorganisatie (Sensire) samen. Sensire verzorgt de locatie waar de cursus gegeven wordt, doorgaans een vestiging van Sensire of een praktijk voor fysiotherapie.

Zorgverlenerondersteunende interventie

Zoals aangegeven in tabel 17 wordt de eerder besproken NCSI-methode in de praktijk toegepast in de ziekenhuissetting.

81 Zie: <http://www.astmafonds.nl/astmafonds/content.jsp?objectid=29728>

82 Op pp. 115-116 wordt uitgebreid ingegaan op de groepscursus 'Leven met een chronische ziekte'.

Tabel 17 **Praktijk: Zorgverlenerondersteunende interventie**

Setting ^a	Kenmerken interventie
Ziekenhuis ^b	<i>Naam:</i> NCSI-methode <i>Doelgroep:</i> Patiënten met COPD, astma en andere chronische longaandoeningen. ^c <i>Typing:</i> De methode omvat een instrument voor het meten van de integrale gezondheidstoestand (het NCSI) en een korte versie van het instrument voor monitoring. Daarbij biedt het een interventie om de patiënt te motiveren tot gedragsverandering. <i>Effectonderzoek:</i> Ja. <i>Uitvoerende locaties:</i> Verschillende tweedelijns poliklinieken Longziekten en longrevalidatiecentra.

^a Setting waarin de interventie uitgevoerd wordt.

^b Ziekenhuis: algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis, of universitair medisch centrum.

^c Er bestaat ook een licht aangepaste versie voor longoncologische patiënten.

De NCSI-methode

De NCSI-methode is hierboven al uitgebreid besproken (zie pp. 105-106). De methode wordt door verschillende poliklinieken Longziekten en longrevalidatiecentra reeds in de reguliere praktijk gebruikt. In de regel wordt de methode bij alle nieuw binnengekomen patiënten toegepast. De longverpleegkundige bespreekt doorgaans de resultaten van het NCSI met de patiënt.

Opgemerkt dient te worden dat er een trial uitgevoerd is naar de effecten van de NCSI-methode in de tweedelijns/derdelijns setting. Ten tijde van het schrijven van deze rapportage waren de resultaten nog niet gepubliceerd.

Verder is het van belang dat de NCSI-methode (een licht aangepaste versie van de oorspronkelijke versie) op enkele locaties in de praktijk ook gebruikt wordt bij hartpatiënten, waaronder bijvoorbeeld in het Universitair Centrum voor Chronische Ziekten (UCCZ) op Dekkerswald⁸³.

3.6 Interventies op psychosociaal gebied bij verschillende chronische lichamelijke ziekten

In deze paragraaf worden de gevonden interventies op het gebied van psychosociale zorg voor volwassenen met verschillende chronische lichamelijke ziektes –waaronder coronaire hartziekte, diabetes type 2 of COPD - beschreven. Dit gebeurt achtereenvolgens voor interventies waarvan de effecten wetenschappelijk onderzocht worden en interventies die in de praktijk aangeboden worden. Er werden geen interventies gevonden die geïmplementeerd worden in de praktijk. De paragraaf begint met een samenvatting, waarna de interventies voor de geïnteresseerde lezer uitgebreider besproken worden.

83 Hoewel de NCSI-methode inmiddels ook gebruikt wordt bij hartpatiënten, is er voor gekozen om de methode op deze plek te bespreken. Dit omdat de methode oorspronkelijk ontwikkeld is voor en voornamelijk toegepast wordt bij patiënten met een chronische longaandoening.

Samenvatting

Onderzoek

Organisatorische interventies

Er werden twee effectstudies gevonden naar organisatorische interventies. Een lopende studie (DiMaCoDea) onderzoekt de (kosten-)effectiviteit van een *disease management* benadering van depressie en angst bij patiënten met diabetes type2, astma en/of COPD die in de eerste lijn behandeld worden. De aanpak omvat actieve screening op de aanwezigheid van depressieve klachten en angstklachten (met korte vragenlijsten), het aanbieden van een stapsgewijs behandelprogramma, monitoring van behandeluitkomsten en multidisciplinaire samenwerking. De studie wordt uitgevoerd in huisartsenpraktijken in de regio Zuidoost-Brabant.

In het andere onderzoek (CC:DIM) wordt nagegaan of een *collaborative care* aanpak een (kosten-)effectieve methode is voor het verminderen van depressie bij verschillende poliklinische patiëntgroepen, dat wil zeggen bij patiënten met een hartaandoening, diabetes, COPD of een maag-darm-lever aandoening. De aanpak behelst onder meer het samen met de patiënt opstellen van een behandelplan, stapsgewijze behandeling, monitoring van behandeluitkomsten en multidisciplinaire samenwerking. Een daartoe getrainde consultatief psychiatisch verpleegkundige vervult een centrale rol als 'care manager', daarbij gesuperviseerd door een consulent psychiater. De CC:DIM studie is uitgevoerd in vijf ziekenhuizen. Ten tijde van het schrijven van deze rapportage was de dataverzameling afgerond, maar waren nog geen resultaten gepubliceerd.

Praktijk

Vernieuwende specifieke interventies

Er werd een behandelaanbod vanuit de GGZ gevonden. Verschillende grote, geïntegreerde GGZ-instellingen bieden de groepscursus 'Leven met een chronische ziekte' aan, doorgaans vanuit de afdelingen die laagdrempelige, kortdurende hulp verlenen. De cursus beoogt patiënten te leren (beter) omgaan met de symptomen en gevolgen van hun chronische aandoening. Daarbij wordt gebruik gemaakt van cognitief gedragstherapeutische technieken, sociale vaardigheidstraining en ontspanningstechnieken. Gewoonlijk omvat de cursus 10 wekelijkse bijeenkomsten. Het beperkte effectonderzoek naar de cursus heeft aanwijzingen gevonden voor mogelijk gunstige effecten.

Het BigMove Institute biedt het Bigmove GGZ-programma aan voor volwassenen met psychische stoornissen die daarnaast chronische lichamelijke aandoeningen/klachten en/of psychosociale problematiek hebben. Het intensieve programma beoogt door een integrale aanpak de functionele capaciteit van patiënten te vergroten, zodat

de psychische, lichamelijke en sociale problemen verminderen. Het programma wordt in circa 10 steden aangeboden, en is nog niet wetenschappelijk onderzocht.

PsyQ - een samenwerkingsverband van een viertal GGZ-instellingen met circa 30 vestigingen verspreid over Nederland - heeft een apart behandelprogramma Somatic & Psyche dat gericht is op patiënten met chronische lichamelijke aandoeningen of klachten. Binnen dit programma wordt een scala van individuele en groepsinterventies aangeboden. Hierbij bestaan er lokaal initiatieven waarbij samengewerkt wordt met een ziekenhuis. Indigo - een samenwerkingsverband tussen zes GGZ-instellingen met vestigingen in zeven regio's - biedt ook verschillende (veelal groeps-) interventies aan voor patiënten met een chronische of ernstige lichamelijke aandoening.

Zorgverlenerondersteunende interventie

De INTERMED-methode wordt op een aantal locaties toegepast in de ziekenhuissetting (tweede en derde lijn) bij verschillende patiëntengroepen. De methode beoogt complexe patiënten – zoals patiënten met meerdere chronische ziekten, inclusief psychische – geïntegreerde, multidisciplinaire zorg te bieden. Daartoe wordt met een instrument (de INTERMED) de zorgcomplexiteit van een patiënt gemeten door het inventariseren van zorgrisico's op vier domeinen: het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren en de uitvoering van de zorgverlening. Op basis van het resulterende risicoprofiel kan een integraal behandelplan opgesteld worden, waarbij zorgverleners uit verschillende disciplines betrokken kunnen zijn.

3.6.1 Onderzoek

Organisatorische interventies

Zoals in tabel 18 aangegeven wordt, zijn er twee studies gevonden naar de effectiviteit van organisatorische interventies. Een studie wordt uitgevoerd in de eerste lijn, de andere studie in de ziekenhuissetting.

Tabel 18 Onderzoek naar organisatorische interventies

Setting ^a	Kenmerken interventie
Eerste lijn	<p><i>Naam:</i> DiMaCoDea</p> <p><i>Doelgroep:</i> Huisartspatiënten met diabetes type 2, astma en/of COPD, en die daarnaast depressieve klachten of angstklachten hebben.</p> <p><i>Typering:</i> Een diseasemanagement aanpak van depressie en angst, bestaande uit o.a. actieve screening op depressie en angst, stapsgewijze behandeling, monitoring van behandeluitkomsten en multidisciplinaire samenwerking.</p> <p><i>Status:</i> Lopend.</p>
Ziekenhuis ^b	<p><i>Naam:</i> CC:DIM</p> <p><i>Doelgroep:</i> Poliklinische patiënten met een hartaandoening, diabetes, COPD, of een maag-darm-lever aandoening, en die daarnaast een depressieve stoornis hebben.</p> <p><i>Typering:</i> Een <i>collaborative care</i> aanpak van depressieve stoornis, bestaande uit o.a. 'contracting', stapsgewijze behandeling, monitoring van behandeluitkomsten en multidisciplinaire samenwerking.</p> <p><i>Status:</i> Afgerond, nog geen resultaten gepubliceerd.</p>

^a Setting waarin de interventie uitgevoerd wordt.

^b Ziekenhuis: algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis, of universitair medisch centrum.

Diseasemanagement van depressie en angst bij diabetes, astma en/of COPD in de huisartsenpraktijk: DiMaCoDeA

De DiMaCoDeA-studie⁸⁴ onderzoekt de effectiviteit van een diseasemanagement benadering van depressie en angst bij patiënten met diabetes type 2, astma en/of COPD. De studie wordt uitgevoerd in huisartsenpraktijken in de regio Zuidoost-Brabant (aangesloten bij zorggroep POZOB) (Stoop e.a., 2011; Pommer e.a., 2012).

De diseasemanagement aanpak omvat actieve screening op depressie en angst, stapsgewijze (*stepped care*) behandeling, monitoring van behandeluitkomsten en multidisciplinaire samenwerking. Op basis van screeningsvragenlijsten worden patiënten met diabetes type 2, astma en/of COPD geïdentificeerd die depressieve symptomen of angstsymptomen hebben. Hen wordt een stapsgewijs behandelprogramma aangeboden, bestaande uit drie stappen: (1) psycho-educatie; (2) de individuele cursus 'Omgaan met depressie/angst', die voornamelijk gebaseerd is op cognitieve gedragstherapie; en (3) verlenging van de cursus, eventueel aangevuld met medicamenteuze behandeling. Na elke stap worden de symptomen van een patiënt geëvalueerd. In geval van verslechtering van symptomen of wanneer de behandeling niet aanslaat, wordt de behandeling van de patiënt opgeschaald naar de volgende, intensievere vorm van behandeling. Opschaling kan al plaatsvinden als een bepaalde behandeling nog niet afgesloten is. Patiënten bij wie behandeling voldoende effect gesorteerd heeft, komen in de monitoring fase. In deze fase wordt elke drie maanden de mate van depressieve symptomen en angstsymptomen gemeten. Een patiënt krijgt weer behandeling als de symptomen verslechteren. De stapsgewijze behandeling wordt uitgevoerd door daartoe

84 De studie wordt geleid door onderzoekers van de Universiteit van Tilburg.

getrainde psychologen van het onderzoeksteam. De huisarts voert het consult uit dat behoort bij stap 3, waarin de mogelijkheid van medicamenteuze behandeling wordt besproken.

Aan de hand van een trial wordt vastgesteld of de diseasemanagement benadering van depressie en angst bij diabetes type 2, astma en/of COPD effectiever is dan standaard huisartsenzorg in termen van het verminderen van depressieve symptomen en angstsymptomen. Daarnaast wordt ook gekeken naar effecten op kwaliteit van leven, ziektespecifieke emotionele klachten, zelfmanagement en leefstijlgedrag, patiënttevredenheid en de kosten van zorggebruik.

Wanneer de interventie effectief blijkt, bestaat de intentie om een implementatietraject aan het project te verbinden. Bij de implementatie is de intentie dat de POH somatiek de screening zal uitvoeren en de POH-GGZ de interventie.

Collaborative care in de poliklinische ziekenhuissetting: CC:DIM

Collaborative care is een diseasemanagement model voor de behandeling van depressie of angst waarbij meerdere disciplines betrokken zijn. Binnen het model staat een *care manager* centraal die verantwoordelijk is voor de zorg. De care manager werkt samen met een te consulteren psychiater en de patiënt om zo optimale zorg te bieden. Het collaborative care model is oorspronkelijk ontwikkeld in de Verenigde Staten, en daar zijn er veelbelovende resultaten mee geboekt. Verschillende buitenlandse studies - veelal uitgevoerd in de Verenigde Staten - hebben ook gekeken naar de effecten van collaborative care behandeling van depressie bij chronisch lichamelijk zieke patiënten. Deze studies wijzen erop dat de aanpak ook effectief kan zijn in het verminderen van depressie bij verschillende chronische lichamelijke ziekten, zowel in de eerstelijns setting (Katon e.a., 2004; Katon e.a., 2006) als in de ziekenhuissetting (Strong e.a., 2008; Rollman e.a., 2009; Ranatunga e.a., 2010; Katon, 2011). Deze positieve bevindingen werpen de vraag op of het collaborative care model bruikbaar is als een generieke interventie voor depressie bij chronische lichamelijke ziekte, dus ongeacht het type aandoening.

Dit vormt de aanleiding voor het CC:DIM onderzoek^{85,86} (Horn e.a., 2007), dat uitgevoerd is in vijf ziekenhuizen in Nederland. In het onderzoek wordt nagegaan of de collaborative care aanpak effectief is in het verminderen van een depressie bij verschillende patiëntgroepen, te weten poliklinische patiënten met een hartaandoening, diabetes, COPD of een maag-darm-lever aandoening. Voor het onderzoek werd het collaborative care model aangepast aan de Nederlandse poliklinische ziekenhuissituatie. Samen met de consulent psychiater vormt de consultatief psychiatrisch verpleegkundige (CPV) het behandelteam. De daartoe getrainde CPV vervult de rol van *care manager*. De behandeling van de depressie begint met een intake gesprek door de CPV, waarbij de superviserend psychiater de patiënt psycho-educatie geeft en vaststelt in welke mate

85 Collaborative care: Depression Initiative in the Medical Setting.

86 De studie wordt geleid door onderzoekers van het Trimbos-instituut, het VU Medisch Centrum en de Universiteit van Tilburg.

de patiënt last heeft van depressieve klachten. De behandeling wordt vastgelegd in de vorm van 'contracting': een behandelplan opgesteld met patiënt, care manager en psychiater tezamen. Er wordt in ieder geval gestart met *problem solving treatment* (PST), een kortdurende behandeling waarbij de patiënt onder begeleiding van de CPV werkt aan het oplossen van dagelijkse problemen. Ook wordt altijd gebruik gemaakt van een zelfhulpwerkboek dat de patiënt doorwerkt, hierbij begeleid door de CPV. Daarnaast kan de patiënt kiezen voor behandeling met antidepressiva, die door de consulent psychiater worden voorgeschreven. Behandeling gebeurt stapsgewijs (*stepped care*) volgens een protocol. De depressieve klachten worden gemonitord - middels een online volgsysteem - en de behandeling wordt beëindigd wanneer de patiënt voldoende is opgeknapt. Indien dit niet het geval is, wordt de behandeling verlengd of geïntensiveerd.

Door middel van een trial wordt in het CC:DIM onderzoek nagegaan of het collaborative care model effectief is als behandeling voor depressie bij de poliklinische patiëntgroepen (Horn e.a., 2007). Ook zal de kosteneffectiviteit van het model bepaald worden. Daarnaast wordt een trainingsprotocol voor collaborative care en PST en een protocol voor een depressiebehandeling volgens het collaborative care model in de poliklinische ziekenhuissetting ontwikkeld.

Ten tijde van het schrijven van deze rapportage was de dataverzameling van het CC:DIM onderzoek afgerond en de effecten van de interventie geanalyseerd en beschreven, maar nog niet gepubliceerd (Van Steenbergen-Weijnenburg e.a., 2010).

3.6.2 Praktijk

Vernieuwende specifieke interventies

Zoals wordt aangegeven in tabel 19, is er een hulpaanbod vanuit de GGZ gevonden voor chronisch lichamelijke zieken.

Tabel 19 Praktijk: Vernieuwende specifieke interventies

Setting ^a	Kenmerken interventie
GGZ	<p><i>Naam:</i> Leven met een chronische ziekte</p> <p><i>Doelgroep:</i> Patiënten met een chronische lichamelijke ziekte en die daarnaast lichte tot matige depressieve en/of angstklachten hebben, of bang zijn deze te krijgen.</p> <p><i>Typering:</i> Groepscurcus waarin gebruik gemaakt wordt van technieken uit de cognitieve gedragstherapie, sociale vaardigheidstraining en ontspanningstechnieken.</p> <p><i>Effectonderzoek^b:</i> Ja.</p> <p><i>Uitvoerende locatie(s):</i> Verschillende GGZ-instellingen.</p>
	<p><i>Naam:</i> Somatiek en Psyche</p> <p><i>Doelgroep:</i> Patiënten met chronische lichamelijke klachten of aandoeningen waarbij psychische klachten ook een grote rol spelen.</p> <p><i>Typering:</i> Behandelprogramma dat een breed behandelaanbod biedt, bestaande uit verschillende behandelvormen, begeleiding, training, en lotgenotencontact.</p> <p><i>Effectonderzoek^b:</i> Onbekend.</p> <p><i>Uitvoerende locatie(s):</i> Vestigingen van PsyQ (±30). Het aanbod kan per vestiging verschillen.</p>
	<p><i>Naam:</i> n.v.t.</p> <p><i>Doelgroep:</i> Patiënten met een chronische of ernstige lichamelijke ziekte en die daarnaast psychische klachten hebben.</p> <p><i>Typering:</i> Behandelaanbod bestaande uit verschillende soorten cursussen en trainingen. Het aanbod is niet specifiek gericht op chronisch zieken.</p> <p><i>Effectonderzoek^b:</i> Onbekend.</p> <p><i>Uitvoerende locatie(s):</i> Vestigingen van Indigo. De meeste cursussen/trainingen wordt op 1 vestiging aangeboden.</p>
Anders/divers	<p><i>Naam:</i> BigMove GGZ-programma</p> <p><i>Doelgroep:</i> Patiënten met psychische aandoeningen in combinatie met chronische lichamelijke en/of sociale problematiek.</p> <p><i>Nadere typering:</i> Integrale aanpak van psychische, somatische als sociale problemen, waarbij cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering en groepsdynamiek basisonderdelen vormen.</p> <p><i>Effectonderzoek^b:</i> Nee.</p> <p><i>Uitvoerende locatie(s):</i> Het programma wordt in ±10 steden aangeboden, op verschillende locaties (o.a. wijkcentra, gezondheidscentra, paramedische en psychologenpraktijken).</p>

^a Setting waarin de interventie uitgevoerd wordt.

^b Hiermee wordt bedoeld of er wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd is naar de effecten van de interventie die in de praktijk aangeboden wordt.

Aanbod vanuit de GGZ

Cursus 'Leven met een chronische ziekte'

Verschillende geïntegreerde GGZ-instellingen bieden de groepscurcus 'Leven met een chronische ziekte' aan voor chronisch lichamelijke zieke patiënten die lichte tot matige depressieve en/of angstklachten hebben, of bang zijn hier in de nabije toekomst last van te krijgen (Cuijpers & Van Osch, 2009; Voordouw e.a., 2005). De cursus wordt doorgaans aangeboden door de afdelingen die laagdrempelige, kortdurende hulp verlenen.

Aanmelding voor de cursus gebeurt op verschillende manieren, zoals via verwijzing van de huisarts of praktijkondersteuner GGZ, of via de website van een GGZ-instelling.

De cursus 'Leven met een chronische ziekte' is grotendeels gebaseerd op de cursus 'Omgaan met depressie' (Cuijpers, 1995). In de cursus wordt uitgegaan van de gedachte dat mensen die een chronische ziekte krijgen of hebben, kunnen leren omgaan met de symptomen en gevolgen van hun ziekte en daarmee de kwaliteit van leven kunnen verbeteren (Cuijpers en Van Osch, 2009; Voordouw e.a., 2005). Er wordt gebruik gemaakt van technieken uit de cognitieve gedragstherapie, sociale vaardigheidstraining en van ontspanningstechnieken. Daarbij zijn de theorie, de voorbeelden en de concrete oefensituaties zoveel mogelijk afgestemd op mogelijke psychosociale reacties op het leven met een chronische ziekte. De cursus bestaat in de regel uit 10 wekelijkse bijeenkomsten van twee uur. Sommige GGZ-instellingen hebben nog een terugkombijeenkomst een paar maanden na afsluiting van de cursus. Eén GGZ-instelling biedt de cursus aan als een zelfhulpinterventie. De patiënt werk dan zelf het cursusboek door, waarbij hij of zij wekelijks of tweewekelijks telefonische begeleiding krijgt.

Er is beperkt wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd naar de effecten van de cursus 'Leven met een chronische ziekte'. Een kleine pilotstudie met een quasi-experimenteel design vond dat de cursus leidde tot een vermindering van depressieve symptomen (Cuijpers, 1998). Dit effect bleek te zijn behouden bij een meting twee maanden na afloop van de cursus. Daarnaast vond een studie met voor- en nameting dat deelnemers aan de cursus verbeterden wat betreft depressieve symptomen, lichamelijk functioneren en psychische gezondheid (Voordouw e.a., 2005). Opgemerkt dient te worden dat in dit onderzoek geen vergelijking gemaakt is met een controlegroep. Daarom kan niet zonder meer geconcludeerd worden dat de gevonden verbeteringen aan de cursus zijn toe te schrijven.

Door sommige gecontacteerde personen van GGZ-instellingen werd aangegeven dat de animo voor de cursus 'Leven met een chronische ziekte' beperkt is. Een genoemde mogelijke oorzaak is dat voor patiënten met een chronische somatische aandoening de drempel om naar een GGZ-instelling te gaan te hoog kan liggen. Ook was er bij één instelling veel uitval tijdens de cursus. Samenwerkingsverbanden tussen GGZ-instellingen en bijvoorbeeld thuiszorgorganisatie en andere op somatiek georiënteerde instellingen lijken meer succes op te leveren wat betreft aanmeldingen. Verder werd opgemerkt dat patiënten vaak hulp zoeken via hun patiëntenvereniging. Dit zou een mogelijkheid kunnen zijn om meer bekendheid te geven aan de cursus.

Aanbod van verschillende interventies

De franchiseorganisaties PsyQ en Indigo hebben een aanbod van verschillende interventies voor psychische problemen bij patiënten met een chronische lichamelijke ziekte. PsyQ is een samenwerkingsverband van een viertal GGZ-instellingen⁸⁷, en heeft circa 30 vestigingen verspreid over Nederland. PsyQ heeft negen specialistische behandelprogramma's gericht op de meest voorkomende psychische problemen. Eén van deze

87 Lentis, Mondriaan, Parnassio Bavo groep en RiaggZuid.

programma's - Somatiek & Psyche - is specifiek bedoeld voor patiënten met een combinatie van lichamelijke en psychische klachten. Het kan daarbij gaan om patiënten met een chronische lichamelijke ziekte die daarnaast psychische klachten hebben, of om patiënten met onverklaarde of onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Het hulpaanbod is breed en bestaat onder meer uit patiënteducatie, psychosociale begeleiding, psychotherapie, medicamenteuze behandeling, leefstijltraining, ontspanningstraining en lotgenotencontact⁸⁸. Daarnaast zijn er groepsbehandelingen die met name gericht zijn op (ex-)kankerpatiënten of hun partners. Een 'generieke' groepsbehandeling, *mindfulness*-training, is bedoeld voor patiënten met lichamelijke en/of psychische klachten. Behandelaren binnen het behandelprogramma Somatiek & Psyche hebben zich gespecialiseerd in de behandeling van mensen met lichamelijke klachten of aandoeningen. Het behandel aanbod kan per PsyQ-vestiging verschillen, niet alle interventies worden op elke vestiging aangeboden. Lokaal zijn er initiatieven waarbij er samengewerkt wordt met een ziekenhuis.

Indigo - een samenwerkingsverband tussen zes GGZ-instellingen⁸⁹ - biedt generalistische, kortdurende zorg voor psychische problemen. Verschillende cursussen en trainingen worden ook aangeboden aan patiënten met een chronische of ernstige lichamelijke ziekte. Het algemene doel hierbij is om hen beter te leren omgaan met de lichamelijke en psychische gevolgen van de lichamelijke ziekte. Voorbeelden zijn begeleidde zelfhulp voor depressieve klachten, *mindfulness*-trainingen, runningtherapie en een cursus gericht op het leren omgaan met piekeren⁹⁰. De meeste cursussen en trainingen worden op één Indigo-vestiging aangeboden, enkele op meerdere locaties.

BigMove GGZ-programma

Het BigMove GGZ-programma is ontwikkeld door het Bigmove Institute, een zelfstandige, gespecialiseerde GGZ-instelling. Het programma richt zich op volwassen patiënten met psychische aandoeningen die daarnaast chronische lichamelijke aandoeningen/klachten en/of sociale problematiek hebben. In het programma wordt uitgegaan van de problemen die de patiënten in hun functioneren ervaren. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de ICF⁹¹, een classificatiesysteem voor het beschrijven van het functioneren van mensen inclusief factoren die op dat functioneren van invloed zijn. Het programma beoogt door een integrale aanpak de functionele capaciteit van patiënten te vergroten, zodat de psychische, lichamelijke en sociale problemen verminderen. Cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering en groepsdynamiek zijn basisonderdelen van de aanpak. Er zijn verschillende zorgverleners betrokken bij de uitvoer van het programma van 26 weken. Een daartoe getrainde 'BigMove-psycholoog'⁹² is de hoofdbehandelaar en leidt individuele sessies cognitieve gedragstherapie. Groepsessies gericht op kennis,

88 <http://www.psyq.nl/Programma/Somatiek-en-Psyche/behandeling-somatiek>

89 Altrecht, Emergis, GGZ-Drenthe, GGZ Centraal/Meerkanten, Parnassia Bavo Groep en Pro Persona/De Gelderse Roos.

90 <http://212.79.224.55/volwassenen/hulpaanbod/hulpaanbod/i/m30/Psychischeklachtennalichamelijkeziekte>

91 International Classification of Functioning, Disability and Health.

92 Dit kan een psychiater, klinisch psycholoog, GZ-psycholoog of psychotherapeut zijn.

kunde en motivatie rondom gezondheid worden geleid door twee getrainde 'BigMove-begeleiders' (paramedici, doorgaans fysiotherapeuten). De BigMove-begeleiders geven ook individuele coaching aan patiënten ten aanzien van functies, activiteiten, en het bereiken van doelen. De huisarts bewaakt de lichamelijke belastbaarheid en stemt de lopende medische zorg en medicatie af. Het BigMove GGZ-programma wordt in circa 10 steden in het westen en midden van Nederland uitgevoerd. De groepsbijeenkomsten vinden plaats in de leefomgeving, zoals een gezondheidscentrum, buurthuis, paramedische praktijk of zwembad. Individuele sessies gebeuren in gezondheidscentra, paramedische en psychologen-praktijken. Het Bigmove Institute streeft ernaar het BigMove GGZ-programma landelijk te verspreiden. Er is geen wetenschappelijk effectonderzoek uitgevoerd naar het programma.

Zorgverlenerondersteunende interventie

Zoals weergegeven in onderstaande tabel, wordt de INTERMED-methode in de praktijk toegepast.

Tabel 20 Praktijk: zorgverlenerondersteunende interventie

Setting ^a	Kenmerken interventie
Ziekenhuis ^b	<p><i>Naam:</i> INTERMED-methode</p> <p><i>Doelgroep:</i> 'Complexe' patiënten. Hieronder vallen o.a. patiënten met meer dan één chronische ziekte, inclusief psychische.</p> <p><i>Nadere typering:</i> De methode omvat een instrument (de INTERMED) voor het inventariseren van de zorgcomplexiteit van patiënten. Daarbij biedt het beslissingsondersteuning voor zorgverleners en structuur voor interdisciplinaire samenwerking en communicatie.</p> <p><i>Effectonderzoek^c:</i> Ja.</p> <p><i>Uitvoerende locatie(s):</i> UMCG (afdeling Interne Geneeskunde), VUmc (afdeling Neurologie), revalidatiecentrum Reade, buitenpolikliniek van de afdeling revalidatie van het AMC en de Hogeschool van Amsterdam.</p>

^a Setting waarin de interventie uitgevoerd wordt.

^b Ziekenhuis: algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis, of universitair medisch centrum.

^c Hiermee wordt bedoeld of er wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd is naar de effecten van de interventie die in de praktijk aangeboden wordt.

INTERMED-methode

Chronische ziekten - inclusief psychische - komen vaak samen voor. Vooral bij patiënten van 55 jaar of ouder is er veelvuldig sprake van twee of meer chronische aandoeningen, ofwel multimorbiditeit (Van Oostrom e.a., 2011). De omvang van de groep patiënten met multimorbiditeit zal verder toenemen als gevolg van de vergrijzing van de bevolking en een verbeterde overleving (Van Oostrom e.a., 2011). Het hebben van meerdere chronische aandoeningen zal de zorg doorgaans complexer maken omdat er veel verschillende zorgverleners betrokken zijn en/of verschillende behandelingen ingezet moeten worden (Westert e.a., 2001). Dit kan tegenstrijdige behandelingen of

adviezen tot gevolg hebben, en leiden tot negatieve zorguitkomsten (Boyd e.a., 2005; Van Weel & Schellevis, 2006). De INTERMED-methode⁹³ is erop gericht om 'complexe' patiënten, zoals patiënten met multimorbiditeit, geïntegreerde multidisciplinaire zorg te kunnen bieden (Huyse e.a., 2010).

De INTERMED-methode gaat uit van het biopsychosociaal model en omvat een instrument (de INTERMED) waarmee de mate van zorgcomplexiteit van een patiënt in kaart wordt gebracht (Huyse e.a., 2010; Huyse, 2010). De INTERMED inventariseert de zorgrisico's van een patiënt met betrekking tot vier domeinen: lichamelijke toestand, psychisch functioneren, sociale omstandigheden, en de uitvoering van de zorgverlening. De vier domeinen zijn onderverdeeld op een tijdsas: voorgeschiedenis, huidige toestand en prognose. Hierdoor ontstaat een matrix van 12 cellen waarin de verzamelde informatie wordt geordend en gescoord. Alle afzonderlijke variabelen worden gescoord aan de hand van 'klinische ankerpunten' op een 4-puntsschaal: geen risico, geen actie; licht risico, monitoring of preventieve maatregelen; matig risico, behandeling noodzakelijk; en ernstig risico, onmiddellijke of intensieve behandeling. De gescoorde risico's worden gevisualiseerd met de kleuren van een verkeerslicht. Het resultaat is een overzichtelijk en volledig risicoprofiel van de patiënt waarin tevens de mate van noodzaak tot vervolgacties aangegeven wordt. Aldus biedt de INTERMED-methode ondersteuning bij de klinische besluitvorming. Op basis van het risicoprofiel kan een integraal behandelplan opgesteld worden, waarbij zorgverleners uit verschillende disciplines betrokken kunnen worden. Omdat de INTERMED-methode er voor zorgt dat iedere betrokken zorgverlener beschikt over dezelfde uitgangspunten voor een behandelplan, wordt de communicatie en samenwerking tussen verschillende disciplines vergemakkelijkt.

De benodigde gegevens voor het scoren van de variabelen, worden verzameld aan de hand van een interview. Dit interview is opgesteld als een gestandaardiseerde medische anamnese en kan door een arts, verpleegkundige of psycholoog in 15 tot 20 minuten worden uitgevoerd. De verzamelde informatie wordt in de computer gedocumenteerd en gescoord.

De betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid van de INTERMED-methode is vastgesteld in verschillende onderzoeken (o.a. De Jonge e.a., 2002; De Jonge e.a., 2001; Stiefel e.a., 1999). De effecten van de INTERMED-methode zijn tot nog toe in een aantal studies onderzocht, met wisselende resultaten (Stiefel e.a., 2008; Latour e.a., 2006; De Jonge e.a., 2003).

In een trial die werd uitgevoerd in een ziekenhuis in Zwitserland werd gekeken naar de effecten van het aanbieden van een *multifaceted* psychiatrische interventie aan patiënten met diabetes of reumatoïde artritis die met behulp van de INTERMED-methode als complexe patiënten aangemerkt waren (Stiefel e.a., 2008). Meer dan de helft van de complexe patiënten bleek aan het begin van de studie een depressieve stoornis te hebben. Voor de meerderheid van de patiënten bestond de interventie uit een behandeling uitgevoerd door een psychiatrisch verpleegkundige en/of verwijzing naar de psychiater, gevolgd door een psychiatrisch advies aan de behandelend arts of

93 INTERMED staat voor **int**egral, **inter**disciplinair en **med**isch (Huyse e.a., 2010).

een multidisciplinaire patiëntbespreking. Gevonden werd dat de interventie leidde tot een vermindering van de prevalentie van depressieve stoornis, een vermindering van depressieve symptomen en een verbetering van de kwaliteit van leven (zowel lichamelijk als emotioneel) (Stiefel e.a., 2008).

In een trial uitgevoerd in Nederland werd gekeken naar het effect van casemanagement bij patiënten die net ontslagen waren uit het ziekenhuis (Latour e.a., 2006). Kort na ziekenhuisontslag werd de complexiteit van de patiënt door een getrainde gespecialiseerde verpleegkundige (de casemanager) in kaart gebracht met de INTERMED-methode. Op basis hiervan werd een individueel zorgplan voor thuis opgesteld, in samenspraak met een medisch supervisor, de patiënt, de huisarts en eventuele andere betrokken zorgverleners. De zorg kon bestaan uit psychosociale ondersteuning, coördinatie en afstemming tussen zorgverleners, leefstijladviezen, aandacht voor therapietrouw, en bevorderen van zelfmanagement. De casemanager bezoekt de patiënt regelmatig thuis - ten minste eens in de 2 maanden - gedurende het half jaar dat de interventie duurde. Uit de analyses bleek dat casemanagement geen effect had op de verschillende onderzochte uitkomstmaten, waaronder het psychologisch functioneren en kwaliteit van leven, en het aantal heropnames.

Tot slot, werden in een eerdere studie aanwijzingen gevonden dat het coördineren van zorg volgens de INTERMED-methode de opnameduur in het ziekenhuis van oudere complexe patiënten kan doen verminderen (De Jonge e.a., 2003).

In principe zou de INTERMED-methode gebruikt kunnen worden bij volwassenen in de eerste-, tweede-, of derdelijnszorg (Huyse, 2010). De methode wordt momenteel op verschillende plekken in de reguliere praktijk toegepast: bij de afdeling Interne Geneeskunde van het UMCG, bij de afdeling Neurologie van het VUmc (een ICT-aangepaste versie) en binnen het revalidatiecentrum Reade. De recent opgezette buitenpolikliniek van de afdeling revalidatie van het AMC en de Hogeschool van Amsterdam gebruikt de INTERMED-methode om de zorgcomplexiteit in kaart te brengen van patiënten die een acuut coronair syndroom hebben doorgemaakt en in aanmerking komen voor intensieve secundaire preventie. Op basis daarvan krijgen zij een op maat gesneden programma aangeboden.

3.7 Samenvatting en beschouwing

In de voorgaande paragrafen zijn de resultaten van de inventarisatie naar interventies apart besproken voor achtereenvolgens coronaire hartziekte, diabetes type 2, COPD en chronische lichamelijke ziekte in het algemeen. In deze afsluitende paragraaf worden de bevindingen in onderlinge samenhang samengevat en beschouwd om een beeld te krijgen van interventies die momenteel onderzocht, geïmplementeerd of reeds in de praktijk aangeboden worden en die bijdragen aan een betere inbedding van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijk zieken. Ook worden aanbevelingen geformuleerd. Alvorens dit te doen, zal worden ingegaan op de kracht en de beperkingen van de inventarisatie.

3.7.1 Kracht en beperkingen van de inventarisatie

Een sterk punt van de inventarisatie is dat er vooraf niet geselecteerd is op bepaalde typen interventies. Hierdoor wordt een beeld verkregen van ontwikkelingen op het gebied van vernieuwende specifieke interventies, zorgverlenerondersteunende interventies en organisatorische interventies. Verder is zowel gekeken naar interventies die wetenschappelijk onderzocht worden als naar interventies die in de praktijk geïmplementeerd worden, of die reeds in de praktijk aangeboden worden.

Een beperking is dat de inventarisatie in een aantal opzichten afgebakend was. Zo is er gefocust op interventies die uitgevoerd worden in - of verlopen via - de huisartsenpraktijk, de ziekenhuissetting of de GGZ. Dit heeft tot gevolg dat mogelijk relevante interventies die uitgevoerd worden in andere settings, zoals de thuiszorg, niet opgenomen zijn in de inventarisatie. Een andere afbakening is dat interventies die specifiek gericht zijn op kinderen of ouderen (65 jaar of ouder) niet meegenomen zijn. Dit kan ertoe geleid hebben dat relevante interventies gemist zijn.

Er zijn verschillende, elkaar aanvullende zoekstrategieën toegepast om interventies te identificeren. Naast het doorzoeken van diverse databronnen, zijn verschillende organisaties, expertgroepen en experts geraadpleegd. Aangezien wetenschappelijk onderzoek over het algemeen completer geregistreerd zal zijn in de doorzochte databronnen, is het aannemelijk dat onze inventarisatie meer volledig is wat betreft interventies waarvan de effecten wetenschappelijk onderzocht worden, dan wat betreft interventies die geïmplementeerd worden en interventies die in de praktijk aangeboden worden. Er is geen systematische zoektocht ondernomen in de ziekenhuissetting en huisartsenpraktijk. Wat betreft de GGZ, zijn de websites van de grote, geïntegreerde GGZ-instellingen doorzocht. Gegeven de toegepaste zoekstrategieën lijkt het aannemelijk dat gemiste relevante interventies met name interventies zullen betreffen die op kleine schaal lokaal of regionaal geïmplementeerd worden of in de praktijk aangeboden worden.

3.7.2 Samenvatting van bevindingen

Onderzoek

Onderzoek naar vernieuwende specifieke interventies

Momenteel worden bij patiënten met (coronaire) hartziekte, diabetes (type 2) of COPD diverse studies uitgevoerd naar de effecten van vernieuwende specifieke interventies die het psychosociale behandelaanbod vergroten.

Er zijn vijf lopende effectstudies gevonden naar psychologische interventies gericht op het verbeteren van het psychosociaal welbevinden. De studies zijn gericht op verschillende groepen ziekenhuispatiënten: poliklinische patiënten met een doorgemaakt hartinfarct en depressie, opgenomen hartpatiënten die een implanteerbare cardioverter defibrillator (ICD) geïmplanteerd krijgen, poliklinische/opgenomen COPD-patiënten, en poliklinische diabetespatiënten met laag emotioneel welbevinden of milde depressieve klachten. Daarbij valt op dat de effectiviteit van *mindfulness* interventies relatief vaak onderzocht wordt. Dit gebeurt in drie verschillende studies bij poliklinische diabetespa-

tiënten of patiënten met een doorgemaakt hartinfarct. Eén onderzochte psychologische interventie (bij ICD-patiënten) wordt via het internet aangeboden.

Daarnaast werden vijf lopende effectstudies gevonden naar interventies gericht op het ondersteunen van zelfmanagement. Bij alle zelfmanagementinterventies ligt de focus op psychosociale aspecten, zoals het versterken van sociale steun, het verbeteren van proactieve copingvaardigheden en het veranderen van ziekteopvatting. Het is opvallend dat alle gevonden zelfmanagementinterventies onderzocht worden bij patiënten met diabetes type 2. Wel richten de interventies zich op verschillende subgroepen van patiënten met diabetes type 2: recent gediagnosticeerde patiënten, patiënten met een lage SES en suboptimale glykemische controle, en patiënten met complicaties. Afgezien van één interventie, betreffen het nieuw ontwikkelde interventies. Ze worden uitgevoerd in de eerstelijns setting, op een laagdrempelige locatie (bv. een buurthuis) of bij patiënten thuis.

Onderzoek naar organisatorische interventies

Er zijn een aantal lopende studies gevonden naar de (kosten-)effectiviteit van interventies gericht op het veranderen van de structuur of het proces van zorgverlening en die bijdragen aan een betere integratie van psychosociale zorg in de zorg voor chronisch lichamelijk zieken. De organisatorische interventies hebben een verschillende insteek.

Twee van de onderzochte organisatorische interventies zijn specifiek gericht op het verbeteren van de zorg voor psychosociale problemen bij chronisch lichamelijk zieken. Daarbij focust een interventie zich op de eerstelijnszorg voor bijkomende depressieve problemen en/of angstproblemen bij patiënten met diabetes, astma en/of COPD; de andere interventie richt zich op de zorg in de poliklinische ziekenhuissetting voor depressie bij patiënten met een hartaandoening, diabetes, COPD of een maag-darm-lever aandoening. Kenmerken van beide interventies zijn onder meer een stapsgewijze en geprotocolleerde behandeling, het monitoren van behandeluitkomsten en multidisciplinaire samenwerking. De onderzochte interventie in de ziekenhuissetting is gebaseerd op het *collaborative care* model, waarmee in de VS veelbelovende resultaten zijn bereikt bij de behandeling van depressie bij chronische lichamelijke zieke patiënten.

In twee andere gevonden studies worden organisatorische interventies onderzocht die een breder doel hebben. In een studie wordt de effectiviteit van een ICT-ondersteunde, geïntegreerde en multidisciplinaire behandeling van COPD in de eerste lijn onderzocht. Als onderdeel van de interventie wordt praktijkondersteuners ook geleerd alert te zijn op de aanwezigheid van psychosociale problemen en hierop actie te ondernemen. In de andere studie wordt beoogd de eerstelijnszorg te verbeteren voor complexe patiënten met diabetes type 2 die daarnaast andere chronische ziekten hebben, waaronder depressie. Onderzocht wordt of het toevoegen van een geïndividualiseerd zorgprogramma ('case-management') aan een diabetesspecifiek zorgprogramma voor hen een meerwaarde heeft. Het uitgangspunt van het casemanagement programma wordt gevormd door een uitgebreide inventarisatie van de gezondheidstoestand van de patiënt, en het - in samenspraak met de patiënt - opstellen van een individueel zorgplan. De interventie is vormgegeven op basis van het in de VS ontwikkelde *guided care* model.

Implementatie

Implementatie van vernieuwende specifieke interventies

Er lopen verschillende projecten gericht op de implementatie van vernieuwende interventies in de reguliere zorgpraktijk. De interventies zijn 'bewezen effectief', wat wil zeggen dat wetenschappelijk onderzoek in Nederland of in het buitenland heeft aangetoond dat de interventies gunstige effecten hebben op psychosociale uitkomsten. Implementatie vindt doorgaans lokaal of regionaal plaats.

Het gaat in dit kader om implementatie van interventies die specifiek gericht zijn op psychosociale problematiek bij patiënten met coronaire hartziekte, diabetes type 2 of COPD. Voorbeelden zijn: de inbedding in de ziekenhuiszorg van een zelfmanagement-interventie voor hartpatiënten in de chronische (postrevalidatie-) fase die last hebben van milde psychosociale problemen; de inbedding in de eerstelijnszorg van een zelfmanagementinterventie voor patiënten met diabetes type 2 en psychosociale problemen; en de inbedding in de eerstelijnszorg van de internetinterventie 'Diabetergestemd.nl' voor diabetespatiënten die last hebben van somberheidsklachten. De implementatie omvat ook het gebruik van praktische methoden voor het signaleren van psychosociale problemen om zodoende patiënten toe te leiden naar een interventie. Hierbij wordt doorgaans gebruik gemaakt van korte vragenlijsten, screeningsinstrumenten. In sommige gevallen gebeurt signalering 'trapsgewijs': bijvoorbeeld door tijdens elk diabetesconsult te vragen naar ervaren problemen in het dagelijks leven op het psychosociale vlak; en indien ja, het afnemen van een kort screeningsinstrument; en indien een verhoogde score, het afnemen van een uitgebreidere vragenlijst (zie ook: Van Eijk & Terluin, 2010).

Andersoortige interventies die geïmplementeerd worden betreffen interventies gericht op het ondersteunen van zelfmanagement die duidelijke aandacht hebben voor psychosociale aspecten. Het betreffen interventies gericht op het versterken van zelfmanagementvaardigheden van patiënten met diabetes type 2 (het groepseducatieprogramma PRISMA) en van patiënten met COPD (het programma 'Living well with COPD'). Beide interventies zijn bewerkingen van bewezen effectieve buitenlandse interventies. In Nederland is tevens effectonderzoek verricht naar 'Living well with COPD' in de eerste lijn; resultaten waren ten tijde van het schrijven van deze rapportage nog niet gepubliceerd. Nederlands effectonderzoek naar PRISMA is gestart.

Implementatie van zorgverlenerondersteunende interventies

In andere projecten worden methodes geïmplementeerd die zorgverleners ondersteuning bieden bij het verlenen van psychosociale zorg aan chronisch lichamelijk zieken. Implementatie gebeurt meestal op bescheiden schaal.

Sommige methodes richten zich daarbij specifiek op psychosociale problemen. Er werd een lopend project ('Hart voor uw hart') gevonden waarin geprobeerd wordt om de herkenning van psychosociale problemen bij hartpatiënten te verbeteren. Dit gebeurt door standaard screening op psychosociale problemen bij hartpatiënten te implementeren in de reguliere praktijk van een ziekenhuis. Screening gebeurt gecom-

puteriseerd en is gekoppeld aan het ziekenhuisinformatiesysteem. Niet alleen patiënten die in aanmerking komen voor hartrevalidatie worden gescreend, maar ook patiënten in de chronische (postrevalidatie-) fase (tijdens polibezoek).

Andere methodes hebben een bredere insteek. Een voorbeeld is de NCSI-methode. De methode omvat een instrument voor het geautomatiseerd meten van de vier domeinen van de integrale gezondheidstoestand van een chronische longpatiënt: fysiologische stoornis, klachten, functionele beperkingen en kwaliteit van leven. Meetresultaten worden door de zorgverlener met de patiënt besproken, gezamenlijk worden behandeldoelen geformuleerd, en de patiënt wordt gemotiveerd tot gedragsverandering. Als follow-up vindt monitoring plaats. De NCSI-methode wordt momenteel op een aantal locaties in de huisartsensetting geïmplementeerd. Een ander voorbeeld is een lopend project (CARDSS-II) dat gericht is op de implementatie van geldende richtlijnen voor hartrevalidatie. Dit gebeurt door elektronische beslissingsondersteuning in te bedden in bestaande werkprocessen van hartrevalidatiecentra, gecombineerd met bezoek door een implementatiedeskundige en periodieke feedback op basis van interne kwaliteitsindicatoren. De elektronische beslissingsondersteuning biedt begeleiding bij de indicatiestelling voor hartrevalidatie en sluit aan bij de recent herziene Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie (Revalidatiecommissie NVVC/NHS en projectgroep PAAHR, 2011). Deze richtlijn is specifiek herzien en uitgebreid wat betreft het psychisch en sociaal functioneren van hartpatiënten. Eerder effectonderzoek heeft aangetoond dat elektronische beslissingsondersteuning effectief bijdraagt aan de implementatie van richtlijnen voor hartrevalidatie.

Praktijk

Vernieuwende specifieke interventies

Interventieaanbod vanuit de GGZ

Er is een hulpaanbod vanuit de GGZ gevonden gericht op chronisch lichamelijk zieken. Het betreft doorgaans groepscursussen. Verschillende grote, geïntegreerde GGZ-instellingen bieden de groepscursus 'Leven met een chronische ziekte' aan, meestal vanuit de afdelingen die laagdrempelige, kortdurende hulp verlenen. Het beperkte effectonderzoek naar deze cursus heeft aanwijzingen gevonden voor mogelijk gunstige effecten. Lokaal worden groepscursussen uitgevoerd die specifiek gericht zijn op diabetespatiënten. De groepscursus 'Goed voelen met diabetes' is grotendeels gebaseerd op 'Leven met een chronische ziekte' en wordt in het Flevoziekenhuis aangeboden in samenwerking met GGZ Centraal. Context (Parnassia Bavo groep) biedt de groepstraining 'Voel je beter met diabetes' aan, waarin gezondheidsvoorlichting gecombineerd wordt met beweging. Er is nog geen effectonderzoek naar deze interventie verricht. Het BigMove Institute, een zelfstandige, gespecialiseerde GGZ-instelling, heeft een intensief behandelprogramma ontwikkeld voor volwassenen met psychische stoornissen die daarnaast chronische lichamelijke aandoeningen klachten en/of sociale problematiek hebben. Dit BigMove GGZ-programma beoogt door een integrale aanpak de functionele capaciteit van patiënten te vergroten, zodat de psychische, lichamelijke

en sociale problemen verminderen. Het wordt in circa 10 steden in het westen en midden van Nederland aangeboden. De effecten van het programma zijn nog niet wetenschappelijk onderzocht. De franchise-organisaties PsyQ en Indigo hebben een aanbod van verschillende interventies voor chronisch lichamelijk zieke patiënten. PsyQ - een samenwerkingsverband van een viertal GGZ-instellingen met circa 30 vestigingen verspreid over Nederland – biedt binnen het behandelprogramma Somatiek & Psyche een verscheidenheid aan interventies (op individuele of groepsbasis), waarvan een deel specifiek bedoeld is voor patiënten met diabetes. Soms wordt samengewerkt met een ziekenhuis. Ook Indigo - een samenwerkingsverband tussen zes GGZ-instellingen met vestigingen in zeven regio's - biedt verschillende (veelal groeps-) interventies aan voor patiënten met een chronische of ernstige lichamelijke aandoening. Opgemerkt dient te worden dat het beschikbare behandel aanbod van zowel PsyQ als Indigo per vestiging kan verschillen. Verder is het onduidelijk in hoeverre de effectiviteit van de aangeboden interventies bij chronisch lichamelijk zieken wetenschappelijk is aangetoond.

Interventies gericht op het versterken van zelfmanagement

Verschiedende gevonden interventies die lokaal of regionaal in de praktijk worden aangeboden zijn gericht zijn op het versterken van zelfmanagement van patiënten met diabetes (of specifiek diabetes type 2) of een chronische longaandoening (of specifiek COPD). Binnen de interventies wordt duidelijk aandacht besteed aan psychosociale aspecten. De gevonden interventies verschillen wat betreft type, doelgroep, intensiteit en setting waarin ze aangeboden worden. Het gaat om maandelijks bijeenkomsten voor chronische longpatiënten op laagdrempelige locaties ('Samen wijzer worden' en 'Longpunt'; beide initiatieven vanuit het Astmafonds); groepscurssussen die plaatsvinden op laagdrempelige locaties (de cursus 'Leven met diabetes' voor diabetespatiënten; een initiatief vanuit de Diabetes Vereniging Nederland), in de eerstelijnszorg (het groepseducatieprogramma PRISMA voor patiënten met diabetes type 2; de cursus 'Leren leven met COPD' voor patiënten met COPD) of in de ziekenhuissetting (wederom PRISMA voor patiënten met diabetes type 2). Daarnaast bestaat er voor patiënten met diabetes type 2 ook de interactieve educatieve website DIEP. Middels de training DIEP@work worden eerstelijns zorgverleners getraind om met DIEP educatie aan patiënten te kunnen verzorgen. Medio 2011 kende DIEP bijna 100.000 unieke bezoekers, en hebben ongeveer 300 zorgverleners de training DIEP@work gevolgd. Wat betreft bovengenoemde interventies zijn alleen effectstudies uitgevoerd naar PRISMA⁹⁴ en DIEP. Deze studies lieten gunstige effecten zien.

Naast bovengenoemde interventies, wordt er door het Centrum voor Revalidatie van het UMCG ook een zelfmanagementinterventie aangeboden die specifiek gericht is op diabetespatiënten met een verminderde glycemische controle en/of psychosociale problemen. Het betreft een multidisciplinair en intensief diabetes educatieprogramma (MIEP) dat ontwikkeld is voor de tweede- of derdelijns diabeteszorg. Uitgevoerde effectstudies naar MIEP hebben gunstige effecten aangetoond.

94 Dit betreft effectonderzoek naar het Engelse DESMOND programma, waarop PRISMA gebaseerd is.

Zorgverlenerondersteunende interventies

Er zijn een aantal methodes gevonden die zorgverleners ondersteunen bij het verlenen van psychosociale zorg voor chronisch lichamelijk zieken. De methodes worden doorgaans op een beperkt aantal locaties in de praktijk toegepast.

Sommige methodes richten zich specifiek op psychosociale problemen. Het Diabetescentrum van het VUmc monitort bijvoorbeeld als onderdeel van de diabeteszorg het welbevinden van diabetespatiënten om onvervulde zorgbehoeften ten aanzien van psychosociale problemen te herkennen en te bespreken. Het monitoren gebeurt door het geautomatiseerd afnemen van korte vragenlijsten. Meetresultaten worden door een diabetesverpleegkundige met de patiënt besproken waarna, indien nodig, een vervolgactie ondernomen wordt. Effectonderzoek naar de monitoring-procedure heeft gunstige resultaten laten zien.

Andere methodes hebben een bredere insteek. De eerder besproken NCSI-methode wordt in de praktijk toegepast door verschillende poliklinieken Longziekten en longrevalidatiecentra. De methode omvat een instrument (het NCSI) voor het geautomatiseerd meten van de vier domeinen van de integrale gezondheidstoestand: fysiologische stoornis, klachten, functionele beperkingen en kwaliteit van leven. Meetresultaten worden door een longverpleegkundige met de chronische longpatiënt besproken, gezamenlijk worden behandeldoelen geformuleerd, en de patiënt wordt gemotiveerd tot gedragsverandering. Als follow-up wordt de integrale gezondheidstoestand gemonitord met een kort instrument (de NCSI-monitor). Er is effectonderzoek uitgevoerd naar de NCSI-methode; resultaten waren ten tijde van het schrijven van deze rapportage nog niet gepubliceerd.

Een andere methode, de INTERMED-methode, is erop gericht om complexe patiënten – zoals patiënten met meerdere chronische aandoeningen, inclusief psychische – geïntegreerde, multidisciplinaire zorg te bieden. De methode omvat een instrument (de INTERMED) voor het meten van de zorgcomplexiteit van patiënten. Dit gebeurt via het inventariseren van zorgrisico's - in het verleden, in het heden en in de toekomst – op het gebied van vier verschillende domeinen: het lichamelijk, psychisch, en sociaal functioneren en de uitvoering van de zorgverlening. Op basis van het resulterende risicoprofiel kan een integraal behandelplan opgesteld worden, waarbij zorgverleners uit verschillende disciplines betrokken kunnen zijn. De INTERMED-methode wordt in de praktijk op een aantal locaties toegepast in de ziekenhuiszorg (tweede en derde lijn) bij verschillende patiëntengroepen. Er zijn een aantal effectstudies uitgevoerd waarin gebruik gemaakt wordt van de methode om integrale zorg aan complexe patiënten te organiseren. Resultaten zijn wisselend. Vergelijkingen tussen de studies zijn lastig te maken omdat ze uitgevoerd zijn in verschillende settings en bij verschillende patiëntenpopulaties.

Organisatorische interventies

Er werden twee gespecialiseerde poliklinieken gevonden. Medio 2011 is het VUmc gestart met de polikliniek Diabetes mentaal, speciaal gericht op psychische problemen bij diabetes. De polikliniek biedt diagnostiek en een breed behandelaanbod, en werkt daarbij nauw samen met het Diabetescentrum van het VUmc en de GGZ-instelling

GGZ inGeest, partner van het VUmc. De polikliniek Diabetes mentaal wordt gedurende twee jaar uitvoerig geëvalueerd, ook vanuit het kostenperspectief. In die zin kan de polikliniek ook beschouwd worden als een implementatieproject. Ook het Regionaal Psychiatrisch Centrum Woerden (RPCW) – een samenwerkingsverband tussen de GGZ-instelling Altrecht en het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis – heeft een polikliniek gericht op diabetespatiënten met psychische problemen, de poli DM & Psyche.

3.7.3 Beschouwing

Het beeld dat uit de inventarisatie van interventies naar voren komt is dat er in Nederland op het gebied van onderzoek, implementatie en praktijk allerlei ontwikkelingen gaande zijn die bijdragen aan een betere integratie van psychosociale en somatische zorg. Zo worden er diverse vernieuwende specifieke interventies ontwikkeld en wetenschappelijk onderzocht op effectiviteit, geïmplementeerd in de praktijk, of reeds in de praktijk aangeboden. Deze interventies vergroten het beschikbare psychosociale behandelaanbod voor patiënten met coronaire hartziekte, diabetes type 2 of COPD. Het betreffen relatief vaak interventies gericht op het versterken van zelfmanagement, die duidelijke aandacht hebben voor psychosociale aspecten. Vanuit de GGZ begint een hulpaanbod voor chronisch lichamelijk zieken te ontstaan, veelal groepscursussen. Daarnaast worden diverse methodes geïmplementeerd of reeds aangeboden in de praktijk die zorgverleners ondersteunen bij het bieden van psychosociale zorg aan chronisch lichamelijk zieken. Verder vindt er onderzoek plaats naar de (kosten-)effectiviteit van verschillende organisatorische interventies gericht op het veranderen van de structuur of het proces van zorgverlening en die bijdragen aan een betere integratie van psychosociale zorg in de zorg voor chronisch lichamelijk zieken. Tot slot, bestaan er in de praktijk poliklinieken speciaal gericht op psychosociale problemen bij diabetespatiënten.

Uit de inventarisatie komen verder een aantal zaken naar voren:

Variëteit aan benaderingen

Alle typen interventies - vernieuwende specifieke interventies, zorgverlenerondersteunende interventies, en organisatorische interventies – worden gekenmerkt door een variëteit aan benaderingen. Een belangrijk onderscheid dat gemaakt kan worden is of een interventie zich specifiek richt op psychosociale problemen, of dat een interventie een bredere benadering heeft. De diversiteit aan benaderingen maakt het lastig om *best practices* te onderscheiden.

Beschikbaarheid interventies verschilt soms tussen ziektebeelden

De beschikbaarheid van interventies verschilt soms tussen de drie onderzochte lichamelijke ziektebeelden. Voor patiënten met diabetes type 2 worden bijvoorbeeld diverse zelfmanagementinterventies met duidelijke aandacht voor psychosociale aspecten onderzocht, geïmplementeerd, en in de praktijk aangeboden; dit lijkt in mindere mate te gelden voor patiënten met coronaire hartziekte.

Interventies op bescheiden schaal geïmplementeerd of in praktijk aangeboden

Implementatie van bewezen effectieve interventies vindt in het algemeen op bescheiden schaal op lokaal of regionaal niveau plaats. Bewezen effectieve interventies worden in de praktijk doorgaans op een beperkt aantal locaties aangeboden of toegepast.

Lacunes

Weinig e-mental health interventies

Er werden opvallend weinig e-mental health interventies gevonden. Geïdentificeerd werden: een psychologische internetinterventie (WEBCARE) gericht op het verminderen van angst en zorgen bij hartpatiënten bij wie een implanteerbare cardioverter defibrillator (ICD) geïmplant wordt; de internetinterventie 'Diabetergestemd.nl' gericht op depressieve en/of diabetesspecifieke emotionele klachten bij diabetespatiënten; en de interactieve educatieve website DIEP gericht op het versterken van zelfmanagement van patiënten met diabetes type 2. Het aanbieden van een interventie via het internet heeft verschillende voordelen, waaronder een groot potentieel bereik, een laagdrempelige toegankelijkheid, het kunnen waarborgen van anonimiteit en het vermijden van het stigma rond het zoeken van hulp bij GGZ-zorgverleners (Pedersen e.a., 2009).

Beperkt zicht op (kosten-)effectiviteit van GGZ hulpaanbod

Zoals besproken begint er vanuit de GGZ een hulpaanbod voor chronische lichamelijke ziekten te ontstaan. Daarbij valt op dat er over het algemeen weinig tot geen wetenschappelijke evidentie beschikbaar is over de (kosten-)effectiviteit van de aangeboden interventies bij deze doelgroep. De effecten en doelmatigheid van de relatief veel aangeboden groepscursus 'Leven met een chronische ziekte' (Cuijpers & Van Osch, 2009) zijn bijvoorbeeld nog niet onderzocht door middel van een trial⁹⁵.

3.7.4 Aanbevelingen

Bredere implementatie en uitrol van bewezen effectieve interventies

Zoals aangegeven worden bewezen effectieve interventies doorgaans op bescheiden schaal geïmplementeerd of aangeboden in de praktijk. Dit vraagt om het stimuleren van een bredere implementatie en uitrol van bewezen effectieve interventies in de praktijk.

Opvullen van lacunes

Uit de inventarisatie kwamen een tweetal lacunes naar voren: weinig e-mental health interventies voor chronisch lichamelijke ziekten; en een beperkt zicht op de (kosten-)effectiviteit van het GGZ aanbod dat aan chronisch lichamelijke ziekten wordt aangeboden. Deze lacunes wijzen op de wenselijkheid van:

A Het ontwikkelen en implementeren van e-mental health interventies voor chronisch lichamelijke ziekten, en het onderzoeken van de (kosten-)effectiviteit hiervan.

95 Gerandomiseerd onderzoek met controlegroep.

Bij de ontwikkeling van e-mental health interventies voor chronisch lichamelijk zieken hoeft niet 'from scratch' te worden begonnen. Bewezen effectieve 'offline' (Nederlandse of buitenlandse) interventies kunnen omgezet worden in een internetvariant; of er kunnen Nederlandse versies gemaakt worden van bewezen effectieve buitenlandse e-mental health interventies (Cuijpers e.a., 2008; Bennet & Glasgow, 2009). Ook bewezen effectieve e-mental health interventies die niet specifiek ontwikkeld zijn voor chronisch lichamelijk zieke patiënten (Riper e.a., 2007) kunnen een goed uitgangspunt vormen. 'Diabetergestemd.nl' is bijvoorbeeld gebaseerd op de bewezen effectieve internetinterventie 'Kleur je leven' (Van Bastelaar e.a., 2009), een interventie gericht op de algemene populatie van volwassenen met stemmingsklachten.

B Het onderzoeken van de (kosten-)effectiviteit van het hulpaanbod vanuit de GGZ voor chronisch lichamelijk zieken.

Completeren inventarisatie

De uitgevoerde inventarisatie heeft een aantal beperkingen. Zo is er gefocust op een drietal aandoeningen (coronaire hartziekten, diabetes type 2 en COPD) en settings (huisartsenpraktijk, ziekenhuissetting en GGZ). Daarnaast kunnen gegeven de toegepaste zoekstrategie relevante interventies gemist zijn die op kleine schaal lokaal of regionaal geïmplementeerd of in de praktijk aangeboden worden.

Het completeren van de inventarisatie – zoals door te kijken naar aanvullende chronische lichamelijke aandoeningen (bv. kanker, aandoeningen aan het bewegingsapparaat, maag- en darmaandoeningen) en aanvullende zorgsettings (bv. thuiszorg, ouderenzorg, paramedische zorg) – is zinvol doordat er waarschijnlijk relevante additionele interventies op psychosociaal gebied geïdentificeerd worden. Interessant is ook om na te gaan welke ontwikkelingen plaatsvinden vanuit andere domeinen dan de gezondheidszorg, zoals de werkomgeving, mantelzorg omgeving, of sociale media.

Het completeren van de inventarisatie kan bijdragen aan een verdere uitwisseling van kennis. Er kan geleerd worden door over de 'grenzen' van een specifiek lichamelijk ziektebeeld of setting te kijken. Een relevante vraag is bijvoorbeeld in hoeverre interventies die bedoeld zijn voor een bepaalde chronische lichamelijke ziekte ook toepasbaar zijn voor andere chronische lichamelijke aandoeningen?

Het monitoren en evalueren van resultaten en ervaringen

Het is belangrijk om de bevindingen en ervaringen uit de lopende onderzoeks- en implementatieprojecten te monitoren en systematisch te evalueren (o.a. hoe effectief en doelmatig is de interventie?; wat is het (potentiële) bereik van de interventie?; hoe tevreden zijn patiënten en zorgverleners over de interventie?). Dit geldt ook voor de ervaringen met interventies die reeds lokaal in de praktijk aangeboden worden. Het zal waardevolle informatie leveren over hoe een betere integratie van psychosociale zorg in de bestaande zorg voor chronisch lichamelijk zieken gerealiseerd kan worden. Er wordt kennis verzameld rondom belangrijke vraagstukken, zoals: hoe kan signalering en screening van psychosociale problemen bij chronisch lichamelijk zieken in de praktijk het

beste vormgegeven worden?⁹⁶; hoe kan psychosociale zorg voor chronisch lichamelijk zieken het beste georganiseerd worden, en welke aanpak is in dit opzicht het beste bij de groep complexe patiënten met meerdere chronische ziekten (multimorbiditeit)?; en in hoeverre kan psychosociale zorg voor chronisch lichamelijk zieken ziektespecifiek of generiek (ziekteoverstijgend) benaderd worden?

De verzameling en uitwisseling van kennis zou goed kunnen plaatsvinden door een digitaal platform te creëren waarop alle lopende en toekomstige initiatieven gebundeld worden.

96 Er bestaat discussie over de zinvolheid van standaard screening op depressie bij patiënten met coronaire hartziekte (Thombs e.a., 2008; Zuidersma e.a., 2009) en bij patiënten met diabetes type 2 (Pouwer, 2009), mede omdat er geen of weinig wetenschappelijk onderzoek is uitgevoerd naar de effecten van het screenen op depressie bij deze patiëntenpopulaties.

Deel B

Toekomstvisie: deskundigen aan het woord

4 Naar een betere integratie van psychosociale zorg in de zorg voor chronisch lichamelijk zieke patiënten: aanbevelingen van deskundigen

“Je kunt een mens niet in mootjes hakken. Je kunt niet zeggen: ‘Je hebt een hart en bent daarnaast ook nog eens mens’. Nee... het is je bent een mens met iets aan zijn hart en je moet dat zien in te passen in je leven”

4.1 Inleiding

Zoals in de algemene inleiding geschetst, komt psychosociale problematiek vaak voor bij chronisch lichamelijk zieken en heeft het belangrijke gevolgen, zowel voor de individuele patiënt als voor de samenleving als geheel. Aangegeven werd dat - hoewel effectieve interventies voorhanden zijn - psychosociale zorg nog geen standaard onderdeel uitmaakt van de zorg voor chronisch lichamelijk zieke patiënten. Ook uit onze inventarisatie blijkt dat interventies die bijdragen aan een betere integratie van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor patiënten met coronaire hartziekte, diabetes type 2 of chronisch obstructieve longziekte (COPD) doorgaans nog op bescheiden schaal geïmplementeerd of aangeboden worden in de praktijk.

Dit roept de vraag op hoe een betere inbedding van psychosociale zorg in de bestaande zorg voor chronisch lichamelijk zieken gerealiseerd kan worden. Deze vraag staat ook in de belangstelling van de overheid. Vanuit het Ministerie van VWS wordt sinds enkele jaren ingezet op integrale, multidisciplinaire zorgverlening aan chronisch zieke patiënten (VWS, 2008). Verder heeft het Ministerie recentelijk aangegeven dat in de zorg meer aandacht dient te komen voor de relatie tussen psychische problemen en lichamelijke klachten (VWS, 2011a&b). Daarom hebben wij deskundigen uitgenodigd om hun toekomstvisie met ons te delen. Door middel van interviews is hen gevraagd op welke manieren psychosociale zorg beter geïntegreerd kan worden in de reguliere zorg voor patiënten met coronaire hartziekten, diabetes type 2 of COPD in het bijzonder, of voor chronisch lichamelijk zieken in het algemeen. Deze aanbevelingen staan in dit deel van de rapportage centraal.

Opbouw

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd. In paragraaf 4.2 wordt nader ingegaan op de methode van onderzoek. In paragraaf 4.3 worden de aanbevelingen van deskundigen op een rij gezet. Het hoofdstuk besluit met een samenvatting (paragraaf 4.4).

4.2 Methode

Steekproef

In totaal zijn 28 open interviews gehouden met 34 deskundigen. Om in aanmerking te komen voor deelname aan dit onderzoek, werden de volgende inclusiecriteria gehanteerd om deskundigen te selecteren: deskundig op het gebied van psychosociale zorg bij coronaire hartziekten, diabetes type 2 of COPD in het bijzonder, of chronische lichamelijke ziekte in het algemeen; en behorend tot één van de volgende beroepsgroepen: zorgverlener (medisch specialist, (ziekenhuis)psychiater, huisarts, medisch psycholoog/gezondheidszorgpsycholoog), wetenschapper, vertegenwoordiger van een patiëntenorganisatie, of een vertegenwoordiger van een zorgverzekeraar. Een eerste selectie vond plaats op basis van een screening van gezaghebbende overzichtsartikelen en richtlijnen en van deskundigen op het gebied van psychosociale zorg uit het netwerk van de onderzoekers. Via de sneeuwbalmethode werden vervolgens nieuwe deskundigen geworven. Tabel 1 geeft een overzicht van de ondervraagde deskundigen. Gedetailleerde gegevens zijn te vinden in bijlage 3.

Tabel 1 Overzicht van geïnterviewde deskundigen.

Beroepsgroep ¹	Aantal
Zorgverlener	12
Huisarts	3
Medisch specialist	2
Ziekenhuispsychiater	2
Medisch psycholoog/gezondheidszorgpsycholoog	5
Wetenschapper	17
Professor	11
Emeritus professor	1
Universitair hoofddocent	1
Onderzoeker	4
Vertegenwoordiger patiëntenorganisatie	3
Vertegenwoordiger zorgverzekeraar	2

¹ *Opgemerkt moet worden dat een aantal van de wetenschappers ook werkzaam is als zorgverlener en vice versa.*

Er is zoveel mogelijk gestreefd naar een gelijkmatige verdeling van deskundigen over de 'ziektecategorieën': coronaire hartziekte, diabetes type 2, COPD en chronische ziekte in het algemeen.

Veldwerk

De interviews werden gehouden tussen januari 2011 en juli 2011. Een algemene gespreksrichtlijn diende als leidraad en bevatte vragen als "Wat zijn belangrijke knelpunten in het bieden van psychosociale zorg bij coronaire hartziekte, diabetes type 2 of COPD in het bijzonder, en bij chronische lichamelijke ziekten in het algemeen?" en "Wat zijn mogelijke oplossingen voor deze knelpunten?". De interviews duurden gemiddeld drie kwartier en werden met digitale geluidsopnamen vastgelegd. De deskundigen werd gegarandeerd dat hun antwoorden en citaten, die ter illustratie van de resultaten zouden worden opgenomen in het rapport, niet te herleiden zouden zijn tot individuen. De namen en functies van de geïnterviewde deskundigen staan vermeld in bijlage 3.

Analyse

Het analyseren van de open interviews vond plaats in verschillende stappen. Allereerst werden de opgenomen geluidsbestanden uitgewerkt in globale transcripties. Belangrijke passages in de interviews werden letterlijk geregistreerd. Wanneer een deskundige zichzelf in één passage herhaalde of de eigen uitspraken verbeterde, werd het bedoelde in de transcripties maar één maal genoteerd. Zo kwamen uiteindelijk goed leesbare, inhoudelijk heldere verslagen van de interviews tot stand. Daarna werden de transcripties in het analyseprogramma MaxQda 2007 gecodeerd. Op basis van deze codering werd een overzicht gemaakt van aanbevelingen die volgens deskundigen de integratie van somatische en psychosociale zorg kunnen stimuleren. Deze aanbevelingen zijn vervolgens geordend op drie niveaus: macroniveau (gezondheidszorgstelsel), mesoniveau (zorgorganisatie) en microniveau (patiënt en zorgverlener) en verwerkt in het voorliggende hoofdstuk. Vanzelfsprekend werden niet alle aanbevelingen door alle deskundigen genoemd of onderschreven. Vanwege het kwalitatieve karakter van deze studie, volstond het dat een aanbeveling een keer genoemd werd door een deskundige om in aanmerking te komen voor rapportage. De verantwoordelijkheid voor de analyse en rapportage van de interviewgegevens berust uitsluitend bij de onderzoekers.

4.3 Resultaten: aanbevelingen van deskundigen

In het onderstaande wordt een overzicht gegeven van aanbevelingen die deskundigen formuleren over hoe een betere inbedding van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijk zieke patiënten gerealiseerd kan worden. De aanbevelingen zijn weergegeven op drie niveaus: macroniveau (gezondheidszorgstelsel), mesoniveau (zorgorganisatie) en microniveau (patiënt en zorgverlener).

4.3.1 Macroniveau: transformatie van aanbod- naar vraaggestuurde zorgbenadering

Om een betere integratie van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijk zieke patiënten te realiseren is er volgens deskundigen een transformatie nodig binnen de gezondheidszorg van aanbod- naar vraaggestuurde zorgbenadering

Aanbodgestuurde zorg wordt door een aantal deskundigen gedefinieerd als een manier van werken waarbij het doen en laten van een hulpverlener en de patiënt bepaald wordt door het traditionele zorgaanbod van de hulpverlener. Wanneer een aandoening wordt geconstateerd, wordt er een standaard zorgpakket aangeboden dat vrijwel gelijk is voor alle patiënten met dezelfde aandoening. Hierbij wordt geen rekening gehouden met eventuele persoonlijke verschillen tussen patiënten die van belang kunnen zijn bij het kiezen van een geschikte behandeling.

Vraaggestuurde zorg neemt volgens deskundigen het perspectief van de patiënt als uitgangspunt, waarbij de zorgvraag van de patiënt via overleg en onderhandeling met een zorgprofessional, leidt tot een voor de patiënt passend aanbod en de daaruit voortvloeiende organisatie van de zorg. De rol van de zorgverlener bestaat hierbij uit het luisteren, informeren en het op verzoek adviseren en de patiënt uitnodigen om aan te geven welke zorg hij/zij nodig heeft (Verkooijen, 2006).

Binnen de huidige zorg wordt volgens verschillende deskundigen nog te weinig vraaggestuurd gewerkt, terwijl dit wel wordt gezien als een mogelijkheid om binnen de somatische zorg meer aandacht te creëren voor psychosociale klachten:

“Een hele grote groep patiënten zou wel gebaat zijn bij psychosociale zorg. Dat merk je ook, want patiënten zoeken ernaar. Je merkt ook dat bij instellingen de neiging bestaat kant en klare (groeps)interventies aan te bieden, terwijl dit aanbod niet aangepast is op de indicatiestelling. Er zou daarin veel meer rekening gehouden moeten worden met de zorgbehoefte van patiënten.”

“Het is in de geneeskunde handboekenwerk: ‘Heb je dit? Dan dat’. Het idee dat een patiënt daar zelf ook nog iets aan zou kunnen doen en dat je rol soms niet als behandelaar is, maar misschien meer als coach of gesprekspartner, is lastig voor geneeskundig georiënteerde mensen.”

“We maken te weinig gebruik van wat de patiënt zelf kan. Zorgverleners zoeken het eerst bij henzelf. Ze vragen zich af: ‘Wat kan ik maximaal doen?’ En dat gaan ze vervolgens ook doen. Je gaat dan onherroepelijk tegen een grens aanlopen, want ook al zou je als zorgverlener 100 procent leveren van wat je maximaal kunt leveren - de

perfecte zorgverlener met het perfecte aanbod - dan nog haal je niet bij iedere patiënt het maximale resultaat, want de patiënt moet ook wat gaan doen. Die houding is er nog onvoldoende. Daarvoor moet je zowel patiënten als zorgverleners aanspreken."

Volgens verschillende experts is het echter niet gemakkelijk om vraaggestuurde zorg te bieden. Dit blijkt zowel uit verschillende richtlijnen als uit de opzet van opleidingen in de gezondheidszorg:

"De generalist zou meer ruimte moeten krijgen om bij een aandoening zorg te bieden die gerelateerd is aan de zorgvraag. Verschillende mensen met dezelfde diagnose worden anders behandeld. Volgens de richtlijnen is dat fout, die zijn gericht op een aandoening of diagnose. Maar dat hoeft niet fout te zijn. Het komt juist doordat verschillende mensen met een andere zorgvraag kunnen komen. Nogal logisch dat dit tot verschillende handelingen leidt. Dat is geen onoorbare variatie in de zorg."

"De arts is opgeleid om zorg te verlenen en van oudsher te sturen, terwijl je naar de toekomst toe toch veel meer een gelijkwaardige arts-patiëntrelatie zou willen, waar dat mogelijk is. Dat betekent dat de arts soms een stapje terug moet doen en een ingezette behandeling bijvoorbeeld soms niet door moeten zetten als de patiënt aangeeft dat hij dit niet ziet zitten, dat de arts niet voor de patiënt kiest, maar met de patiënt."

Een deskundige wijst in dit verband ook op mogelijke risico's die kleven aan een te sterk doorgevoerde vraaggestuurde zorg:

"Aan vraaggestuurde zorg kleeft een risico. (...) Je blijft zorgvraag creëren op het moment dat je daar de nadruk op legt. Je kan daarmee zorg onnodig duur maken. Omdat er zo gestreefd wordt naar perfectie in alles, is er het risico dat mensen eisen dat ze gelukkig en gezond gemaakt worden en de dokter zorgt er maar voor."

4.3.2 Macroniveau: Transformatie van ziektespecifieke naar generieke zorg

Om een betere integratie van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijk zieke patiënten te realiseren is er volgens deskundigen een transformatie nodig van ziektespecifieke naar generieke zorg

Volgens een aantal deskundigen zou de gezondheidszorg veel meer dan nu het geval is vormgegeven moeten worden op basis van de complexiteit van klachten en zorgzwaarte in plaats van op basis van een enkelvoudige ziekteoriëntatie:

“Er moeten andere benaderingsmethoden zijn dan de ziektegeoriënteerde. Je moet het op basis van complexiteit doen en je niet zozeer richten op de ziekte die iemand heeft. (...) Je zou dan zorg in een meer generiek, geïntegreerd programma kunnen aanbieden.”

Patiënten met klachten en beperkingen op meerdere gebieden hebben complexere hulp nodig dan patiënten met beperkingen op één bepaald gebied. Volgens een aantal deskundigen gaat het huidige zorgsysteem nog teveel uit van een enkelvoudige ziekteoriëntatie:

“Binnen gezondheidszorginstellingen zie je dat er toch de neiging is om te focussen op wat als het primaire probleem gezien wordt. Maar dat is vooral gebaseerd op een aanname, namelijk dat het andere probleem secundair is. Als iemand met diabetes bij een angstpoli of een depressiepoli binnenstapt, wordt genoteerd: ‘diabetes’ en wordt er verder niets aan gedaan. Men gaat ‘back to business’. Dat is heel begrijpelijk, maar het is de vraag of het gerechtvaardigd is.”

Daarbij wordt aangegeven dat het extra moeilijk is een geïntegreerde behandeling aan te bieden wanneer er sprake is van zowel somatische als psychosociale problematiek. Dit is volgens een aantal deskundigen een voortvloeisel van een traditionele indeling van de gezondheidszorg, waarbij lichaam en geest als gescheiden entiteiten worden beschouwd. Deze Descartesiaanse scheiding van soma en psyche is overigens in diverse domeinen terug te vinden: binnen de wetenschap, het onderwijs, het financieringskader van de gezondheidszorg en de organisatie van de gezondheidszorg.

“De historie zit ons wel een beetje in de weg. De Descartesiaanse scheiding van soma en psyche heeft ons veel gebracht, maar is nu, op dit moment, wel een lastige, omdat de gezondheidszorgstructuur er helemaal op ingericht is. Zorg valt in het ene of in het andere vakje en de financieringsstructuur eromheen lijkt heel ordelijk en overzichtelijk, maar het wordt ingewikkeld wanneer mensen multimorbiditeit hebben.”

“Vaak is geïntegreerde behandeling onmogelijk door een scheiding in de organisatie. In de GGZ is geen medische cultuur en medici zijn vooral somatisch ingesteld.”

“Psychiatrisch verpleegkundigen ervaren dat structurele aandacht voor psychiatrische comorbiditeit vaak ontbreekt. Bij patiënten die bijvoorbeeld ‘niet vooruit te branden zijn’ zoeken zij dan hulp. Het probleem is dat de specialist vaak niet overtuigd is van de noodzaak tot aanvullende behandeling. Dit omdat de labwaarden en dergelijke vaak gewoon goed zijn.”

Ook zorgstandaarden, richtlijnen en protocollen zijn volgens deskundigen ziektespecifiek en gericht op enkelvoudige chronische aandoeningen. De geprotocolleerde behandeling is daarmee uitsluitend gericht op symptomen die samenhangen met de aandoening waar de richtlijn voor is opgesteld en niet op andere bijkomende klachten, al bevatten

sommige zorgstandaarden volgens hen wel algemene aanbevelingen voor het bieden van psychosociale zorg:

“De visie op zorg, zoals die ook nu in de Zorgstandaard COPD staat, houdt in dat alle zorginspanningen zich niet alleen moeten richten op het verbeteren van de fysiologische toestand, maar ook op andere voor de patiënt heel belangrijke onderdelen van zijn gezondheidstoestand, namelijk klachten, beperkingen in het dagelijks functioneren en kwaliteit van leven.”

Patiënten met meerdere chronische aandoeningen lopen het risico om geconfronteerd te worden met meerdere ziektespecifieke zorgplannen die mogelijk niet goed op elkaar zijn afgestemd. Deskundigen pleiten voor integrale en ziektegeriekie zorgstandaarden en richtlijnen, die betrekking hebben op verschillende chronische aandoeningen en niet alleen op een enkelvoudige chronische ziekte.

Daarnaast zou volgens een aantal deskundigen in ziektespecifieke richtlijnen en zorgstandaarden veel meer aandacht moeten worden besteed aan bijkomende lichamelijke en psychische aandoeningen:

“Zorgstandaarden gaan het financieringskader bepalen. Dus daar moet zorg voor comorbiditeit ook een plek in hebben. Maar zorgstandaarden zijn ziektespecifiek en keten DBC's [diagnose behandeling combinaties] ook. (...) Het is dus belangrijk om zorg voor comorbide klachten in de zorgstandaard op te nemen zodat de noodzaak wat meer naar voren kan komen.”

“Doordat de richtlijnen hier [bijkomende psychosociale problemen] geen aandacht voor hebben, stellen de ziektekostenverzekeraars hier ook geen betaling tegenover en dan zeggen huisartsen ook dat het niet hoeft. Er ontstaat een vicieuze cirkel.”

Psychosociale zorg zou volgens verschillende deskundigen betrekkelijk eenvoudig kunnen worden toegevoegd aan somatische richtlijnen en zorgstandaarden:

“Dit kun je in principe in iedere standaard voor chronische zorg op dezelfde manier doen, namelijk door het toevoegen van een module. Het gaat erom dat de vertaalslag van de richtlijnen naar de opleiding toe, en naar de feitelijke zorg zoals die tot uitdrukking komt in de financiering daar dan ook op aangepast wordt. Anders kan je wel ophouden.”

4.3.3 Macroniveau: transformatie naar een integraal bekostigingssysteem

Om een betere integratie van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijk zieke patiënten te realiseren zou er volgens deskundigen een integraal bekostigingssysteem ontwikkeld moeten worden dat afgestemd is op de complexiteit van de klachten en de ziektelast

Volgens een aantal deskundigen vraagt de toename van het aantal chronisch zieken met meervoudige lichamelijke en psychische problemen om een ander financieringssysteem waarin de complexiteit en ziektelast centraal staan:

“Wanneer het financieringssysteem meer wordt ingericht op zorgwaarde, zou dat een oplossing kunnen zijn. (...) Nu krijgt elke diabetespatiënt vier keer per jaar een controle, terwijl er waarschijnlijk veel patiënten zijn die dit helemaal niet nodig hebben. Wanneer het financieringssysteem op zorgwaarde wordt ingericht, kan de tijd die bespaard wordt [door mensen zonder veel zorgbehoefte minder zorg te bieden] besteed worden aan patiënten die dit harder nodig hebben. Die aanpassingen aan het financieringssysteem zouden gedaan kunnen worden binnen de huidige zorgprogramma's, maar zouden ook ziekteoverstijgend georganiseerd kunnen worden. Dat laatste is voor nu een te grote verandering. Er zou langzaam moeten worden toegewerkt naar een integrale bekostiging van de zorg.”

Een belangrijke voorwaarde is volgens deskundigen wel dat er voldoende praktijkonderzoek uitgevoerd wordt naar de (kosten-)effectiviteit. Dit is volgens hen nog niet goed onderzocht. Het ontbreken van een solide onderbouwing maakt het volgens hen moeilijk om zorgverzekeraars te overtuigen van de noodzaak van een integraal bekostigingssysteem:

“Er zou langzaam moeten worden toegewerkt naar een integrale bekostiging van de zorg, maar je moet het niet in één keer invoeren. Je moet een aantal pilots draaien en kijken wat werkt en wat niet werkt en de rest van de zorg redelijk met rust laten. Het is belangrijk om kleine stapjes te zetten en niet in een keer alles om te gooien.”

“Het is belangrijk wetenschappelijke informatie te vertalen naar de praktijk. Nu wordt vanuit de wetenschap veel onderzoek gedaan zonder dat duidelijk wordt gemaakt wat de praktijk ermee kan.”

Wel wordt opgemerkt dat de ervaring leert dat het lastig is om onderzoeksgelden hiervoor te verkrijgen:

“Onderzoeksprojecten krijgen vaak een subsidie, waarna er op universitair niveau een studie wordt gedaan, die geëvalueerd en afgerond wordt. Dat is een helder verhaal. Bij langer lopende projecten waarbij verbeterlagen op bestaande programma's worden

gemaakt, en waarbij de projecten vervolgens naar collega's in de praktijk wordt overgedragen, is het veel moeilijker om subsidie te krijgen."

4.3.4 Macroniveau: betere inbedding van psychosociale zorg in somatische DBC's en keten-DBC's

Om een betere integratie van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijk zieke patiënten te realiseren zou volgens deskundigen, meer dan nu het geval is, psychosociale zorg toegevoegd moeten worden aan somatische DBC's en keten-DBC's

Op dit moment is er volgens deskundigen in somatische DBC's (diagnose behandeling combinaties) en sommige keten-DBC's⁹⁷ weinig ruimte voor psychosociale zorg en wordt er weinig aandacht besteed aan het samenspel tussen lichamelijke en psychosociale klachten. De behandelaar die de behandeling voor lichamelijke klachten coördineert zou een patiënt met psychosociale klachten doorverwijzen en er zou daarna nauwelijks tot geen afstemming plaatsvinden. Meer dan nu het geval is, zou psychosociale zorg toegevoegd moeten worden aan somatische DBC's en keten-DBC's teneinde financiële vergoeding van psychosociale zorgtaken mogelijk te maken:

"Het is belangrijk de zorg voor psychosociale hulp de juiste plek binnen de somatische DBC en ketenzorg te geven en te kijken hoe je binnen zo'n traject dan op de een of andere manier de focus bij die groep [patiënten met bijkomende psychosociale problemen] op eenvoudige wijze kan leggen op bruikbare interventies."

Verondersteld wordt dat dit drempel om een integrale behandeling aan te bieden aanzienlijk zal verlagen. Nu is het volgens deskundigen binnen het huidige financierings-systeem niet echt financieel aantrekkelijk om psychosociale zorgtaken uit te voeren:

"In sommige somatische DBC's kan je wel een psycholoog inhuren, maar dan wordt het een hele dure DBC, en dan ben je niet meer aantrekkelijk als ziekenhuis [voor de zorgverzekeraar]. Je moet onderhandelen als ziekenhuis over de DBC's en als je een dure DBC hebt, koopt de zorgverzekeraar bij jou minder behandelingen in dan bij een ziekenhuis waar de zorg goedkoper is. Dan kan je wel goede en geïntegreerde zorg willen regelen en organiseren voor je patiënten, maar als daar geen financiering voor is, verdwijnt de zorg voor psychische problemen echt uit het ziekenhuis."

⁹⁷ Integrale bekostiging heeft als doel de kwaliteit, continuïteit en doelmatigheid van de chronische zorg te verbeteren. Integrale bekostiging omvat een keten-DBC die de mogelijkheid biedt om alle losse onderdelen van de zorg als één prestatie/product in te kopen (Struijs e.a., 2009). De zorginhoud van het keten-DBC contract dient te voldoen aan de zorginhoudelijke eisen van de desbetreffende zorgstandaard. Om ervaring op te doen met integrale bekostiging is deze vorm van bekostiging allereerst gefaseerd ingevoerd voor de zorg van patiënten met diabetes en cardiovasculair risicomanagement (per 1 januari 2010), en COPD (per 1 juli 2010) (Van Til e.a., 2010).

“Nu zit de financiële incentive op: ‘Hou het kaal, hou het simpel, hou het lean’. Geen ingewikkelde dingen doen. Dat knelt natuurlijk soms wel bij sommige professionals die meer zouden willen, maar veel professionals voegen zich naar de praktijk. Dan ontwikkel je toch een attitude van ‘Laten we maar niet te ingewikkeld doen, het is al moeilijk genoeg.’”

“Er is geen incentive die een integrale aanpak beloont. Het wordt vooral beloond als je werkt volgens het principe: ‘Schoenmaker, hou je bij je leest’. (...) Dat maakt het voor de patiënten een lastige wereld om je weg in te vinden.”

Ook het wegschrijven van psychosociale klachten binnen DBC's voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zou geen optie zijn. Immers, om een behandeling in te zetten en deze vergoed te krijgen binnen een GGZ DBC, zou er sprake moeten zijn van een gediagnosticeerde psychische stoornis, maar volgens deskundigen is daarvan in veel gevallen geen sprake:

“Je kunt niet, als je het fatsoenlijk wilt doen, alle behandelingen onder GGZ DBC's wegzetten. Dan doe je mensen ook tekort. Een diagnose als een ‘depressie’ of een ‘aanpassingsstoornis’ is vaak niet aan de orde als mensen bijvoorbeeld een hartaanval hebben gehad.”

“Het gaat hier veel meer over coping en adaptatie. Kwaliteit van leven is daarbij de belangrijkste uitkomstmaat. ‘Illness perceptions’ zijn erg belangrijk.”

“Er zijn maar een paar chronisch zieke patiënten met een knallende depressie. Psychische klachten komen veel meer voor en moeten op een andere manier behandeld worden dan wanneer het om een stoornis gaat.”

4.3.5 Mesoniveau: organisatorische aanbevelingen voor integrale zorg

Om een betere integratie van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijk zieke patiënten te realiseren zijn er volgens deskundigen op organisatorisch niveau verschillende mogelijkheden

Diverse deskundigen zien op organisatorisch niveau mogelijkheden om de kloof tussen somatische en psychosociale zorg te overbruggen. Volgens deskundigen vloeien barrières die dit in de weg staan direct voort uit de Descartesiaanse scheiding binnen de gezondheidszorg tussen soma en psyche, waardoor het bijvoorbeeld extra tijd kost om afstemming en overleg te voeren:

“Vaak is geïntegreerde behandeling onmogelijk door een scheiding in de organisatie. In de GGZ is geen medische cultuur en medici zijn vooral somatisch ingesteld.”

“Je wilt integrale zorg bieden. Dat wil zeggen dat de communicatie tussen zorgverleners optimaal moet zijn. Dat vraagt overlegtijd en er zijn nog meer aandachtsgebieden die ook overleg vragen. De belangstelling is er vaak wel, maar de ruimte, de geestelijke energie om eraan te beginnen en de tijd om te overleggen ontbreekt vaak.”

“Vaak worden depressieve klachten wel herkend en in sommige gevallen wordt ook doorverwezen naar de psychiater. De depressieve klachten zijn vaak onvoldoende ernstig om door een psychiater behandeld te worden, waarna wordt doorverwezen naar de huisarts. Vervolgens horen medisch specialisten niet meer terug wat er nou gaande is met zo'n patiënt. Ze hebben weinig zicht op wat er nou uiteindelijk gebeurt met de verwijzing.”

“De ziekenhuiswereld is nog een heel hiërarchische setting. De psycholoog staat onderaan de ladder, de psychiater die somatisch bezig is staat in het midden, en de cardioloog bovenaan. Er kunnen al snel scheve verhoudingen ontstaan.”

Een paar praktijkvoorbeelden worden genoemd waar wél intensief samengewerkt wordt tussen somatische en psychische hulpverleners, zoals GGZ inGeest:

“GGZ inGeest heeft een voorsprong op het gebied van interactie tussen lichamelijke ziekte en psychische gezondheid. (...) Er is een sterke onderzoeksgroep. Er is toegang tot een GGZ-instelling en vier grote ziekenhuizen. En er bestaat samenwerking tussen deze instellingen. Er is ook samenwerking met huisartsen. Zo kun je 'massa maken'. Dit trekt ook mensen en ideeën aan. Er is een omgeving waarin innovaties mogelijk zijn.”

Cruciale succesfactor bij instellingen waar nauw samengewerkt wordt tussen somatische en psychische hulpverleners zou draagvlak van het management zijn:

“Als het management het wil, gebeurt het ook en trek je sneller mensen aan die dezelfde visie onderschrijven. Het is belangrijk dat er een soort voedingsbodemp is voor een dergelijke visie. Op verschillende niveaus moet iedereen erachter staan.”

“Wanneer bijvoorbeeld de ziekenhuisdirectie een initiatief [gericht op integraal aanbod] niet volledig ondersteunt, is de kans van slagen niet zo groot.”

Neemt niet weg dat het bieden van psychosociale zorg aan chronische lichamelijk zieke patiënten over het algemeen door het management van ziekenhuizen nog steeds als risicovol worden beschouwd. Dat zou met name het geval zijn als samenwerking leidt tot een afname van behandelingen voor één van beide disciplines of wanneer samenwerking leidt tot stijgende zorgkosten, waardoor zorgverzekeraars minder geneigd zijn om zorg in te kopen. Uiteindelijk, zo geven de deskundigen aan, zijn voor het management van zorginstellingen de inkoop van zorg, de positie in het veld en het financieel gezond houden van de zorgorganisatie toch doorslaggevend.

Wel zien deskundigen op organisatorisch niveau een aantal mogelijkheden om de kloof tussen de somatische en psychosociale hulpverlening te overbruggen via:

- 1 Het inzetten van meer zorgverleners in ziekenhuizen die op het snijvlak van soma en psyche functioneren
- 2 Het aanstellen van meer praktijkondersteuners geestelijke gezondheidszorg (POH's GGZ) binnen huisartspraktijken
- 3 Het inzetten van een centrale zorgmanager

Ad 1) Inzetten van meer zorgverleners op het snijvlak van soma en psyche in het ziekenhuis

Eén van de mogelijkheden die genoemd wordt is het inzetten van meer zorgverleners die op het snijvlak van soma en psyche functioneren:

“Medisch psychologen balanceren op het grensgebied tussen de somatiek en het psychisch functioneren. Als je psychisch niet goed in je vel zit, heeft dat invloed op hoe je somatisch reageert; en omgekeerd, als het lichamelijk niet goed gaat heeft dat effect op het psychisch functioneren. En dat is de kracht van de medisch psycholoog, om zich op dat grensgebied te bewegen en ook eens te kijken of je er in ieder geval voor kan zorgen dat iemand een betere kwaliteit van leven heeft.”

“Idealiter zou de psychiater een belangrijke rol spelen in de zorg voor chronisch zieken met psychische klachten. Juist hij opereert op het snijvlak. Meer dan psychologen.”

Wel wordt opgemerkt dat het financieringssysteem hierop aangepast zou moeten worden. Nu zou een ziekenhuis veelal zélf financieel verantwoordelijk zijn voor het inzetten van een psychiater of psycholoog binnen teams die georganiseerd zijn rondom een chronische lichamelijke ziekte, wat risico's met zich meebrengt:

“De psychiater in consultatieve dienst in het ziekenhuis wordt voor een groot deel door het ziekenhuis zélf betaald. Dat is ook een van de eerste dingen die geschrapt worden als er bezuinigd moet worden.”

Ad 2) Inzetten van meer POH's GGZ in de huisartsenpraktijk

Een andere mogelijkheid die genoemd wordt is het toekennen van een regiefunctie aan de huisarts door het inzetten van een praktijkondersteuner GGZ binnen een huisartsenpraktijk (POH GGZ). Deze POH GGZ zou een brugfunctie kunnen vervullen tussen de somatische en psychosociale hulpverlening. Deze rol hoort goed bij een huisartsenpraktijk thuis. De huisarts schenkt traditioneel aandacht aan zowel somatische als psychosociale klachten. Omdat de huisarts echter vaak onder hoge tijdsdruk werkt, wordt veel van de psychosociale zorg aan chronisch lichamelijk zieken in de eerste lijn uitgevoerd door een praktijkondersteuner. Overigens wordt door enkele deskundigen opgemerkt dat een dergelijk regiefunctie vanuit een huisartsenpraktijk niet zo nieuw is als het lijkt. Van oudsher coördineert de huisarts de zorg. Sommige patiënten ontvangen

echter zoveel verschillende soorten zorg dat het voor de huisarts lastig is te monitoren welke zorg en hulp er verleend wordt in de eerste en tweede lijn. Maar ook vanuit de tweedelij is het voor specialisten in ziekenhuizen vaak ondoenlijk om met iedere huisarts contact te onderhouden:

“Er wordt door specialisten in ziekenhuizen vaak zaken gedaan met meer dan 500 verschillende huisartsenpraktijken. Deze praktijken werken niet samen, waardoor er vaak geen zicht is op de hulp die er wordt geboden. Dat is gewoon niet bij te houden.”

Wederom wordt aangeraden om het financieringssysteem hierop aan te passen:

“Er zou meer ruimte moeten komen in de financiering, zodat er naar behoefte een POH GGZ ingezet kan worden. Nu is er maar ruimte voor 4,5 uur per patiënt per praktijk, terwijl de instroom van patiënten vrij flink is. Als je ook nog eens meer nieuwe gevallen gaat vinden, zou je wachtlijsten kunnen krijgen.”

Ad 3) Inzetten van een centrale zorgmanager als verbinding tussen huisarts en ziekenhuis

Een derde mogelijkheid die genoemd wordt is het inzetten van een centrale zorgmanager die de zorg van de patiënt coördineert. Deze centrale zorgmanager zou moeten zorgen voor structuur in de samenwerking tussen verschillende disciplines en zorgverleners en opereert niet noodzakelijkerwijs vanuit een huisartsenpraktijk. Volgens sommige deskundigen heeft dit belangrijke voordelen. Een centrale zorgmanager heeft overzicht over het gehele zorgproces en weet welke zorg er wordt ingezet, waardoor de kans geminimaliseerd wordt dat behandelaars langs elkaar heen werken of elkaar zelfs tegenwerken:

“In dit kader is één centrale zorgverlener erg belangrijk. Daarmee wordt niet [uitsluitend] een centrale zorgverlener bedoeld in het ziekenhuis, en dan ook nog één [centrale zorgverlener] bij de huisarts en een andere [centrale zorgverlener] bij de revalidatie. Nee, bedoeld wordt één zorgverlener voor het hele traject. Dat is nog heel erg nieuw. Het kan heel veel rust geven.”

4.3.6 Microniveau: hulpverlener en patiënt

Om een betere integratie van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijk zieke patiënten te realiseren dienen volgens deskundigen zowel op het niveau van de hulpverlener als op het niveau van de patiënt randvoorwaarden gecreëerd te worden

Deskundigen noemen op het niveau van de hulpverlener en de patiënt de volgende randvoorwaarden:

- 1 Hulpverlener-niveau: a) hulpverleners tools in handen geven, zoals een elektronisch dossier, om uitwisseling te stimuleren; en b) het vergroten van de expertise van somatische hulpverleners ten aanzien van bijkomende psychosociale klachten bij chronisch lichamelijk zieke patiënten.
- 2 Patiënt-niveau: drempels wegnemen of verlagen voor chronisch lichamelijk zieke patiënten om psychosociale hulp te zoeken.

Ad 1) Hulpverlener-niveau

Beschikbaarheid van tools, zoals een elektronisch dossier, om uitwisseling te stimuleren

Deskundigen geven aan dat een goedwerkend en transparant elektronisch dossier een belangrijke randvoorwaarde is. Dit elektronisch dossier zou verschillende stappen in de behandeling moeten kunnen registreren. Alle behandelaars die betrokken zijn bij een patiënt zouden toegang moeten hebben tot dit elektronisch dossier. Dat is nu niet het geval:

"Eigenlijk zou een oplossing zijn: 10 jaar terug gaan in de tijd en ervoor zorgen dat iedereen hetzelfde systeem gebruikt. Dat is een jaar lang huilen voor iedereen, maar daarna spreek je in ieder geval dezelfde taal. We spreken dezelfde taal nu niet."

Met behulp van dit elektronisch dossier kunnen klachten geregistreerd worden en kan op gestructureerde wijze een behandelplan opgesteld worden dat alle klachten in ogenschouw neemt. Hulpverleners zouden in het elektronisch dossier zowel somatische als psychosociale klachten van een patiënt en de gekozen behandeling moeten kunnen registreren. Dat is nu niet het geval:

"De huisarts kan niet met de longarts meekijken en andersom. Er zijn bijvoorbeeld al zes of zeven verschillende huisartsinformatiesystemen, dus dat is heel lastig. Als je geen informatie kan delen kan je ook geen behandelprotocollen delen."

Belangrijk voordeel is dat een elektronisch dossier zou kunnen zorgen voor een intensievere samenwerkingsstructuur en een verbeterde samenwerking. Ook zou het kostenbesparend werken: er hoeft dan minder overleg gevoerd te worden tussen hulpverleners uit verschillende disciplines.

Expertise somatische hulpverleners vergroten

Verschillende deskundigen wijzen verder op het belang om somatische zorgverleners kennis, instrumenten en vaardigheden in handen te geven om tijdig en snel psychosociale klachten bij chronisch lichamelijk zieken te herkennen. Allereerst zou in de medische opleiding meer aandacht moeten worden besteed aan bijkomende psychosociale klachten:

“Als je in de opleiding kunt laten zien dat een holistische kijk belangrijk is, is dat een stap in de goede richting. De ontstaansgeschiedenis van ziekten is belangrijk en daarvoor moet de hele mens met zijn gedrag in de omgeving bekeken worden. Hierin is nog een lange weg te gaan, dan heb je het misschien over generaties.”

“Mensen gaan niet meer zo vaak direct dood aan een ziekte, maar veel meer ziektebeelden worden chronisch. Daardoor is er een heel ander ziektebeloop en wordt het belangrijker niet meer alleen op de mortaliteit en morbiditeit te focussen. Het wordt dus noodzakelijk om hier binnen opleidingen systematisch aandacht aan te besteden. En dat kan ook.”

“In de ziekenhuissetting en ook in de GGZ klopt men niet snel bij elkaar aan. Als je in de opleiding al geen crossovers maakt, dan moet er wel echt iets actiefs gebeuren daarna, willen mensen uit verschillende disciplines elkaar opzoeken.”

Opgemerkt wordt dat een integrale manier van zorg verlenen mogelijk vooral bij een jonge generatie artsen aansluiting zal vinden:

“Je ziet dat het bij de jonge generatie meer vanzelfsprekend is om het op deze manier te doen (kijken naar heel de mens). De jonge garde wordt behalve als medisch specialist ook opgeleid als communicator.”

Belangrijk knelpunt zou op dit moment zijn dat niet elke zorgverlener oog heeft voor psychosociale problematiek bij chronisch lichamelijk zieke patiënten. Dit heeft volgens een aantal deskundigen verschillende redenen:

- A Tijd en werkdruk
- B Gebrek aan herkenning van psychosociale klachten
- C Gebrek aan kennis over mogelijke behandelingen

Ad A) Tijd en werkdruk

Gebrek aan tijd en werkdruk worden genoemd als belangrijke reden waarom zorgverleners geen oog hebben voor bijkomende psychosociale klachten:

“Een verpleegkundige heeft geen tijd meer om een half uur aan het bed te zitten van een patiënt die in paniek is. Iedereen moet door...door...door.”

“Een huisarts is wel generalist, maar dat houdt ook in dat mensen vaak komen met meerdere lichamelijke klachten en aandoeningen, die op zich al veel tijd, aandacht en ruimte vragen. Daarom is het misschien juist lastig veel tijd ruimte en aandacht te besteden aan het bredere context gebeuren.”

“In de beschikbare tijd moet je best veel doen en is er weinig tijd voor aanvullende zorg. Ook zie je dat er steeds meer geregistreerd moet worden, waardoor het steeds meer

gaat over het goed invullen van de formulieren en verantwoorden van de handelingen, waardoor je tijdens een consult minder persoonlijke aandacht hebt voor de patiënt."

Ad B) Gebrek aan herkenning van psychosociale klachten

Verder wordt gewezen op de scholing van zorgverleners: hulpverleners zijn ofwel somatisch ofwel psychologisch geschoold. Aandacht voor psychosociale klachten zit bij somatische zorgverleners vaak "niet in het systeem", waardoor het belang ervan onderschat wordt. Het zou voor hen lastig zijn om psychosociale klachten te herkennen. Volgens deskundigen zou het wenselijk zijn om (para)medische professionals trainingen te geven die hun kennis en vaardigheden vergroten om psychosociale klachten bij chronisch lichamelijk zieke patiënten te herkennen:

"Psychische problemen worden niet herkend: patiënten worden gezien als lastig of een 'brombeer'. Het is niet zo dat specialisten het niet willen herkennen. Ze hebben het niet in hun vizier. Ze zijn vooral gericht op [het behandelen van] de lichamelijke parameters."

"Deze dokters vinden het raar [dat er aandacht moet worden geschonken aan bijkomende psychische problematiek]. Wanneer iemand diabetes of een hartziekte heeft, bestaat er de neiging minder te willen focussen op bijvoorbeeld een bijkomende depressie."

"In de GGZ kan men ook niets met acute symptomen van paniek bij mensen die een hartziekte of COPD hebben. Ze herkennen het niet. Patiënten verschijnen steeds weer op de eerste hulp met pijn op de borst of exacerbaties, terwijl er medisch niets aan de hand is. (...) Er zou meer specifieke scholing op dit gebied moeten zijn. Dit geldt ook voor de gemiddelde psychiater. Die stuurt dit soort patiënten met lichamelijke klachten ook direct door naar de eerste hulp."

In dit kader wordt ook gewezen op het belang om somatische hulpverleners valide en betrouwbare instrumenten in handen te geven waarmee zij kunnen screenen op psychosociale klachten bij chronisch lichamelijk zieke patiënten. Met behulp van deze instrumenten kan een indicatie verkregen worden van de ernst en de aard van de psychosociale problemen. Dit kan helpen te bepalen bij welke patiënten vervolgonderzoek noodzakelijk is. De uitkomsten kunnen ook aanleiding zijn om gespecialiseerde behandeling in te zetten. Zo kan psychosociale hulp geboden worden aan patiënten die dit het meest nodig lijken te hebben en kunnen psychische problemen in een vroegtijdig stadium worden herkend:

"Het is belangrijk om alle patiënten te screenen op psychische problemen. Voordat met de richtlijn [Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie] is begonnen was het veld eigenlijk al overtuigd van het nut van screening, mede vanwege de kosteneffectiviteit en het taboe op psychische klachten. Ook komen patiënten die niet gescreend worden pas later met klachten, waardoor ze al klaar zijn met hartrevalidatie voordat de problemen worden ontdekt."

Overigens zijn niet alle deskundigen overtuigd van het nut en de noodzaak om standaard te screenen. Sommige deskundigen twijfelen openlijk over de haalbaarheid en de betaalbaarheid en de mate waarin dit problematisering en overbehandeling in de hand zou kunnen werken:

“Het aantal mensen met bijvoorbeeld diabetes is veel te groot om actieve screening bij iedereen betaalbaar te houden, los van de vraag of de patiënt daarop zit te wachten.”

“Er moet goed onderscheid gemaakt worden tussen een normale reactie op een ingrijpende gebeurtenis en een echt psychisch probleem. Lijdenslast moet daarbij leidend zijn: in hoeverre staat het het functioneren in de weg? Het is niet zozeer belangrijk of iemand voldoet aan de diagnostische criteria.”

“Het is belangrijk dat psychische symptomen niet gemedicaliseerd worden. Je wilt eigenlijk het omgekeerde bereiken; niet alle personen die voldoen aan DSM-IV criteria hoeven automatisch behandeld te worden.”

In dit kader wordt door sommigen opgemerkt dat er nog niet voldoende bewijs is dat screening effectief is als gekeken wordt naar de medische uitkomsten. Deze deskundigen wijzen op het gebrek aan wetenschappelijk bewijs dat het behandelen van psychosociale of psychische problemen 'harde' medische uitkomsten significant verbetert. Andere deskundigen werpen tegen dat er voldoende empirisch bewijs voorhanden is waaruit blijkt dat de kwaliteit van leven en de therapietrouw van patiënten verbeteren als psychische problematiek aangepakt wordt. Tot slot waarschuwen sommigen op het risico dat psychische klachten die niet gemeten worden met een screeningsinstrument mogelijk over het hoofd worden gezien, met name als het gaat om psychische problemen die zich niet op de gebruikelijke manier openbaren:

“Alles wordt protocollair afgewerkt, dus de neiging om te gaan zoeken is veel minder groot. Er wordt veel meer gezocht naar bevestiging en er worden te veel gesloten vragen gesteld.”

Ad C) Gebrek aan kennis over mogelijke behandelingen bij somatische zorgverleners

Maar zelfs als psychosociale problemen correct en tijdig herkend worden, dan nog zou er bij sommige somatische zorgverleners een gebrek aan kennis zijn over mogelijke behandelingen die geschikt zijn:

“De praktijkondersteuners kunnen wel vragen of er iets is, maar weten vervolgens niet zo goed wat er moet gebeuren als iemand aangeeft last te hebben van psychosociale klachten.”

“Waar het daar [ook bij huisartsen, maar vooral bij internisten] vooral knelt is het gevoel dat ze niet zijn toegerust. Ik hoor veel: ‘Ik zou er wel aandacht aan willen besteden, maar wat moet ik ermee?’”

En zelfs als ze voldoende zicht hebben op behandelmogelijkheden, dan nog blijft er volgens een aantal deskundigen behoefte aan de inzet van gespecialiseerd personeel:

“Je wilt voorkomen dat zorgverleners zeggen: ‘U snapt zelf toch ook wel dat u niet zo moet denken’ en dat ze dan een vinkje zetten bij cognitieve gedragstherapie. Hulpverleners (met name praktijkondersteuners) leren iets en gaan dat ook doen, maar ze zijn natuurlijk geen psycholoog en dat moeten we ook niet van ze verwachten.”

Ad 2) Patiënt-niveau

Drempels wegnemen of verlagen

Een aantal deskundigen noemt het zoveel mogelijk wegnemen of verlagen van drempels voor patiënten voor het zoeken en krijgen van psychosociale hulp een belangrijke randvoorwaarde. Eén van die drempels zou een gebrekkige acceptatie zijn; volgens deskundigen vinden sommige chronisch lichamelijk zieke patiënten het moeilijk om psychosociale zorg te accepteren omdat zij van mening zijn dat zij puur lichamelijke en niet zozeer psychische problemen hebben:

“Het wordt door patiënten lastig geaccepteerd dat persoonlijkheid of psychische factoren invloed hebben op het beloop van de ziekte. Men denkt: ‘Ik ben al zo ziek, ik ben toch niet ook nog gek? Ik ga dus niet naar de psycholoog/psychiater!’”

Weerstand zou toenemen als patiënten buiten de somatische instelling verwezen worden naar een psycholoog of psychiater omdat dit stigmatiserend kan werken:

“Het grote probleem bij deze patiëntengroep is het woord ‘GGZ’.”

Het zou drempelverlagend werken als psychosociale zorg binnen een somatische ziekenhuissetting aangeboden wordt in plaats van binnen de GGZ:

“In het ziekenhuis is ideaal, dan kan je thuis vertellen dat je naar het ziekenhuis gaat. Dan doet het er niet toe of het met de psycholoog is of met de dokter.”

“In ziekenhuizen is de acceptatie van de medisch psycholoog toegenomen en in de eerste lijn is er ook vaak een samenwerkingsverband met eerstelijnspsychologen. Zolang het ingebed is in de medische zorg accepteren patiënten het wel. En steeds vaker vragen ze er expliciet naar.”

In dit kader wordt een hartrevalidatieprogramma als voorbeeld genoemd:

“Het mooie van hartrevalidatie is dat er altijd een maatschappelijk werker in het team zit en dat een patiënt die automatisch tegenkomt. Dan is de drempel veel lager. Dan is het ingebed in een revalidatieprogramma, in plaats van ‘Ik moet naar de maatschappelijk werker. Maar ik ben toch niet gek?’”

Een andere drempel is volgens deskundigen dat patiënten psychosociale klachten niet altijd ter sprake brengen uit vrees dat er niets aan gedaan kan worden, of omdat ze vrezen dat een hulpverlener de klachten zal bagatelliseren of omdat ze menen dat de hulpverlener niet competent genoeg is:

“Sommige patiënten komen bij een verpleegkundige of praktijkondersteuner die wel competent is, maar dan heeft de patiënt zoiets van: ‘Lief mens. Ze doet erg haar best. Maar mag ik een echte?’”

Maar ook zouden patiënten niet altijd in staat zijn om psychosociale klachten bij zichzelf te herkennen:

“Mensen die niet goed onder ogen zien wat er precies aan mankeert en een hoop bagatelliseergedrag vertonen, zijn daardoor niet goed in staat iets in hun gedrag te veranderen. Er mist dan nog een heel concept van oorzaak en gevolg en van wat men er zelf aan kan doen.”

Tot slot wordt gewezen op eventuele financiële drempels, zoals het vragen van een eigen bijdrage voor psychologische zorg, die het zoeken van psychosociale hulp in de weg kunnen staan.

4.3.7 Toekomst: inzetten op innovatieve, laagdrempelige en kostenbesparende interventies

Om het bereik van psychosociale zorg voor chronisch lichamelijk zieke patiënten te vergroten en tegelijk betaalbaar te houden, zou er volgens deskundigen sterk ingezet moeten worden op innovatieve, laagdrempelige en kostenbesparende interventies

Het grote aantal chronisch lichamelijk zieke patiënten dat potentieel baat heeft bij een psychosociaal zorgaanbod brengt tegelijkertijd een risico met zich mee dat er te weinig geld en tijd beschikbaar is om iedereen deze psychosociale zorg ook daadwerkelijk te bieden:

“Het feit dat het probleem zo groot is, maakt het ook lastiger om iets integraals neer te zetten. Als je voor honderd mensen met een combinatieprobleem iets moet verzinnen is dat aanzienlijk eenvoudiger dan wanneer je dat moet doen voor ongeveer een miljoen mensen. Dat zijn zulke enorme aantallen die zo'n druk zetten op het zorgsysteem, dat

het niet erg slim is om te bedenken dat daar iets voor opgetuigd moet worden met een kostprijs die niemand kan betalen."

Een aantal deskundigen pleit in dit kader voor innovatieve, laagdrempelige en kostenbesparende interventies om de zorg betaalbaar te houden en het bereik te vergroten. Aanbevolen wordt om sterker in te zetten op het vergroten van zelfmanagementvaardigheden bij chronisch lichamelijk zieke patiënten:

"Zelfmanagement moet breed gedefinieerd worden als je kijkt in de richting van toekomstbestendige zorg voor chronisch zieken. Je moet ook kijken naar emotioneel zelfmanagement (angst, onzekerheid, distress, somberheid, etc.) en naar het rolmanagement (hoe functioneer je?). (...) Op de lange termijn zou dit ervoor kunnen zorgen dat het aan iedereen verlenen van goede, geïntegreerde zorg haalbaar blijft."

"Zelfmanagement is een belangrijk instrument om in te zetten om de zorg voor bijkomende psychische problemen te verbeteren. Dit, omdat blijkt dat mensen met verschillende chronische ziekten na het aanleren van zelfmanagementvaardigheden minder vaak in het ziekenhuis terecht komen, minder vaak worden heropgenomen, minder vaak (school) verzuimen en een hogere 'quality of life' hebben. Die evidence is vrij sterk."

Ook wijst een aantal deskundigen op de voordelen van e-mental health als een innovatieve, laagdrempelige en goedkope manier om psychosociale hulp te bieden aan chronisch lichamelijk zieke patiënten, waarbij wel de kanttekening geplaatst wordt dat e-mental health mogelijk niet voor iedereen geschikt is, zoals voor ouderen en chronisch zieke patiënten die niet goed uit de voeten kunnen met internet.

Voor chronisch lichamelijk zieke patiënten zou e-mental health de drempel om psychosociale hulp te zoeken aanzienlijk kunnen verlagen, mede omdat e-mental health interventies anoniem achter de eigen computer gevolgd kunnen worden en patiënten er niet de deur voor uit hoeven. Ook zou de stap naar complexere zorg mogelijk minder groot zijn:

"Het binnenhalen van e-mental health in de gezondheidszorg kan heel veel betekenen, gezien de maatschappelijke omvang van het probleem. Ook biedt dit mogelijkheden mensen preventief te helpen, terwijl dat nu nog niet kan vanwege het tekort aan persoonlijke krachten. Er zijn veel combinatiemogelijkheden (bijvoorbeeld zelfmanagement en depressiebehandeling) denkbaar met ICT in vergelijking tot een enkele hulpverlener."

Wel wordt opgemerkt dat het gebruik van e-mental health interventies in de zorgpraktijk helaas nog laag is:

"Er is wel echt een gebrek aan e-mental health interventies, met name op het niveau van wat je standaard een patiënt zou kunnen aanbieden. Een hele grote groep patiënten zou hierbij gebaat zijn."

4.4 Samenvatting

Het belang van psychosociale problemen bij chronisch lichamelijk zieke patiënten is evident, zowel uit het oogpunt van de patiënt als van de samenleving. Ook zijn effectieve interventies beschikbaar. Toch maakt psychosociale zorg nog geen standaard onderdeel uit van de zorg voor patiënten met een chronische lichamelijke ziekte.

In dit hoofdstuk is naar de toekomst gekeken en in kaart gebracht hoe volgens deskundigen een betere integratie van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijk zieken gerealiseerd kan worden. Er zijn interviews gevoerd met 34 deskundigen op het gebied van psychosociale zorg bij coronaire hartziekte, diabetes type 2 of COPD in het bijzonder, of bij chronische lichamelijke ziekte in het algemeen. De deskundigen betreffen zorgverleners, wetenschappers en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en een zorgverzekeraar. De resultaten laten zien dat de deskundigen een diversiteit aan aanbevelingen doen, die onder te verdelen zijn in drie niveaus: macro-, meso- en microniveau.

Voordat we de genoemde aanbevelingen samenvatten, bespreken we eerst een aantal beperkingen van dit onderzoek. Een belangrijke beperking is dat het gekozen onderzoeksdesign niet toestaat om op basis van de resultaten algemeen geldende conclusies te trekken. Ook is niet duidelijk in hoeverre de aanbevelingen die de deskundigen hebben geformuleerd breed gedeeld worden in Nederland. Verder kleeft er een risico aan het werven van deskundigen via de sneeuwbalmethode: het kan niet uitgesloten worden dat een enigszins selectieve groep van deskundigen ondervraagd is.

Ondanks deze beperkingen, heeft dit onderzoek ook een aantal sterke punten. Niet eerder is zo systematisch in kaart gebracht op welke manieren een betere inbedding van psychosociale zorg in de zorg voor chronisch lichamelijk zieken gerealiseerd kan worden. De interviews leverden een breed palet aan aanbevelingen op. Een relatief groot aantal deskundigen is ondervraagd, uit verschillende beroepsgroepen. Opvallend was dat de aard van de aanbevelingen niet wezenlijk verschilde tussen deskundigen op het gebied van psychosociale zorg bij één van de drie chronische lichamelijke ziekten (coronaire hartziekte, diabetes type 2 en COPD). De genoemde aanbevelingen waren allen erop gericht om de kloof tussen de somatische en psychosociale hulpverlening te overbruggen, ongeacht om welke chronische lichamelijke aandoening het ging.

Op macroniveau werd bijvoorbeeld gepleit om het gezondheidszorgstelsel te transformeren van een aanbod- naar een vraaggestuurd stelsel, waarin de zorgzwaarte, de complexiteit en de diversiteit aan lichamelijke en psychosociale klachten centraal dienen te staan. Ook werd aanbevolen om in somatische richtlijnen en zorgstandaarden meer aandacht te besteden aan psychosociale zorg. Daarnaast werd gepleit voor het sterker inbedden van psychosociale zorg binnen somatische en keten-DBC's, en uiteindelijk te transformeren naar een integraal bekostigingssysteem.

Op mesoniveau werd voorgesteld om de kloof in de zorg tussen soma en psyche te overbruggen via het inzetten van meer zorgverleners in ziekenhuizen die op het snijvlak van soma en psyche functioneren; via het aanstellen van meer praktijkondersteuners

geestelijke gezondheidszorg (POH's GGZ) in huisartsenpraktijken; en via het inzetten van een centrale zorgmanager die regie houdt over het totale zorgtraject.

Op microniveau werd tenslotte voorgesteld om de kloof in de zorg tussen soma en psyche te overbruggen door alle betrokken zorgverleners toegang te geven tot een gemeenschappelijk elektronisch dossier om uitwisseling te stimuleren; de expertise van somatische hulpverleners te vergroten ten aanzien van psychosociale problemen bij chronisch lichamelijk zieke patiënten; en eventuele drempels voor chronisch lichamelijk zieken om psychosociale hulp te zoeken zoveel mogelijk weg te nemen, bijvoorbeeld door de acceptatie van het zoeken van psychosociale hulp te vergroten.

Hoewel alle aanbevelingen van de deskundigen erop gericht waren om de kloof tussen de somatische en psychosociale hulpverlening te overbruggen, blijft een heikel punt dat het grote aantal chronisch lichamelijk zieke patiënten dat potentieel baat kan hebben bij een psychosociaal zorgaanbod ook een risico met zich mee brengt als deze groep daadwerkelijk op zoek gaat naar psychosociale zorg: er is eenvoudigweg te weinig geld en tijd beschikbaar om iedereen de gewenste psychosociale zorg te bieden. Een aantal deskundigen pleit dan ook voor het toepassen van kostenbesparende, innovatieve, laagdrempelige interventies, zoals e-mental health, om psychosociale zorg betaalbaar te houden en het bereik van psychosociale interventies te vergroten. Voor chronisch lichamelijk zieke patiënten zou e-mental health de drempel om psychosociale hulp te zoeken aanzienlijk kunnen verlagen; e-mental health interventies kunnen immers anoniem achter de eigen computer gevolgd worden en patiënten hoeven er niet de deur voor uit hoeven.

Geconcludeerd kan worden dat de deskundigen een breed scala aan aanbevelingen doen die aanknopingspunten bieden om een betere integratie van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijk zieken te realiseren. De mate waarin de aanbevelingen breed gedragen worden in Nederland is onderwerp voor toekomstig onderzoek.

5 Nabeschuiving

Het doel van deze rapportage was om aanknopingspunten te bieden voor een betere integratie van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijke ziekten. Daarbij werd gefocust op drie aandoeningen met een hoge ziektelast: coronaire hartziekten, diabetes type 2 en chronisch obstructieve longziekte (COPD).

Allereerst werd gekeken naar de huidige stand van zaken op twee terreinen. Zorgstandaarden en richtlijnen voor de zorg van patiënten met coronaire hartziekte, diabetes type 2 of COPD zijn doorgenomen om na te gaan in hoeverre ze aandacht hebben voor psychosociale aspecten. Daarnaast werd een scan uitgevoerd naar interventies die worden onderzocht, geïmplementeerd of aangeboden in de praktijk en die bijdragen aan een betere inbedding van psychosociale zorg in de bestaande zorg voor patiënten met één van de drie lichamelijke ziektebeelden. Daarbij werd gefocust op de huisartsenpraktijk, ziekenhuissetting en GGZ.

Beschrijving stand van zaken

Scannen van zorgstandaarden en richtlijnen

Het blijkt dat er wat betreft aandacht voor psychosociale aspecten in de zorgstandaarden en richtlijnen duidelijke verschillen bestaan. De zorgstandaard, multidisciplinaire richtlijn (MDR) en huisartsrichtlijn (NHG-Standaard) voor COPD hebben bijvoorbeeld redelijk tot veel aandacht voor psychosociale aspecten, iets wat in mindere mate geldt voor de zorgstandaard en NHG-Standaard voor diabetes type 2. Wat betreft coronaire hartziekte valt op dat de MDR Hartrevalidatie uitgebreid ingaat op psychosociale aspecten, terwijl de MDR voor de chronische, postrevalidatiefase dit niet doet. De bestudeerde NHG-Standaarden bieden over het algemeen weinig concrete handvatten voor het signaleren en behandelen van psychosociale problemen. Zorgstandaarden en richtlijnen verschillen soms ook wat betreft uitgangspunten en aanbevelingen omtrent psychosociale aspecten. Een voorbeeld is dat de MDR COPD nog vasthoudt aan de traditionele indeling van patiënten op basis van de ernst van de luchtwegobstructie, terwijl de Zorgstandaard COPD uitgaat van een indeling naar ziektelast, waarbij ook gekeken wordt naar ervaren klachten, functionele beperkingen en kwaliteit van leven. Samenwerkingsrichtlijnen gaan vooral over samenwerking tussen huisartsen en paramedici of samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten; er is geen of weinig aandacht voor samenwerking met gespecialiseerde zorgverleners voor psychosociale problematiek.

In het rapport wordt een aantal aanbevelingen geformuleerd, waaronder het opnemen van concrete handvatten voor het signaleren, bespreken en behandelen van psychosociale problemen in 'somatische' zorgstandaarden en richtlijnen waarin

dit ontbreekt en meer aandacht in samenwerkingsrichtlijnen voor samenwerking met gespecialiseerde hulpverleners voor psychosociale problematiek. Ook wordt gepleit voor een betere aansluiting tussen verschillende somatische zorgstandaarden en richtlijnen wat betreft uitgangspunten en aanbevelingen omtrent psychosociale aspecten. Dit mede gezien het feit dat een aanzienlijk deel van de patiënten meerdere chronische lichamelijke ziekten (multimorbiditeit) zal hebben en dus te maken heeft met meerdere zorgstandaarden en richtlijnen. Tot slot wordt aanbevolen om na te gaan in hoeverre richtlijnaanbevelingen over hoe om te gaan met psychosociale problemen - zoals geformuleerd in de recent opgestelde Zorgstandaard COPD en MDR Hartrevalidatie - toegepast worden in de klinische praktijk, en wat daarbij beïnvloedende factoren zijn. Dit kan belangrijke informatie opleveren over hoe psychosociale zorg beter geïntegreerd kan worden in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijke zieken.

Scannen van interventies

Het beeld dat uit de inventarisatie van interventies naar voren komt is dat er in Nederland op het gebied van onderzoek, implementatie en praktijk allerlei ontwikkelingen gaande zijn die bijdragen aan een betere integratie van psychosociale en somatische zorg. Er worden diverse vernieuwende specifieke interventies ontwikkeld en wetenschappelijk onderzocht op effectiviteit, geïmplementeerd in de praktijk, of reeds in de praktijk aangeboden. Deze interventies vergroten het beschikbare psychosociale behandelaanbod voor patiënten met coronaire hartziekte, diabetes type 2, of COPD. Het betreffen relatief vaak interventies gericht op het versterken van zelfmanagement, die duidelijke aandacht hebben voor psychosociale aspecten. Vanuit de GGZ begint een hulpaanbod voor chronisch lichamelijke zieken te ontstaan, veelal groepscursussen. Daarnaast worden diverse methodes geïmplementeerd of reeds aangeboden in de praktijk die zorgverleners ondersteunen bij het bieden van psychosociale zorg aan chronisch lichamelijke zieken. Verder vindt er onderzoek plaats naar de (kosten-)effectiviteit van verschillende organisatorische interventies gericht op het veranderen van de structuur of het proces van zorgverlening en die bijdragen aan een betere integratie van psychosociale zorg in de zorg voor chronisch lichamelijke zieken. Een voorbeeld is het *collaborative care* model voor depressie dat in de ziekenhuissetting onderzocht wordt, en dat onder meer stapsgewijze behandeling van depressie, monitoring van behandeluitkomsten en multidisciplinaire samenwerking omvat. Tot slot, bestaan er poliklinieken speciaal gericht op psychosociale problemen bij diabetespatiënten.

Het valt op dat alle typen interventies - vernieuwende specifieke interventies, zorgverlenerondersteunende interventies en organisatorische interventies - worden gekenmerkt door een variëteit aan benaderingen. Dit maakt het lastig om *best practices* te onderscheiden. Verder komt naar voren dat de beschikbaarheid van interventies soms verschilt tussen de drie onderzochte lichamelijke ziektebeelden. Voor patiënten met diabetes type 2 worden bijvoorbeeld diverse zelfmanagementinterventies met duidelijke aandacht voor psychosociale aspecten onderzocht, geïmplementeerd, en in de praktijk aangeboden; dit lijkt in mindere mate te gelden voor patiënten met coronaire hartziekte. Uit de inventarisatie blijkt ook dat bewezen effectieve interventies doorgaans

op bescheiden schaal geïmplementeerd of aangeboden worden in de praktijk. Tot slot kwamen twee lacunes naar voren. Er werden opvallend weinig e-mental health interventies gericht op chronisch lichamelijk zieken gevonden. Daarnaast valt op dat, hoewel er vanuit de GGZ een hulpaanbod voor chronisch lichamelijk zieken begint te ontstaan, er geen of beperkt wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd is naar de (kosten-)effectiviteit van dit hulpaanbod.

Op basis van de inventarisatie worden in het rapport verschillende aanbevelingen gedaan, waaronder het stimuleren van een bredere implementatie en uitrol in de praktijk van bewezen effectieve interventies; het ontwikkelen en implementeren van e-mental health interventies voor chronisch lichamelijk zieken en het onderzoeken van de (kosten-)effectiviteit hiervan; en het onderzoeken van de (kosten-)effectiviteit van het hulpaanbod vanuit de GGZ voor chronisch lichamelijk zieken. Verder wordt gepleit voor het completeren van de inventarisatie, bijvoorbeeld door te kijken naar interventies gericht op andere (niet-bestudeerde) chronische lichamelijke aandoeningen en interventies die plaatsvinden in andere (niet-bestudeerde) settings. Hierdoor zullen waarschijnlijk additionele interventies op psychosociaal gebied gevonden worden, wat bijdraagt aan een verdere uitwisseling van kennis. Er kan geleerd worden door over de 'grenzen' van een specifiek lichamelijk ziektebeeld of setting te kijken. Tot slot wordt aanbevolen om de bevindingen en ervaringen uit de lopende onderzoeks- en implementatieprojecten te monitoren en systematisch te evalueren. Dit geldt ook voor de ervaringen met interventies die reeds lokaal in de praktijk aangeboden worden. Het zal waardevolle informatie leveren over hoe te komen tot een betere inbedding van psychosociale zorg in de bestaande zorg voor chronisch lichamelijk zieken. De verzameling en uitwisseling van kennis zou goed kunnen plaatsvinden door een digitaal platform te creëren waarop alle lopende en toekomstige initiatieven gebundeld worden.

Toekomstvisie: deskundigen aan het woord

In het tweede deel van het rapport is naar de toekomst gekeken. Geprobeerd is om systematisch in kaart te brengen op welke manieren psychosociale zorg beter geïntegreerd kan worden in de reguliere zorg voor patiënten met coronaire hartziekte, diabetes type 2 of COPD in het bijzonder, of voor chronisch lichamelijk zieken in het algemeen. Daartoe zijn deskundigen geïnterviewd, uit verschillende beroepsgroepen, waaronder zorgverleners, wetenschappers, en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en een zorgverzekeraar.

De deskundigen formuleerden een breed scala aan aanbevelingen die allen erop gericht waren om de kloof tussen somatische en psychosociale hulpverlening te overbruggen. Ze hadden betrekking op verschillende niveaus. Op macroniveau werd onder meer gepleit voor een andere benadering van de gezondheidszorg en een andere vormgeving van de financiering van zorg. Aanbevolen werd bijvoorbeeld om het gezondheidszorgstelsel te transformeren van een aanbod- naar een vraaggestuurd stelsel, waarin de zorgzwaarte, de complexiteit en de diversiteit aan lichamelijke en psychoso-

ciale klachten centraal dienen te staan. Ook op mesoniveau (zorgorganisatie) werden diverse aanbevelingen gedaan, waaronder het inzetten van meer zorgverleners in het ziekenhuis die op het snijvlak van soma en psyche functioneren, het aanstellen van meer POH's GGZ in de huisartsenpraktijk, en het inzetten van een centrale zorgmanager die regie houdt over het gehele zorgtraject. Op microniveau werd onder meer voorgesteld om alle betrokken zorgverleners toegang te geven tot een gemeenschappelijk elektronisch dossier om uitwisseling te stimuleren; het vergroten van de deskundigheid van somatische zorgverleners over psychosociale problemen; en het verlagen van barrières die chronisch lichamelijk zieken ervaren bij het zoeken van psychosociale hulp. Ten slotte werd gepleit voor het inzetten op innovatieve, laagdrempelige en kostenbesparende interventies (zoals e-mental health interventies) om het bereik van psychosociale zorg voor chronisch lichamelijk zieken te vergroten en tegelijk betaalbaar te houden.

Tot slot

Op basis van deze rapportage kan geconcludeerd dat er positieve ontwikkelingen gaande zijn op het gebied van psychosociale zorg bij chronische lichamelijke ziekte. Er bestaan recent opgestelde 'somatische' zorgstandaarden en multidisciplinaire richtlijnen die veel aandacht hebben voor psychosociale aspecten en concrete aanbevelingen bieden hoe om te gaan met psychosociale problematiek. Er vindt onderzoek plaats naar hoe psychosociale zorg voor chronisch lichamelijk zieken beter georganiseerd kan worden, op een kosten-effectieve manier. Het psychosociale behandelaanbod voor chronisch lichamelijk zieken wordt uitgebreid door de ontwikkeling, implementatie en het in de praktijk aanbieden van vernieuwende interventies. Er worden verschillende methodes geïmplementeerd of reeds in de praktijk toegepast die zorgverleners ondersteunen bij het bieden van psychosociale zorg aan chronisch lichamelijk zieken. Echter, uit onze inventarisatie blijkt ook dat deze initiatieven ad hoc geïmplementeerd of aangeboden worden in de praktijk en dat integrale zorg nog geen gemeengoed is. Dit vraagt om beleid dat een betere integratie van psychosociale zorg in de reguliere zorg voor chronisch lichamelijk zieken stimuleert. De geïnterviewde deskundigen hebben een breed scala aan aanknopingspunten aangeleverd hoe dit beleid vorm te geven.

Referenties

- Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E., e.a. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 24, 1069-78.
- Baan, C.A. & Poos, M.J.J.C. (2011a). Neemt het aantal mensen met diabetes mellitus toe of af? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>>
- Baan, C.A. & Poos, M.J.J.C. (2011b). Hoe vaak komt diabetes mellitus voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>>
- Baan, C.A., Wolleswinkel-van den Bosch, J.H., Eysink P.E.D., e.a. (2011). Wat is diabetes mellitus en wat is het beloop? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>>
- Bastelaar, K.M.P. van, Pouwer, F, Cuijpers, P., e.a. (2009). Online cognitieve gedragstherapie voor diabetespatiënten met depressieve klachten: een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. *Psychologie en Gezondheid*, 37, 222-228.
- Bastelaar, K.M.P. van (2011). *Web-based cognitive behaviour therapy for depression in adults with Type 1 or Type 2 diabetes*. Dissertatie. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Baune, B.T., Adrian, I. & Jacobi, F. (2007) Medical disorders affect health outcome and general functioning depending on comorbid major depression in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 109-118.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., e.a. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bennett, G.G. & Glasgow, R.E. (2009). The delivery of public health interventions via the Internet: actualizing their potential. *Annual Review of Public Health*, 29, 273-292.
- Blokstra, A. & Verschuren, W.M.M. (redactie) (2007). *Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziekteprevalentie 2005-2025*. Bilthoven: RIVM.
- Boer, J. de, Boersma, S.N., Gucht, V.M.J. de, e.a., (2005). *Psychosociale problemen bij hart- en vaatziekten*. Bilthoven: Hartenark/Nederlandse Hartstichting.
- Boersma, S.N. (2004). *A self-regulation perspective on emotional distress and health-related quality of life after myocardial infarction*. Dissertatie. Leiden: Universiteit van Leiden.
- Boezen, H.M., Postma, D.S., Smit, H.A., e.a. (2006a). Neemt het aantal mensen met COPD toe of af? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>>

- Boezen, H.M., Postma, D.S., Smit, H.A., e.a. (2006b). Wat is COPD en wat is het beloop? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>>
- Boomsma, L., Boer, M. de, Bouma, M., e.a. (2005). *Landelijke Transmurale Afspraak Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap/Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut.
- Boomsma, L.J., Lakerveld-Hey, I.K., Gorter, K.J., e.a. (2006). *Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Diabetes mellitus type 2*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap/Nederlandse Vereniging voor Cardiologie.
- Bourbeau, J., Julien, M., Maltais, F., e.a. (2003). Chronic Obstructive Pulmonary Disease axis of the Respiratory Network Fonds de la Recherche en Santé du Québec. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Archives of Internal Medicine*, 163, 585-591.
- Boyd, C.M., Darer, J., Boul, C., e.a. (2005). Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*, 294, 716-24.
- Boyd, C.M., Boul, C., Shadmi, E., e.a. (2007). Guided care model for multimorbid adults. *The Gerontologist*, 47, 697-704.
- Brenes, G.A. (2003). Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact, and treatment. *Psychosomatic Medicine*, 65, 963-970.
- Broek, K.C. van den (2008). *Anxiety in implantable defibrillator treatment: vulnerability factors and clinical consequences*. Dissertatie. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Buist-Bouwman, M.A., Graaf, R. de, Vollebergh, W.A., e.a. (2005) Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 436-443.
- Bunnik, Y. & Wijngaarden, B. van (2010). *Samen wijzer worden. Draaiboek voor gespreksgroepen lotgenotencontact en zelfmanagement*. Amersfoort: Astma Fonds.
- CBO (2010). *Richtlijn Diagnostiek en behandeling van COPD. Actualisatie maart 2010*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- CBO (2011). *Concept Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (herziening 2011)*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- Chavannes, N.H., Grijzen, M., Akker, M. van den, e.a. (2009). Integrated disease management improves one-year quality of life in primary care COPD patients: a controlled clinical trial. *Primary Care Respiratory Journal*, 18, 171-176.
- Coördinatieplatform Zorgstandaarden & ZonMw programma Diseasemanagement chronische ziekten (2009). *Standaard voor zorgstandaarden; Een tussentijds rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten*. Den Haag: ZonMw.
- Cuijpers, P. (1995). De cursus 'omgaan met depressie': een overzicht van de literatuur. *Gedragstherapie*, 3, 175-194.

- Cuijpers, P. (1998). Prevention of depression in chronic general medical disorders: a pilot study. *Psychological Reports*, 82, 735-738.
- Cuijpers, P. & Dekker, J. (2005). Psychologische behandeling van depressie; een systematisch overzicht van meta-analysen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 20, 1892-1897.
- Cuijpers, P., Straten, A. van & Andersson, G. (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 169-177.
- Cuijpers, P. & Osch, B. van (2009). *Leven met een chronische ziekte* (cursistenmap). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Davies, M.J., Heller, S., Skinner, T.C., e.a.; Diabetes Education and Self Management for Ongoing and Newly Diagnosed Collaborative (2008). Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 336, 491-495.
- Deckers, J.W., Engelfriet, P.M. & Dis, I. van (2010). Wat zijn coronaire hartziekten en wat is het beloop? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>>
- Denollet, J. (2005). DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67, 89-97.
- Denollet, J.K.L., Aquarius, A.E.A.M. & Smolderen, K.G.E. (2006). Ischemische hart- en vaatziekten. In: A.A. Kaptein, R. Beunderman, J. Dekker, A.J.J.M. Vingerhoets (redactie). *Psychologie en geneeskunde. Behavioural medicine (derde druk)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Denollet, J., Schiffer, A.A. & Spek, V. (2010). A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on the type D (distressed) personality profile. *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3, 546-557.
- DiMatteo, M.R., Lepper, H.S. & Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101-2107.
- Dis, I. van, Poos, M.J.J.C., Engelfriet, P.M., e.a. (2010). Neemt het aantal mensen met een coronaire hartziekte toe of af? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>>
- Eijk, J. van (2010). *Met meer menselijke maat naar een toekomstbestendige zorg voor chronisch zieken*. Afscheidsrede. Maastricht: Universiteit van Maastricht.
- Eijk, J. van & Terluin, B. (2010). Aandacht voor de zieke hoort bij de zorg voor chronisch zieken. *Huisarts en Wetenschap*, 53, 356-357.
- Engen-Verheul, M. van, Keizer, N. de, Hellemans, I., e.a. (2010). Design of a continuous multifaceted guideline-implementation strategy based on computerized decision support. *Studies in Health Technology and Informatics*, 160 (Pt 2), 836-840.

- Erp, J. van & Donders, P. (redactie) (2004). *Leven met verandering, Verslag van de symposiumreeks Coping en verwerking bij chronische ziekte*. Bilthoven: Hartenark/Nederlandse Hartstichting.
- Erp, J. van, Hinnen, C. & Sanderman, R. (redactie) (2006). *Psychosociale zorg bij Hart- en Vaatziekten*. Bilthoven: Hartenark/Nederlandse Hartstichting.
- Erp, J. van & Schipper, K. (2010). Effecten van psychosociale interventies bij hart- en vaatziekten: coronaire hartziekten, hartfalen en cerebrovasculaire aandoeningen. In: J. Jaspers & H. van Middendorp (redactie) (2010). *Psychosociale zorg bij chronische ziekten. Klinische praktijk en effectiviteit*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Evans, D.L., Charney, D.S., Lewis, L., e.a. (2005) Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biological Psychiatry*, 58, 175–189.
- Feltz-Cornelis, C.M. van der, Nuyen, J., Stoop, C., e.a. (2010). Effect of interventions for major depressive disorder and significant depressive symptoms in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 32, 380-395.
- Fleer, J., Luttik, M.L., Jaarsma, T., e.a. (2010). *Eindrapportage project Hart voor mensen. Screening psychosociale problemen bij mensen met hart- en vaatziekten*. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Gezondheidsraad (2008). *Ouderdom komt met gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gilbody, S., Sheldon, T. & House, A. (2008) Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 178, 997-1003.
- Gonzalez, J.S., Peyrot, M., McCarl, L.A., e.a. (2008). Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2008, 31, 2398–2403.
- Goud, R. (2009). *Computerized decision support to improve guideline implementation in cardiac rehabilitation. The CARDSS project*. Dissertatie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Goud, R., Keizer, N.F. de, Riet, G. ter, e.a. (2009). Effect of guideline based computerised decision support on decision making of multidisciplinary teams: cluster randomised trial in cardiac rehabilitation. *BMJ*, 338, b1440.
- Grigsby, A.B., Anderson, R.J., Freedland, K.E., e.a. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1053–1060.
- Groot, M. de, Anderson, R., Freedland, K.E. e.a. (2001). Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 63, 619-30.
- Grundmeijer, H.G.L.M., Bentum, S.T.B. van, Hendrick, J.M.A., e.a. (2005). *NHG-Standaard beleid na een doorgemaakt myocardinfarct*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Gulliksson, M., Burell, G., Vessby, B., e.a. (2011). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *Archives of Internal Medicine*, 171, 134-140.

- Heijmans, M., Spreeuwenberg, P. & Rijken, M. (2010). *Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch ziekten. Rapportage 2010*. Utrecht: NIVEL.
- Heinrich, E. (2011). Diabetes self-management. *Strategies to support patients and health care professionals*. Dissertatie. Maastricht: Universiteit van Maastricht.
- Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Wit, A.A., e.a. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 169-183.
- Hoeymans, N., Schellevis, F.G. & Wolters, I. (2008). Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>>
- Hoeymans, N., Melse, J.M. & Schoemaker, C.G. (2010). *Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter*. Bilthoven: RIVM.
- Horn, E.K., Benthem, T.B. van, Hakkaart-van Roijen, L., e.a. (2007). Cost-effectiveness of collaborative care for chronically ill patients with comorbid depressive disorder in the general hospital setting, a randomised controlled trial. *BMC Health Services, 7*, 28.
- Huyse, F.J. (2010). Geïntegreerde psychologische en multidisciplinaire zorg. *BIJBLIJVEN. Tijdschrift Praktische Huisartsgeneeskunde, 26*, 61-72.
- Huyse, F.J., Latour, C.H.M., Weel, C. van, e.a. (2010). Complexiteit: screening en analyse. In: A.F.G. Leentjens, R.O.B. Gans, J.M.G.A. Schols, C. van Weel (redactie). *Handboek multidisciplinaire zorg*. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij BV.
- Jaspers, J. & Middendorp, H. van (redactie) (2010). *Psychosociale zorg bij chronische ziekten. Klinische praktijk en effectiviteit*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jonge, P. de, Huyse, F.J., Stiefel, F.C., e.a. (2001). INTERMED-a clinical instrument for biopsychosocial assessment. *Psychosomatics, 42*, 106-109.
- Jonge, P. de, Latour, C. & Huyse, F.J. (2002). Interrater reliability of the INTERMED in a heterogeneous somatic population. *Journal of Psychosomatic Research, 52*, 25-27.
- Jonge, P. de, Latour, C.H. & Huyse, F.J. (2003). Implementing psychiatric interventions on a medical ward: effects on patients' quality of life and length of hospital stay. *Psychosomatic Medicine, 65*, 997-1002.
- Jonkers, K. (2009). *Emotional support for chronically ill elderly persons. Feasibility, effectiveness and cost-effectiveness of a minimal psychological intervention*. Dissertatie. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Kaptein, A.A., Beunderman, R., Dekker, J., e.a. (redactie) (2006). *Psychologie en geneeskunde. Behavioural medicine (derde druk)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kaptein, A.A., Fischer & M.J., Scharloo, M. (2010). Respiratoire aandoeningen en medische psychologie. In: J. Jaspers & H. van Middendorp (redactie). *Psychosociale zorg bij chronische ziekten. Klinische praktijk en effectiviteit*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Katon, W.J. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*, 54, 216-226.
- Katon, W.J. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13, 7-23.
- Katon, W.J., Korff, M. von, Lin, E.H., e.a. (2004). The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1042-1049.
- Katon, W., Unützer, J., Fan, M.Y., e.a. (2006). Cost-effectiveness and net benefit of enhanced treatment of depression for older adults with diabetes and depression. *Diabetes Care*, 29, 265-270.
- Katon, W., Lin E.H. & Kroenke, K. (2007) The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 29, 147-155.
- Katon, W., Fan, M.Y., Unützer, J., e.a. (2008). Depression and diabetes: a potentially lethal combination. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 1571-1575.
- Katon, W.J., Lin, E.H., Korff, M. von, e.a. (2010). Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *The New England Journal of Medicine*, 363, 2611-20.
- Keers, J.C. (2004). *Diabetes rehabilitation: effects and utilization of a Multidisciplinary Intensive Education Programme*. Dissertatie. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Keers, J.C., Bouma, J. & Links, T.P. (2004a). Diabetes revalidatie: effecten en toepassing van een multidisciplinair intensief educatie programma. *Nederlands Tijdschrift voor Diabetologie*, 2, 68-74.
- Keers, J.C., Groen, H., Sluiter, W.J., e.a. (2004b). Cost and benefits of a multidisciplinary intensive diabetes education programme. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11, 293-303.
- Keers, J.C. & Pouwer, F. (2010). Psychosociale interventies bij mensen met diabetes. In: J. Jaspers & H. van Middendorp (redactie). *Psychosociale zorg bij chronische ziekten. Klinische praktijk en effectiviteit*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Koopmans, G.T., Donker, M.C. & Rutten, F.H. (2005a). Length of hospital stay and health services use of medical inpatients with comorbid noncognitive mental disorders: a review of the literature. *General Hospital Psychiatry*, 27, 44-56.
- Koopmans, G.T., Donker, M.C. & Rutten, F.H. (2005b). Common mental disorders and use of general health services: a review of the literature on population-based studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 341-350.
- Kop, W.J. & Ader, D.N. (2001). Assessment and treatment of depression in coronary artery disease patients. *Italian Heart Journal*, 2, 890-894.
- Kruis, A.L., Adrichem, J. van, Erkelens, M.R., e.a. (2010). Sustained effects of integrated COPD management on health status and exercise capacity in primary care patients. *International Journal of COPD*, 5, 407-413.

- Lakerveld-Heyl, K., Boomsma L.J., Geijer, R.M.M., e.a. (2007). *Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak COPD*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap/ Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut.
- Lamers, F. (2008). Treating depression in the elderly. *The evaluation of a minimal psychological intervention*. Dissertatie. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Lamers, F. & Jonkers, K. (2010). Minimale interventie door verpleegkundigen helpt ouderen met stemmingsproblemen. *Huisarts en Wetenschap*, 53, 358-361.
- LAN (2010). *Zorgstandaard COPD*. Amersfoort: Long Alliantie Nederland.
- Latour, C.H., Vos, R. de, Huyse, F.J., e.a. (2006). Effectiveness of post-discharge case management in general-medical outpatients: a randomized, controlled trial. *Psychosomatics*, 47, 421-429.
- Lin, E.H., Rutter, C.M., Katon, W., e.a. (2010). Depression and advanced complications of diabetes: a prospective cohort study. *Diabetes Care*, 33, 264-269.
- Ludman, E.J., Katon, W., Russo, J., e.a. (2004). Depression and diabetes symptom burden. *General Hospital Psychiatry*, 26, 430-436.
- Luttik, M.L., Jaarsma, T., Sanderma, R., e.a. (2011). The advisory brought to practice Routine screening on depression (and anxiety) in coronary heart disease; consequences and implications. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 228-233.
- Meeteren-Schram, M.T. van & Baan, C.A. (2007). *Diabetes en depressie, een zorgelijk samenspel*. Bilthoven: RIVM.
- Meeuwissen, J.A.C., Holleman, G.J.M., Jong, F.J. de, e.a. (2011). Screening and guided self-help intervention for anxiety and depression in patients with type 2 diabetes: a new role for diabetes nurses in primary care? *European Diabetes Nursing*, 8, 47-52.
- Meijer, A., Conradi, H.J., Bos, E.H., e.a. (2011). Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research. *General Hospital Psychiatry*, 33, 203-216.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1988). *Rapport klinisch psycholoog in ziekenhuizen en verpleeghuizen*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
- NDF (2007). *NDF Zorgstandaard. Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2*. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie.
- NDF (2011). *Zelfmanagementeducatie bij diabetes; een raamwerk voor competenties van zorgprofessionals*. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie.
- NHG (2006). *NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.
- NHG (2010). *Procedures voor de ontwikkeling van NHG-Standaarden; 'het procedureboek'*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.
- NHG/NVALT (2001). *Landelijke Transmurale Afspraak COPD*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap/Den Bosch: Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose.

- Noël, P.H., Williams, J.W., Unützer, J., e.a. (2004). Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: impact on multiple domains of health status and well-being. *Annals of Family Medicine*, 2, 555-562.
- Nuyen, J., Volkers, A.C., Verhaak, P.F.M., e.a. (2005). Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric comorbidity. *Psychological Medicine*, 35, 1185-1195.
- Nuijen, J. (2009). *Depression and comorbidity. General practice-based studies on occurrence and health care consequences*. Dissertatie. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- NVVC (2010). *Beslisboom Poliklinische Indicatiestelling Hartvalidatie 2010*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Cardiologie.
- Oostrom, S.H. van, Picavet, H.S.J., Gelder, B.M. van, e.a. (2011). Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking: gegevens van huisartsenpraktijken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 155, A3193.
- Patten, S.B., Beck, C.A., Kassam, A., e.a. (2005) Long-term medical conditions and major depression: strength of association for specific conditions in the general population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 195-202.
- Pedersen, S.S. (2010). *Heart disease and cardiac implantable electronic devices: a happy marriage- but where is the patient?* Inaugurele rede. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Pedersen, S.S., Broek, K.C. van den & Sears, S.F. Jr (2007). Psychological intervention following implantation of an implantable defibrillator: a review and future recommendations. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 30, 1546-1554.
- Pedersen, S.S., Spek, V., Theuns, D.A., e.a. (2009). Rationale and design of WEBCARE: a randomized, controlled, web-based behavioral intervention trial in cardioverter-defibrillator patients to reduce anxiety and device concerns and enhance quality of life. *Trials*, 10, 120.
- Pedersen, S.S., Broek, K.C. van den, Theuns, D.A.M.J., e.a. (2011). Risk of chronic anxiety in implantable defibrillator patients: A multi-center study. *International Journal of Cardiology*, 147, 420-423.
- Peters, J.B., Daudey, L., Heijdra, Y.F., e.a. (2009). Development of instruments for detailed measurement of health status in patients with COPD in routine care: the Nijmegen Clinical Screening Instrument. *Quality of Life Research*, 18, 901-912.
- Platform Vitale Vaten (2009). *Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement Deel I (voor zorgverleners)*. Soesterberg: Platform Vitale Vaten.
- Polonsky, W.H. (1999). *Diabetes Burnout: What to do when you can't take it anymore*. Alexandria: American Diabetes Association.
- Pommer, A.M., Pouwer, F., Denollet, J., Pop, V.J. (2012). Managing co-morbid depression and anxiety in primary care patients with asthma and/or Chronic Obstructive Pulmonary Disease: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 13, 6.
- Pool, G., Ellenbroek, E., Klene, M. & Koopmans, I. (2004). Betrokkenen aan het woord: patiënten, zorgverleners en denkers over zorg. In: G. Pool, F. Heuvel,

- A.V. Ranchor, R. Sanderman (redactie). *Psychologie en geneeskunde. Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Pouwer, F. (2009). Should we screen for emotional distress in type 2 diabetes mellitus? *Nature Reviews. Endocrinology*, 5, 665-667.
- Pouwer, F., Snoek, F.J., Ploeg, H.M. van der, e.a. (2001). Monitoring of psychological well-being in outpatients with diabetes: effects on mood, HbA(1c), and the patient's evaluation of the quality of diabetes care: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 24, 1929-1935.
- Pouwer, F., Beekman, A.T., Lubach, C., e.a. (2006). Nurses' recognition and registration of depression, anxiety and diabetes-specific emotional problems in outpatients with diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling*, 60, 235-40.
- Pouwer, F., Tack, C.J., Geelhoed-Duijvestijn, P.H., e.a. (2011). Limited effect of screening for depression with written feedback in outpatients with diabetes mellitus: a randomised controlled trial. *Diabetologia*, 54, 741-748.
- Ranatunga, S., Myers, S., Redding, S., e.a. (2010). Introduction of the chronic model into an academic rheumatology clinic. *Quality and Safety in Health Care*, 19, e48.
- Revalidatiecommissie NVVC/NHS en projectgroep PAAHR (2011). *Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie 2011*. Utrecht: Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie.
- Riper, H., Smit, F., Zanden, R. van der, e.a. (2007). *E-mental health: high tech, high touch, high trust. Programmeringsstudie e-mental health*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Robben, P.M.B. & Tietema, W. (2005). Ziekenhuispsychiatrie niet transparant. *Medisch Contact*, 60, 1071-4.
- Rollman, B.L., Belnap, B.H., LeMenager, M.S., e.a. (2009). Telephone-delivered collaborative care for treating post-CABG depression: a randomized controlled trial. *JAMA*, 302, 2095-2103.
- Rutten, G.E.H.M., Grauw, W.J.C. de, Nijpels, G., e.a. (2006). *NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (Tweede herziening)*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Scharloo, M., Fischer, M.J. & Kaptein, A.A. (2006). Respiratoire aandoeningen. In: A.A. Kaptein, R. Beunderman, J. Dekker, A.J.J.M. Vingerhoets (redactie). *Psychologie en geneeskunde. Behavioural medicine (derde druk)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Scott, K.M., Korff, M. von, Alonso, J., e.a. (2009). Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 39, 33-43.
- Segal, Z.V., Williams, J.M. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Simon, G.E., Korff, M. von, Barlow, W. (1995). Health care costs of primary care patients with recognized depression. *Archives of General Psychiatry*, 52, 850-856.
- Smeele, I.J.M., Weel, C. van, Schayck, C.P. van, e.a. (2007). *NHG-Standaard COPD (Tweede herziening)*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.

- Snoek, F.J. (2006). Diabetes mellitus. In: A.A. Kaptein, R. Beunderman, J. Dekker, A.J.J.M. Vingerhoets (redactie). *Psychologie en geneeskunde. Behavioural medicine (derde druk)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Snoek, F.J., Donker, F.J.S., Linden-van den Heuvel, G.F.E.C. van, e.a. (2004). *De inzet van de medisch psycholoog bij de behandeling van diabetes mellitus. Richtlijnen voor psychologische diagnostiek en behandeling*. Sectie Psychologen Algemene/ Academische Ziekenhuizen van het Nederlands Instituut van Psychologen.
- Snoek, F.J., Kersch, N.Y., Eldrup, E., e.a. (2011). Monitoring of individual needs in diabetes (MIND): baseline data from the cross-national diabetes attitudes, wishes, and needs (DAWN) MIND Study. *Diabetes Care*, 34, 601-603.
- Son, J. van, Nyklíček, I., Pop, V.J., e.a. (2011). Testing the effectiveness of a mindfulness-based intervention to reduce emotional distress in outpatients with diabetes (DiaMind): design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11, 131.
- Soons, P.H.G.M. (2006). Psychologen in de somatische gezondheidszorg. In: A.A. Kaptein, R. Beunderman, J. Dekker, A.J.J.M. Vingerhoets (redactie). *Psychologie en geneeskunde. Behavioural medicine (derde druk)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Steenbergen-Weijenburg, K.M. van, Feltz-Cornelis, C.M. van der, Adèr H.J. e.a. (2010). *Collaborative care voor comorbide depressie bij chronisch zieke patiënten in de ziekenhuis polikliniek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Stichting ketenkwaliteit COPD (2005). *Richtlijn Ketenzorg COPD*. Alphen aan de Rijn: Van Zuiden Communications B.V.
- Stiefel, F.C., Jonge, P. de, Huyse, F.J., e.a. (1999). "INTERMED": a method to assess health service needs. II. Results on its validity and clinical use. *General Hospital Psychiatry*, 21, 49-56.
- Stiefel, F., Zdrojewski, C., Bel Hadj, F., e.a. (2008). Effects of a multifaceted psychiatric intervention targeted for the complex medically ill: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 247-256.
- Stoop, C.H., Spek, V.R., Pop, V.J., Pouwer, F. (2011). Disease management for co-morbid depression and anxiety in diabetes mellitus: design of a randomised controlled trial in primary care. *BMC Family Practice*, 12, 139.
- Straten, A. van, Geraedts, A., Verdonck-de Leeuw, I., e.a. (2010). Psychological treatment of depressive symptoms in patients with medical disorders: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 23-32.
- Strijbis, A.M., Franke, B., Boxtel, I. van, e.a. (2005). Hartrevalidatie in cijfers. *Hart Bulletin*, 36, 94-99.
- Strong, V., Waters, R., Hibberd, C., e.a. (2008). Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. *Lancet*, 372, 40-48.
- Struijs, J.N., Til, J.T. van, Baan C.A. (2009). *Experimenteren met de keten-dbc diabetes. De eerste zichtbare effecten*. Bilthoven: RIVM.
- Thombs, B.D., Bass, E.B., Ford, D.E., e.a. (2006). Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 30-38.

- Thombs, B.D., Jonge, P. de, Coyne, J.C., e.a. (2008). Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *JAMA*, 300, 2161–2171.
- Thoolen, B. (2007). *Beyond good intentions. The effectiveness of a proactive self-management intervention in patients with screen-detected type 2 diabetes*. Dissertatie. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Til, J.T. van, Wildt, J.E. de, Struijs, J.N. (2010). De organisatie van zorggroepen anno 2010: Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. Bilthoven: RIVM.
- Trimbos-instituut, GGZ Nederland, ZonMw (2008). *Kennisagenda: psychische gezondheid, onderzoek en implementatie: stand van zaken januari 2008*. Utrecht: Trimbos-instituut, GGZ Nederland, ZonMw.
- Veenstra, S. & Vonk, M. (2006). Brug tussen lichaam en geest. Psychologische behandeling verbetert de medische prognose. *Medisch Contact*, 49, 1978-1980.
- Vercoulen, J.H.M.M., Daudey, L., Molema, J., e.a. (2008). An Integral assessment framework of health status in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 263-279.
- Vercoulen, J.H.M.M. & Prins, J.B. (2010). Psychologische aspecten van ernstige of meervoudige problemen. In: A.F.G. Leentjens, R.O.B. Gans, J.M.G.A. Schols, C. van Weel (redactie). *Handboek multidisciplinaire zorg*. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij BV.
- Verkooijen, L. (2006). *Ondersteuning Eigen Regievoering & Vraaggestuurde Zorg*. Dissertatie. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Versteeg, H., Theuns, D.A.M.J., Erdman, R.A.M., e.a. (2011). Posttraumatic stress in implantable cardioverter defibrillator patients: The role of pre-implantation distress and shocks. *International Journal of Cardiology*, 146, 438-439.
- Versnel, N., Welschen, L.M., Baan, C.A., e.a. (2011). The effectiveness of case management for comorbid diabetes type 2 patients; the CasCo study. Design of a randomized controlled trial. *BMC Family Practice*, 12, 68.
- Voordouw, I., Osch, B. van & Terweij, M. (2005). *De cursus Leven met een chronische ziekte. Handreiking voor coördinatoren en begeleiders*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- VWS (2008). *Programmatische aanpak van chronische ziekten*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2011a). *Verzoek om uitvoeringstoets Basis GGZ*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2011b). *Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Waerden, J. van der (2010). *Diabetes uit de dip. Aansluiting van depressie preventie bij leefstijl interventies in de diabeteszorg*. Maastricht: Universiteit van Maastricht.
- Weel, C. van & Schellevis, F.G. (2006). Comorbidity and guidelines: conflicting interests. *Lancet*, 367, 550-551.
- Welter, J., Litsenburg, L. van, Kuijpers P., e.a. (2010). *Adviesrapportage Psychosociale screening als onderdeel van de beslisboom Hartrevalidatie door de tijdelijke werkgroep Psychosociale screening*. Maastricht: Universiteit van Maastricht.

- Wempe, J. & Schlösser, M. (2004). Luchtweegen en ademhaling: astma en COPD. In: G. Pool, F. Heuvel, A.V. Ranchor, R. Sanderman (redactie). *Handboek Psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Westert, G.P., Satariano, W.A., Schellevis, F.G., e.a. (2001). Patterns of comorbidity and the use of health services in the Dutch population. *European Journal of Public Health, 11*, 365-372.
- Wieren, S. van, Deckers, J.W. & Engelfriet, P.M. (2010a). Welke zorg gebruiken patiënten en wat zijn de kosten? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>>
- Wieren, S. van, Baan, C.A., Poos, M.J.J.C., e.a. (2010b). Wat is het zorggebruik en wat zijn de kosten? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>>
- Wieren, S. van & Feenstra, T.L. (2008). Welke zorg gebruiken patiënten en wat zijn de kosten? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>>
- Zhang, M.W., Ho, R.C., Cheung, M.W., e.a. (2011). Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *General Hospital Psychiatry, 33*, 217-223.
- ZonMw (2010). *Projecten in beeld. Diseasemanagement chronische ziekten*. Den Haag: ZonMw.
- Zuidersma, M., Doornbos, B. & Jonge, P. de (2009). Standaard screening op depressie bij hartpatiënten nog niet zinvol. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 153*, A157.

Bijlage 1

Scannen van zorgstandaarden en richtlijnen: uitgebreide resultaten

1 Inleiding

In deel A van dit rapport is vanwege de leesbaarheid beknopt ingegaan op de aandacht voor psychosociale aspecten in zorgstandaarden en richtlijnen voor coronaire hartziekten, diabetes type 2 en chronisch obstructieve longziekte (COPD). In deze bijlage wordt uitgebreid ingegaan op de resultaten van het doornemen van de zorgstandaarden en richtlijnen. Hierbij wordt dezelfde volgorde aangehouden als in deel A; eerst worden de zorgstandaard en richtlijnen voor coronaire hartziekten besproken, daarna die voor diabetes type 2 en tenslotte die voor COPD. Voor de overzichtelijkheid presenteert Tabel 1 alle zorgstandaarden en richtlijnen die bestudeerd zijn.

Bij de bespreking van elk van de drie zorgstandaarden wordt eerst kort ingegaan op het onderwerp, het doel en voor wie de zorgstandaard bedoeld is. Vervolgens wordt de zorgstandaard samengevat weergegeven in een stroomschema⁹⁸ om een beeld te krijgen van hoe het zorgproces er uit zou dienen te zien en in hoeverre hierbij aandacht is voor psychosociale aspecten. Om het overzicht en de onderlinge vergelijkbaarheid te vergemakkelijken, worden in alle drie de stroomschema's vier algemene fasen in het zorgproces onderscheiden: 1) diagnostiek en assessment; 2) opstellen zorgplan; 3) behandeling; en 4) follow-up. Vervolgens wordt in de tekst uitgebreider ingegaan op de aandacht die een zorgstandaard heeft voor psychosociale aspecten.

Voor elke klinische- en samenwerkingsrichtlijn wordt ook eerst kort ingegaan op het onderwerp, het doel en de doelgroep. Per richtlijn worden aanbevelingen met betrekking tot psychosociale aspecten in een tabel weergegeven. Daarbij is de richtlijntekst letterlijk overgenomen. Indien nodig wordt in de tekst een toelichting of aanvulling gegeven.

98 In de NDF Zorgstandaard en de Zorgstandaard Vasculair risicomanagement is al een stroomschema van het zorgproces opgenomen; deze zijn als basis gebruikt voor de stroomschema's die in deze bijlage gepresenteerd worden.

Tabel 1 Bestudeerde zorgstandaarden en richtlijnen, met vermelding van het jaar van uitgave.

	Coronaire hartziekten		Diabetes type 2		Cardiovasculair risicomanagement ^a		COPD	
	Naam	Jaar	Naam	Jaar	Naam	Jaar	Naam	Jaar
Zorg-standaard	n.v.t.		NDF Zorg-standaard	2007	Vasculair risico-management ^b	2009	COPD	2010
Klinische richtlijnen								
MDR	Hartrevalidatie	2011	n.v.t.		Cardiovasculair risicomanagement	2011	Diagnostiek en behandeling van COPD	2010
NHG-Standaard	Beleid na een doorgemaakt myocardiinfarct	2005	Diabetes mellitus type 2	2006	Cardiovasculair risicomanagement ^c	2006	COPD	2007
Samenwerkingsrichtlijnen								
LESA	n.v.t.		Diabetes mellitus type 2	2006	n.v.t.		COPD	2007
LTA	Beleid na een doorgemaakt myocardiinfarct	2005	n.v.t. ^d		n.v.t.		COPD	2001

MDR= Multidisciplinaire richtlijn; LESA= Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak;

LTA= Landelijke Transmurale Afspraak.

^a Voor zowel patiënten die een coronaire hartziekte hebben (gehad) als voor patiënten met diabetes type 2, vormt cardiovasculair risicomanagement een belangrijk onderdeel van de zorg.

^b Patiënten met diabetes type 2 worden behandeld volgens de Zorgstandaard van de Nederlandse Diabetesfederatie (NDF). Voor hen is de Zorgstandaard Vasculair risicomanagement aanvullend.

^c Wat betreft de behandeling van cardiovasculaire risicofactoren, sluiten de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement en de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 op elkaar aan.

^d Ten tijde van het schrijven van deze rapportage waren het NHG en de Nederlandse Internisten Vereniging nog bezig met de ontwikkeling van de LTA Diabetes mellitus type 2.

2 Zorgstandaard en richtlijnen voor coronaire hartziekten: de aandacht voor psychosociale aspecten

2.1 Revalidatiefase: Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie (2011)

2.1.1 Algemeen

Hartrevalidatie is de zorg die in het vervolg van een acute behandeling (klinische fase) wordt aangeboden aan patiënten die een cardiaal incident hebben doorgemaakt. De revalidatiefase wordt gevolgd door de nazorgfase (of postrevalidatiefase) (zie Figuur 1, p. 174). De meeste aanbevelingen in de MDR Hartrevalidatie hebben (vanzelfsprekend) betrekking op de revalidatiefase.

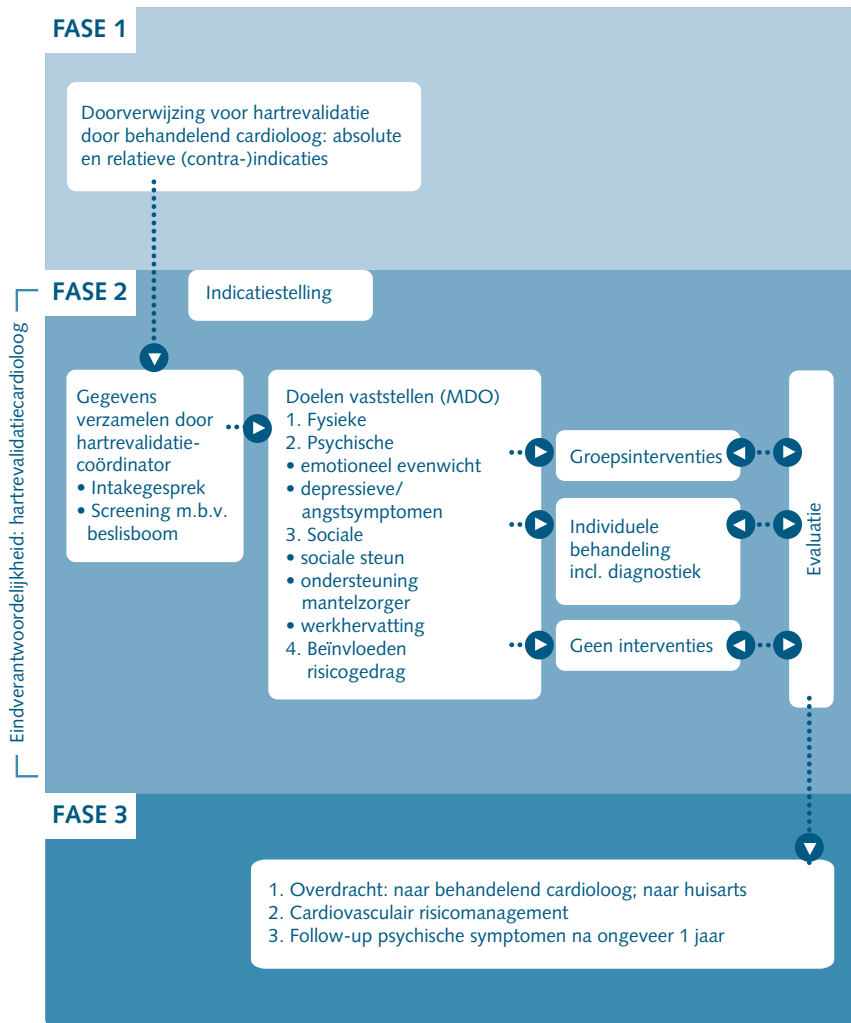
Hartrevalidatie richt zich op het fysiek, psychisch en sociaal functioneren van de hartpatiënt en op secundaire preventie van (coronair) vaatlijden (Revalidatiecommissie NVVC/NHS & projectgroep PAAHR, 2011). De basis van hartrevalidatie wordt gevormd door vier doelen: fysieke, psychische, sociale en doelen met betrekking tot het beïnvloeden van risicogedrag (aanleren van een gezonde leefstijl, waaronder stoppen met roken, een lichamelijk actieve leefstijl, een gezond voedingspatroon en therapietrouw) (zie Figuur 1).

De Multidisciplinaire richtlijn (MDR) Hartrevalidatie biedt handvatten om te kunnen bepalen welke patiënten in aanmerking komen voor hartrevalidatie en hoe de doelen die een patiënt wil bereiken vastgesteld kunnen worden. Daarnaast wordt aangegeven welke interventies ingezet kunnen worden om deze doelen te bereiken. Volgens de MDR dienen patiënten met een acuut coronair syndroom (waaronder een acuut myocardiinfarct en een instabiele angina pectoris) en patiënten met stabiele angina pectoris altijd doorverwezen te worden voor hartrevalidatie.

Hartrevalidatie is een bij uitstek multidisciplinair proces. De MDR is dan ook voor veel zorgverleners bestemd, zoals cardiologen, revalidatieartsen, huisartsen, bedrijfsartsen, inspanningsfysiologen, verpleegkundigen, diëtisten, psychologen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten, bewegingsagogen, ergotherapeuten, psychiaters en arbeidsdeskundigen⁹⁹. Hartrevalidatie wordt altijd aangeboden onder de eindverantwoordelijkheid van een cardioloog.

⁹⁹ Patiëntenverenigingen kunnen eveneens baat hebben bij de informatie uit de MDR Hartrevalidatie. Er is ook een patiëntenversie ontwikkeld naar aanleiding van de richtlijn.

Figuur 1 Model voor hartrevalidatie (Revalidatiecommissie NVVC/NHS & projectgroep PAAHR, 2011)



Fase I: klinische fase. Deze begint direct na een acuut cardiaal incident zoals een myocardinfarct, een eerste manifestatie van angina of hartfalen, en/of een acute opname in een ziekenhuis vanwege een andere cardiologische aandoening. In deze fase verwijst de cardioloog de patiënt door naar de hartrevalidatie.

Fase II: revalidatiefase. Deze sluit aan op de klinische fase en begint na ontslag uit het ziekenhuis. Onderdeel van fase II zijn het verzamelen van gegevens voor de indicatiestelling (waarin de patiënt op risico's gescreend wordt), het vaststellen van de doelen van de hartrevalidatie (indicatiestelling), en het aanbieden van een of meer interventies (groepsinterventies en individuele behandeling). Fase II wordt afgesloten met een evaluatie.

Fase III: postrevalidatiefase. Deze sluit aan op de revalidatiefase. De aandacht is in deze fase vooral gericht op het behoud van de in fase II ingezette leefstijlveranderingen, monitoring, indien nodig behandeling van psychische klachten die langere tijd na het incident optreden, en overdracht naar de eerstelijns gezondheidszorg.

Bron: Revalidatiecommissie NVVC/NHS & projectgroep PAAHR, 2011

2.1.2 Aandacht voor psychosociale aspecten

De MDR Hartrevalidatie 2011 is een gedeeltelijke herziening van de richtlijn uit 2004, specifiek met betrekking tot psychische en sociale doelen; de richtlijn heeft derhalve veel aandacht voor psychosociale aspecten.

Het PAAHR project

Vooraf voor het psychisch en sociaal functioneren zijn nieuwe inzichten ontstaan. Om die reden is er in 2008 op verzoek van de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie (NVVC) een tijdelijke projectgroep PAAHR (Psychische en Arbeidsgerelateerde Aspecten van HartRevalidatie)¹⁰⁰ opgericht om de richtlijn uit 2004 gedeeltelijk te herzien met betrekking tot deze aspecten. De herziene MDR beoogt meer houvast te bieden ten aanzien van het verminderen van psychische symptomen, het vergroten van sociale steun en het bereiken van werkhervatting. Hieronder wordt voor deze psychische en sociale doelen een overzicht gegeven van de aanbevelingen uit de MDR.

Aanbevelingen met betrekking tot psychische symptomen

Op basis van de wetenschappelijke literatuur bespreekt de MDR onder meer dat psychische symptomen vaak voorkomen bij patiënten die in aanmerking komen voor hartrevalidatie, wat de prognose negatief beïnvloedt. Daarnaast wordt ingegaan op de verschillende soorten interventies gericht op het verminderen van psychische symptomen en de effectiviteit daarvan bij hartpatiënten.

Tabel 2 geeft een overzicht van de aanbevelingen uit de MDR met betrekking tot psychische symptomen. Aan de hand van screening en (eventuele) vervolgdagnostiek dient een onderscheid gemaakt te worden tussen emotionele instabiliteit (dat bij een 'normale' verwerking van een cardiaal incident hoort), subklinische depressie en/of angst en een depressieve stoornis en/of angststoornis. De MDR beveelt geen specifieke screeningsinstrumenten aan, wel wordt verwezen naar een advies voor te gebruiken screeners voor psychische doelen (Welter e.a., 2010). Op basis van het onderscheid naar mate en aard van psychische problematiek worden verschillende interventies aangeboden (zie tabel 2). Opgemerkt dient te worden dat niet (meer) aanbevolen wordt te screenen op stress. Dit omdat de projectgroep van mening is dat het inventariseren van de mate van psychische symptomen voldoende indicatie geeft voor het vaststellen van het zorgaanbod; en dat het niet noodzakelijk is om daarnaast ook achterliggende oorzaken als stressoren tijdens de indicatiestelling in kaart te brengen¹⁰¹.

De MDR geeft ook aanbevelingen met betrekking tot psychische symptomen in de nazorgfase, inclusief de overdracht naar de behandelende cardioloog en huisarts. Dit omdat onderzoek aangeeft dat depressie en angst gerelateerd aan het cardiale incident zich regelmatig pas na verloop van tijd ontwikkelt en zich daarom aan het zicht van het revalidatieteam onttrekt (terwijl behandeling ervan ook na enige tijd nog effectief

100 De projectgroep PAAHR was samengesteld uit vertegenwoordigers van beroepsverenigingen die betrokken zijn bij hartrevalidatie. Daarnaast namen twee vertegenwoordigers van de patiëntenvereniging De Hart&Vaatgroep deel.

101 Met betrekking tot werkhervatting worden wel de werkstressoren geïnventariseerd, omdat deze een belangrijke belemmering voor stabiele en duurzame werkhervatting vormen.

blijkt te zijn). De aanbevelingen zijn in samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) opgesteld. Gezien de specifieke aard van psychische symptomen en de behandeling daarvan bij hartpatiënten, is de projectgroep PAAHR van mening dat de huisarts de MDR Hartrevalidatie dient te gebruiken en niet de NHG-standaarden Angststoornissen en Depressieve stoornis.

Tabel 2 Aanbevelingen met betrekking tot psychische symptomen

Screening en diagnostiek:

- Het is sterk aan te bevelen om alle patiënten die doorverwezen worden voor hartrevalidatie te screenen op symptomen van een verstoord emotioneel evenwicht, depressieve symptomen en angstsymptomen om daarmee de juiste behandeling aan te bieden.
- Een verhoogde kans op een verstoord emotioneel evenwicht, depressieve symptomen en angstsymptomen dient te worden vastgesteld met een screeningsinstrument.
- De diagnostiek naar angst- en depressieve stoornissen dient door een psycholoog of psychiater uitgevoerd te worden aan de hand van een klinisch interview.
- De projectgroep is van mening dat bij afwezigheid van een verhoogd niveau van psychische symptomen aan het begin van de hartrevalidatie en het vermoeden tijdens de hartrevalidatie dat deze symptomen inmiddels wel zijn ontstaan, opnieuw screening dient plaats te vinden.

Interventies:

- Er moet tijdens de hartrevalidatie onderscheid gemaakt worden tussen: (1) patiënten met een verstoord emotioneel evenwicht; (2) patiënten met subklinische depressie en/of angst; (3) patiënten met een depressieve stoornis en/of angststoornis. Deze groepen moeten een verschillende behandeling krijgen.

Het is aan te bevelen:

- om patiënten met een verstoord emotioneel evenwicht een psychologische groepsinterventie, een bewegingsprogramma en/of een ontspanningsprogramma aan te bieden.
- om patiënten met een subklinisch niveau van depressieve symptomen na een cardiaal incident een psychologische interventie (stressmanagement; in een groep of individueel) en/of een bewegingsprogramma aan te bieden.
- om patiënten met een subklinisch niveau van angstsymptomen na een cardiaal incident een psychologische interventie (stressmanagement; in een groep of individueel) en/of een bewegingsprogramma en/of een ontspanningsprogramma aan te bieden.
- om patiënten die een depressieve stoornis vertonen na een cardiaal incident medicamenteuze behandeling en een psychologische interventie (stressmanagement; in een groep of individueel) aan te bieden, eventueel naast een bewegingsprogramma.
- patiënten die een angststoornis vertonen na een cardiaal incident medicamenteuze behandeling en een psychologische interventie (stressmanagement; in een groep of individueel) aan te bieden, eventueel naast een bewegingsprogramma en/of een ontspanningsprogramma.

De projectgroep is van mening dat bij de keuze van behandeling (medicamenteus of niet; in een groep of individueel) rekening gehouden moet worden met de voorkeur van de patiënt.

(Overgang naar) nazorg:

- Het is aan te bevelen dat minstens een keer na beëindiging van hartrevalidatie follow-up van psychische symptomen plaatsvindt.
- De projectgroep is van mening dat, indien de huisarts op een ander moment depressieve symptomen en/of angstsymptomen constateert bij hartpatiënten, de MDR Hartrevalidatie gevolgd wordt voor de diagnostiek en behandeling. (Terug)verwijzing naar hartrevalidatie behoort daarbij tot de mogelijkheden.

Bron: Revalidatiecommissie NVVC/NHS & projectgroep PAAHR, 2011

Aanbevelingen met betrekking tot sociale steun

De MDR gaat in op de wetenschappelijke literatuur waaruit blijkt dat hartpatiënten met weinig sociale steun een slechtere prognose hebben. Ook wordt ingegaan op de rol van de mantelzorger (de niet-professionele zorgverlener, bv. de partner) en hoe deze ondersteund kan worden. Daarnaast worden de verschillende interventies gericht op het vergroten van sociale steun besproken evenals de effecten daarvan.

Tabel 3 geeft een overzicht van de aanbevelingen uit de MDR met betrekking tot sociale steun. Wat betreft screening beveelt de MDR geen specifieke screeningsinstrumenten aan; wel wordt verwezen naar het eerder genoemde advies voor screeningsinstrumenten die bruikbaar zijn in de Nederlandse praktijk (Welter e.a., 2010).

Tabel 3 Aanbevelingen met betrekking tot sociale steun

Screening en diagnostiek:

- Het is aan te bevelen om alle patiënten die doorverwezen worden voor hartrevalidatie te screenen op gebrek aan sociale steun.
- De projectgroep is van mening dat alle patiënten die doorverwezen worden voor hartrevalidatie gescreend moeten worden op verminderd sociaal functioneren.
- Het is aan te bevelen psychische symptomen te inventariseren bij de primaire mantelzorgers van de patiënten die doorverwezen is voor hartrevalidatie.

Interventies:

- Het is sterk aan te bevelen de primaire mantelzorger te betrekken in de intake en daarop volgende hartrevalidatie van patiënten die een cardiaal incident hebben doorgemaakt.

Het is aan te bevelen:

- om alleen als de primaire mantelzorger bezorgd en/of angstig is, een individuele interventie aan te bieden gericht op het ondersteunen van de mantelzorger.
- om patiënten die weinig sociale steun ervaren, een interventie aan te bieden gericht op het vergroten van hun netwerk en/of verbetering van de aangeboden steun.
- patiënten die een cardiaal incident hebben doorgemaakt en hun primaire mantelzorger te wijzen op het bestaan van diverse mogelijkheden tot lotgenotencontact en ervaringsdeskundige interventies (o.a. patiëntenorganisatie).

Bron: Revalidatiecommissie NVVC/NHS & projectgroep PAAHR, 2011

Aanbevelingen met betrekking tot werkhervatting

In de MDR is er specifieke aandacht voor het bereiken van werkhervatting van patiënten met betaalde arbeid (en onbetaalde arbeid zoals vrijwilligerswerk, mantelzorg, huishoudelijke en zorgtaken). Tabel 4 geeft een overzicht van de aanbevelingen met betrekking tot werkhervatting. Wat betreft (basale en uitgebreide) screening zijn op basis van literatuuronderzoek checklists ontwikkeld die te vinden zijn in de bijlage van de MDR. Hiermee kan snel een overzicht verkregen worden van wat de belangrijkste knelpunten voor werkhervatting zijn bij een patiënt. Aansluitend op de in kaart gebrachte knelpunten, gaat de MDR in op interventies om de werkhervatting vanuit de hartrevalidatie te ondersteunen. Hierbij speelt de communicatie en afstemming met de bedrijfsarts een belangrijke rol.

Tabel 4 Aanbevelingen met betrekking tot werkhervatting

Algemeen:

De projectgroep is van mening:

- dat binnen hartrevalidatie specifieke ondersteuning van arbeidsre-integratie aangeboden dient te worden, in afstemming met de begeleiding door de bedrijfsarts en/of verzekeringsarts van het UWV.
- dat het van belang is dat het werk gedurende de hartrevalidatie wordt hervat en niet pas erna.
- dat patiënten die betaalde arbeid verrichten of gaan verrichten, maar geen bedrijfsarts hebben vanuit het hartrevalidatieteam begeleiding bij de werkhervatting moeten krijgen.
- dat voor het ondersteunen van hervatting van onbetaalde arbeid de aanbevelingen met betrekking tot betaalde arbeid gebruikt worden als de belasting de belastbaarheid van de patiënt overstijgt.

Screening en diagnostiek:

Het is aan te bevelen bij alle patiënten met betaalde arbeid, de volgende knelpunten voor werkhervatting in kaart te brengen:

- Eigen inschatting van de patiënt of er problemen te verwachten zijn met betrekking tot werkhervatting
- Cardiaal-medische factoren die de belastbaarheid van de patiënt verminderen.
- Het is aan te bevelen, indien de patiënt problemen verwacht met werkhervatting en/of er cardiaal-medische factoren zijn die de belastbaarheid van de patiënt verminderen en/of de patiënt prijs stelt op begeleiding van arbeidsre-integratie vanuit het hartrevalidatieteam, uitgebreide screening aan te bieden met betrekking tot werkbelasting en factoren die re-integratie belemmeren.

De projectgroep is van mening dat:

- wanneer er bij het begin van de hartrevalidatie geen aanleiding is om begeleiding bij arbeidsre-integratie aan te bieden, het hartrevalidatieteam dient te volgen of werkhervatting plaatsvindt, en indien dit uitblijft, alsnog de uitgebreide screening plaats dient te vinden.
- bij onbetaalde arbeid dezelfde screening kan worden toegepast als bij betaalde arbeid als volgens de patiënt en de zorgverlener de belasting van de onbetaalde arbeid de belastbaarheid van de patiënt overstijgt.

Interventies:

- De projectgroep beveelt aan dat de begeleiding uit de volgende zes stappen bestaat: globale screening, uitgebreidere screening, multidisciplinair overleg waarin interventies worden geselecteerd, overleg met de bedrijfsarts c.q. verzekeringsarts van het UWV, uitvoeren van de interventies en monitoring van werkhervatting.
- Het is sterk aan te bevelen dat er, met schriftelijke toestemming van de patiënt, altijd gecommuniceerd wordt met de bedrijfsarts over: 1) de belastbaarheid (gegevens van de ergometrie en cardiaal-medische factoren zoals ischemie) en 2) het interventieplan vanuit de hartrevalidatie.
- Deze communicatie moet volgens de richtlijnen van de KNMG verlopen en is bij voorkeur vastgelegd in een lokaal protocol om juridische fouten te voorkomen.
- Het is sterk aan te bevelen zo vroeg mogelijk in de hartrevalidatie werkhervatting ter sprake te brengen, een interventieplan op te stellen en de begeleiding van werkhervatting te starten.
- De projectgroep is van mening dat interventie(s) gericht op het wegnemen van eventuele belemmerende factoren voor de werkhervatting op maat moeten zijn, dat wil zeggen aansluiten op de knelpunten geconstateerd in de screening.

Bron: Revalidatiecommissie NVVC/NHS & projectgroep PAAHR, 2011

Beslisboom

Een hulpmiddel bij indicatiestelling voor hartrevalidatie is de Beslisboom Poliklinische Indicatiestelling Hartrevalidatie (NVVC, 2010) waarin aan de hand van screening wordt vastgesteld welk zorgaanbod geïndiceerd is (zie figuur 1). Voor de psychische en sociale doelen zijn nieuwe onderdelen ontwikkeld die aansluiten op de MDR.

2.2 Revalidatie- en chronische fase

2.2.1 NHG-Standaard Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct (2005)

Algemeen

De NHG-Standaard Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct geeft richtlijnen voor het beleid bij postinfarctpatiënten, die door de cardioloog zijn terugverwezen naar de huisarts voor verdere controle¹⁰². Deze patiënten bevinden zich in een stabiele toestand en hebben een relatief gunstige prognose.

De NHG-Standaard maakt een onderscheid tussen de herstelfase en de stabiele fase. Met de herstelfase wordt de periode direct na het ziekenhuisontslag bedoeld, waarbij de cardioloog nog wel een rol speelt. De cardioloog stelt de patiënt in het ziekenhuis in op medicatie voor de lange termijn en de patiënt krijgt in het ziekenhuis niet-medicamenteuze adviezen en het aanbod mee te doen aan hartrevalidatie. De NHG-Standaard beschrijft de rol van de huisarts in deze herstelfase en geeft aandachtspunten voor de begeleiding van de patiënt na thuiskomst. Wanneer een patiënt is ingesteld op medicatie en de situatie stabiel is, bevindt de patiënt zich in de stabiele fase en kan hij voor verdere controle naar de huisarts verwezen worden. In de NHG-Standaard komt aan de orde welke klachten en problemen de huisarts in de stabiele fase inventariseert en wat hij zelf kan behandelen of wanneer verwijzing nodig is. Daarnaast gaat de NHG-Standaard in op de rol van de huisarts bij de secundaire preventie van hart- en vaatziekten.

Aandacht voor psychosociale aspecten

Onderstaande tabel laat de aanbevelingen uit de NHG-Standaard zien die betrekking hebben op psychosociale aspecten.

Tabel 5 Aanbevelingen omtrent psychosociale aspecten in de NHG-Standaard Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct

Beleid in de herstelfase:

- Een empathische en proactieve houding van de huisarts ten aanzien van psychosociale problematiek.
- De huisarts bespreekt onzekerheden, mogelijke angsten (bv. voor recidiefinfarct, overlijden of invaliditeit), depressieve klachten of psychosociale problemen.
- De huisarts stimuleert de patiënt mee te doen aan hartrevalidatie, waarbij aandacht kan worden besteed aan voorlichting en psycho-educatie.
- De huisarts bespreekt met de patiënt hoe het werk, indien van toepassing, kan worden opgepakt.

Diagnostiek in de stabiele fase:

De huisarts informeert minstens eenmaal per jaar naar: psychosociale problemen, angst, depressieve klachten en de gevolgen hiervan voor het dagelijks functioneren (waarbij verwezen wordt naar de NHG-Standaarden Angststoornissen en Depressie).

Bron: Grundmeijer e.a., 2005

102 De NHG-Standaard Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct kan ook worden toegepast bij stabiele patiënten met coronairlijden die geen myocardinfarct doormaakten, maar die vanwege angineuze klachten coronaire bypass-chirurgie (CABG) of een percutane coronaire interventie (PCI) hebben ondergaan.

In de hoofdtekst wordt via noten verwezen naar een bijlage met wetenschappelijke achtergrondinformatie. In verschillende noten wordt extra informatie gegeven over psychosociale problematiek en wordt ingegaan op hartrevalidatie, verwijzend naar de “oude” richtlijn Hartrevalidatie uit 2004. Aangegeven wordt dat met hartrevalidatie beoogd wordt de patiënt in lichamelijk, psychisch en sociaal opzicht zo goed mogelijk te laten functioneren; dat een multidisciplinair revalidatieprogramma bijdraagt aan psychosociaal herstel en werkhervatting; en dat ontspanningsinstructies, voorlichting over psychosociale problemen en een psycho-educatieve preventiemodule (PEP) onderdeel kunnen zijn van een revalidatieprogramma.

Andere noten zijn volledig gewijd aan psychosociale factoren. In een noot wordt voornamelijk ingegaan op de rol van psychosociale factoren (depressie, angst, sociale isolatie, chronische stress en persoonlijkheid) bij het ontstaan van coronaire hartziekte, en de effecten van psychosociale interventies bij patiënten met coronaire hartziekten. Een andere noot handelt over depressie na een myocardinfarct (o.a. de hoge prevalentie van depressie, de negatieve invloed van depressie op de prognose van de hartaandoening en het functioneren, en het effect van antidepressiva).

2.2.2 LTA Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct (2005)

Algemeen

De Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct is opgesteld door een werkgroep van het NHG en de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC). De LTA sluit aan bij de gelijknamige NHG-Standaard (zie hierboven) en richtlijnen gehanteerd door de NVVC. De LTA bespreekt het beleid bij patiënten na een doorgemaakt myocardinfarct die, vanwege hun stabiele toestand en relatief gunstige prognose, door de cardioloog naar de huisarts zijn terugverwezen voor verdere controle. Aangegeven wordt dat de LTA richtlijnen geeft om op het juiste moment huisartsgeesteskundige of specialistische zorg te bieden waarbij voor de patiënt de continuïteit in het beleid herkenbaar blijft. De LTA gaat kort in op de rol van de huisarts direct na ontslag uit het ziekenhuis, de herstelfase, waarbij vooral aandacht wordt geschonken aan verandering van leefstijl en de begeleiding in de thuis- en de werksituatie.

Aandacht voor psychosociale aspecten

Onderstaande tabel laat zien dat de aandacht voor psychosociale aspecten in de LTA vooral betrekking hebben op de rol van de huisarts. De LTA geeft aan dat de rol van de huisarts bij hartrevalidatie in eerste instantie vooral volgend is, maar dat de huisarts later een actievere en motiverende rol kan spelen.

Tabel 6 Aanbevelingen omtrent psychosociale aspecten in de LTA Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct

Diagnostiek:

- De huisarts houdt (ten minste) jaarlijks het cardiovasculair risicoprofiel bij. Een aandachtspunt daarbij is ook het psychosociaal welbevinden.
- De huisarts informeert ten minste éénmaal per jaar naar psychosociale problemen, angst, sombere stemming of verlies van interesse of plezier en de gevolgen hiervan voor het dagelijks functioneren (zie NHG-Standaarden Angststoornissen en Depressieve stoornis), seksualiteitsbeleving.

Beleid in de herstelfase:

- Een empathische en proactieve houding ten aanzien van problemen op psychosociaal gebied is vereist.
- De huisarts beoordeelt de copingmechanismen van de patiënt met het doel de belastbaarheid te vergroten. Dat geldt niet alleen in de thuis- en werksituatie, maar ook bij het opnemen van oude hobby's of sport.
- De huisarts bespreekt met de patiënt zonedig in overleg met de cardioloog, hoe het werk kan worden hervat.

Beleid in de stabiele fase:

- Aandachtspunten die vooral op het terrein van de huisarts liggen zijn de verwerking van het myocardinfarct, angst bij de patiënt en diens partner (angst voor recidief, invaliditeit of overlijden), tekenen van depressie, hervatten van sociale activiteiten en seksualiteit.
- Adviezen ten aanzien van het omgaan met, dan wel voorkomen van stress.

Bron: Boomsma e.a., 2005

2.3 Chronische fase: cardiovasculair risicomanagement

Cardiovasculair risicomanagement beoogt voor personen die al een hart- of vaatziekte hebben (doorgemaakt), waaronder een myocardinfarct en angina pectoris, de kans op nieuwe manifestaties van hart- en vaatziekten (HVZ) en de kans op complicaties als gevolg van HVZ te verminderen.

2.3.1 Zorgstandaard Vasculair risicomanagement (2009)

Algemeen

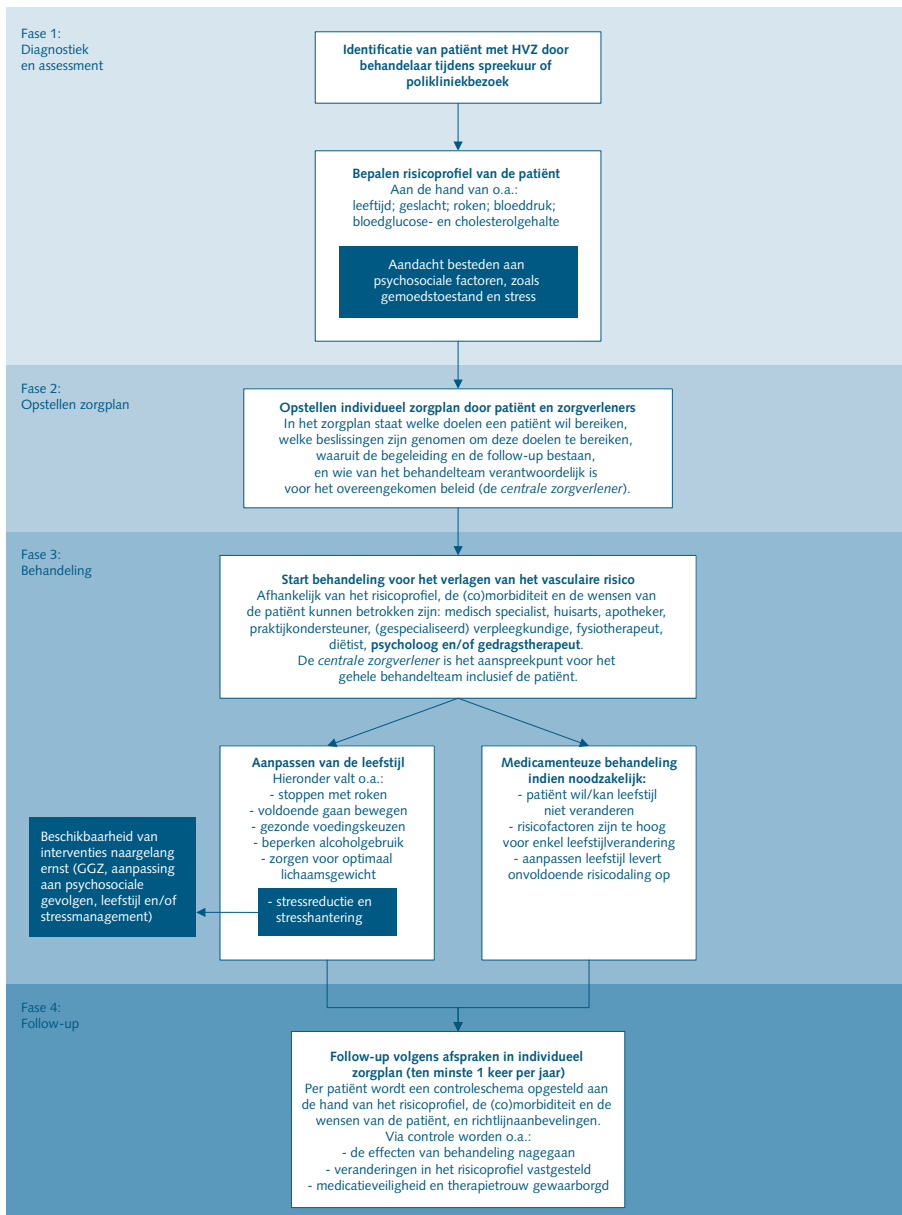
De Zorgstandaard Vasculair risicomanagement (Platform Vitale Vaten, 2009) bestaat in totaal uit vier delen. Hier wordt gekeken naar deel I dat ontwikkeld is door het Platform Vitale Vaten¹⁰³ en bedoeld is voor zorgverleners en organisaties die betrokken zijn bij vasculair risicomanagement. Deel I vormt een aanvulling op de MDR/NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement uit 2006 (waarvan de hoofdtekst deel IV van de Zorgstandaard vormt)¹⁰⁴. Deel I van de zorgstandaard beschrijft welke elementen noodzakelijk zijn voor goed vasculair risicomanagement op basis *evidence-based medicine*, inzichten uit de praktijk van zorgaanbieders (practice based) en patiënten (patiëntenperspectief). Kort gezegd worden de normen beschreven waar vasculair risicomanagement aan moet voldoen. De zorgstandaard schrijft geen specifieke interventies voor, zodat het mogelijk is om de zorg aan te passen aan de lokale omstandigheden. De zorgstandaard is bedoeld voor patiënten (om risicofactoren voor HVZ duidelijk te krijgen en aan te pakken), zorgaanbieders (als handvat voor het in de praktijk toepassen van de MDR/NHG-Standaard cardiovasculair risicomanagement) en voor zorgverzekeraars (om te kunnen onderhandelen over de prijs en de kwaliteit van de zorg).

Stroomschema 1 geeft het zorgproces rondom vasculair risicomanagement weer zoals dat er volgens de zorgstandaard uit moet zien. Voor de overzichtelijkheid zijn de volgende vier fasen onderscheiden: diagnostiek en assessment, opstellen zorgplan, behandeling en follow-up. In het stroomschema staat de aandacht in de zorgstandaard voor psychosociale thematiek bondig weergegeven.

103 Het Platform Vitale Vaten is een initiatief van de patiëntenorganisaties op het terrein van HVZ, inclusief beroerte, en Diabetesvereniging Nederland. In totaal bundelen 28 organisaties hun krachten in het Platform Vitale Vaten ter realisatie van goed vasculair risicomanagement.

104 Wat betreft de overige delen: Deel II is bedoeld voor patiënten die betrokken zijn bij vasculair risicomanagement; Deel III biedt indicatoren als meetinstrument voor de kwaliteit van de zorg. Inzicht hierin is nodig voor interne sturing en ter verbetering van vasculair risicomanagement.

Stroomschema 1 Het zorgproces volgens de Zorgstandaard Cardiovasculair risicomanagement en de aandacht hierin voor psychosociale aspecten^a



^a In het stroomschema wordt enkel ingegaan op de groep patiënten die al een hart- of vaatziekte (HVZ) hebben (doorgemaakt); patiënten met een (mogelijk) verhoogd risico op HVZ worden buiten beschouwing gelaten.

Bron: Platform Vitale Vaten, 2009

Aandacht voor psychosociale aspecten

De zorgstandaard noemt dat tijdens het bepalen van het vasculaire risico ook aandacht besteed moet worden aan psychosociale factoren zoals gemoedstoestand en stress. Aangegeven wordt dat deze psychosociale factoren te beïnvloeden zijn door patiënten en zorgverleners. In de bijlage van de zorgstandaard wordt de "risicofactor" stress verder uitgewerkt. Beknopt gezegd wordt aangegeven dat voor het bereiken van stressreductie en stresshantering:

- de patiënt ondersteund dient te worden in zelfmanagementvaardigheden (o.a. kunnen herkennen van stresssymptomen; inzicht hebben in eigen stressstatus; aanbod van begeleiding en ondersteuning; mobiliseren van sociale steun);
- interventies beschikbaar zijn naargelang de ernst van de stressklachten en er samenwerking met GGZ bestaat;
- de patiënt en zorgverleners deskundig zijn ten aanzien van stress (o.a. definitie van stress; kenmerken en omstandigheden die van invloed zijn op stress; (in)directe effect van stress op het vasculaire risico; meten van stress)
- registratie plaats dient te vinden van de stressstatus van de patiënt, de gebruikte interventies (assertiviteitstraining of cognitieve gedragstherapie) en de effecten daarvan.

Volgens de zorgstandaard is een kernelement voor goed vasculair risicomanagement het ondersteunen van zelfmanagement bij patiënten. De zorgstandaard brengt de relevantie van psychologische aspecten hierbij naar voren. Zo wordt aangegeven dat het belangrijk is dat de patiënt begrijpt hoe hij of zij kan omgaan met de consequenties en emoties en hierover effectief kan communiceren met zorgverleners, familie, collega's (werkgever) en vrienden. De zorgverlener dient bij de ondersteuning van zelfmanagement ook aandacht te besteden aan de emotionele behoeften van de patiënt. De zorgstandaard wijst erop dat voor het daadwerkelijk veranderen van de leefstijl gedragsinterventies vereist zijn die zich richten op *zelfregulatie* en *proactieve coping*. Zelfregulatie wordt gedefinieerd als de wijze waarop mensen hun eigen acties richting geven en controleren op grond van de doelen die zij nastreven. Proactieve coping als de wijze waarop mensen reageren en omgaan met hun situatie en bovenal waarop zij anticiperen bij situaties die bedreigend zijn voor het realiseren van hun doel.

2.3.2 Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (2011)

Algemeen

De Multidisciplinaire richtlijn (MDR) Cardiovasculair risicomanagement is geschreven ten behoeve van zorgverleners die patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten (HVZ) adviseren over maatregelen om HVZ te voorkómen of de progressie van HVZ tegen te gaan. Met zorgverleners worden artsen (huisartsen, cardiologen, internisten, neurologen, vaatchirurgen, bedrijfsartsen, specialisten ouderenzorg, gerieters, reumatologen etc.) en paramedici, zoals diëtisten, fysiotherapeuten, gespecialiseerde verpleegkundigen in ziekenhuizen en praktijkondersteuners in de huisartspraktijk bedoeld.

Aandacht voor psychosociale aspecten

Onderstaande tabel laat zien wat de aandacht in de MDR is voor psychosociale aspecten, wanneer alleen gekeken wordt naar de hoofdtekst. Er worden enkele aanbevelingen gedaan betreffende de herkenning en behandeling van stress. Wat follow-up betreft, geeft de MDR geen aanbevelingen die betrekking hebben op psychosociale aspecten.

Tabel 7 Aanbevelingen omtrent psychosociale aspecten in de Multidisciplinaire richtlijn

Cardiovasculair risicomanagement

Diagnostiek:

Indien er vermoeden is op stress kan gevraagd worden of er vaak gevoelens van spanning of angst bestaan. Bij een bevestigend antwoord kan het zinvol zijn om dit te meten d.m.v. een gevalideerde vragenlijst. Dit is zuiver additioneel aan het cardiovasculair risicomanagement en valt niet onder de standaard risico inventarisatie.

Beleid:

- Tracht stress te voorkomen of tijdig te herkennen en te reduceren.
- Bij stress kan worden overwogen om een psychosociale interventie aan te bieden.

Bron: CBO, 2011

Nadere bespreking van psychosociale aspecten gebeurt in de bijlage van de MDR. Hierin is een zogenoemd kennisdocument opgenomen waarnaar in de hoofdtekst via noten verwezen wordt voor wetenschappelijke achtergrondinformatie. In een noot wordt aangegeven dat HVZ zorgen voor veel verlies aan de kwaliteit van leven, mede als gevolg van psychische gezondheidsproblemen in de vorm van depressies en angsten. Een andere noot is volledig gewijd aan stress, waarbij voornamelijk wordt ingegaan op de rol van (werk)stress als risicofactor voor het ontwikkelen van HVZ. Er worden verschillende redenen aangevoerd waarom stress toch niet geschikt is om standaard mee te wegen in de risicoanalyse. In dezelfde noot wordt ook vermeld dat depressie de prognose na een hartinfarct negatief beïnvloedt.

2.3.3 NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (2006)

Algemeen

Het doel van de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (NHG, 2006) is het bevorderen van een optimaal beleid ten aanzien van de behandeling van patiënten met een verhoogd risico van hart- en vaatziekten (HVZ), waaronder patiënten die al een HVZ hebben of hebben doorgemaakt. De aanbevelingen in deze NHG-Standaard zijn identiek aan de aanbevelingen in de eerdere versie van de MDR Cardiovasculair risicomanagement die in 2006 is uitgebracht.

Aandacht voor psychosociale aspecten

In de hoofdtekst van de NHG-Standaard wordt nauwelijks aandacht besteed aan psychosociale aspecten. Opgemerkt wordt dat patiënten die gemotiveerd zijn om hun leefstijl aan te passen onder meer verwezen kunnen worden naar gedragstherapeuten. In het notenapparaat van de NHG-Standaard wordt aangegeven dat hart- en vaatziekten voor veel verlies aan kwaliteit van leven zorgen. Met betrekking tot oudere patiënten wordt

opgemerkt dat zij vaak problemen met de geestelijke gezondheid hebben, bijvoorbeeld in de vorm van depressies en angsten.

3 Zorgstandaard en richtlijnen voor diabetes type 2: de aandacht voor psychosociale aspecten

In deze paragraaf wordt eerst ingegaan op de aandacht voor psychosociale aspecten in de zorgstandaard en richtlijnen voor diabetes type 2 (zie ook tabel 1, p. 172). Aangezien patiënten met diabetes type 2 een verhoogd risico hebben op hart- en vaatziekten, of hier al aan lijden, vormt cardiovasculair risicomanagement een belangrijk onderdeel van de zorg voor diabetes. In de vorige paragraaf zijn in het kader van coronaire hartziekte de zorgstandaard en richtlijnen voor cardiovasculair risicomanagement al uitgebreid besproken. Daarom wordt hieronder enkel kort ingegaan op hoe de zorgstandaard en richtlijnen voor diabetes type 2 en voor cardiovasculair risicomanagement zich tot elkaar verhouden.

3.1 Zorgstandaard en richtlijnen voor diabetes type 2

3.1.1 NDF Zorgstandaard (2007)

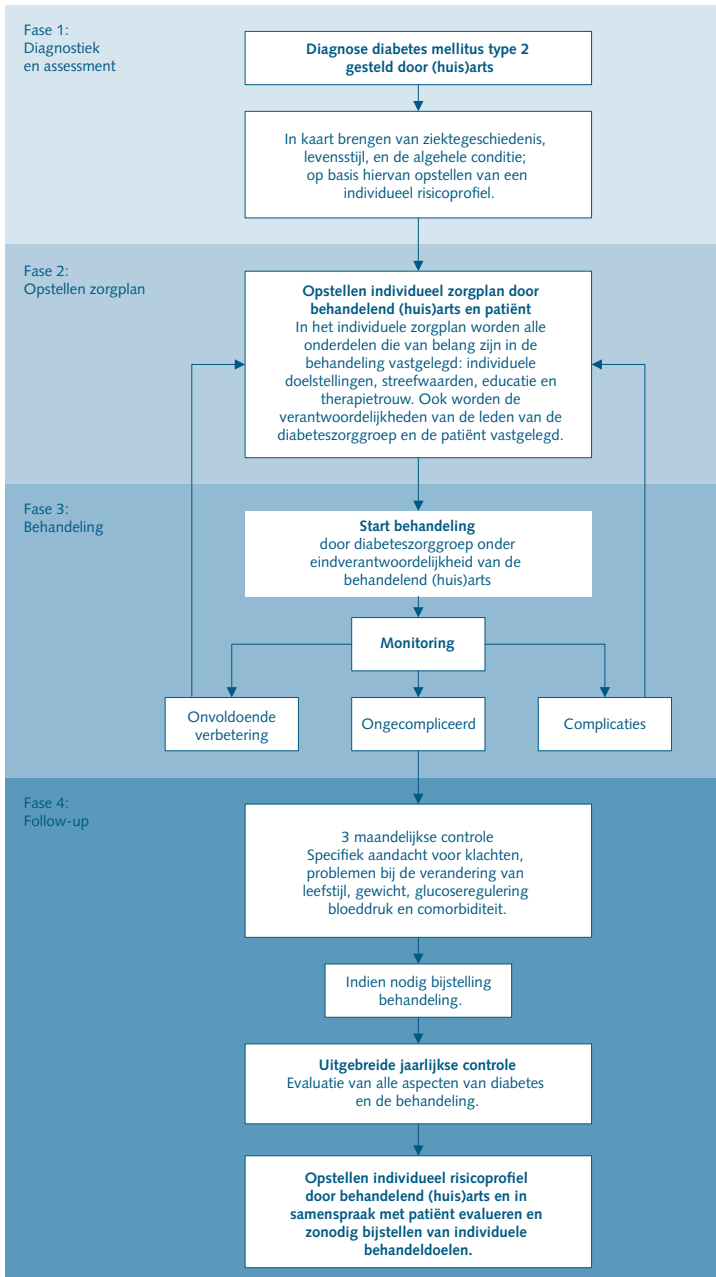
Algemeen

De Zorgstandaard Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2 (NDF, 2007) is ontwikkeld door de koepelorganisatie Nederlandse Diabetes Federatie (NDF)¹⁰⁵ en vormt een herziening van de eerste Zorgstandaard uit 2003. De NDF Zorgstandaard beschrijft de norm waaraan goede zorg voor mensen met diabetes type 2 moet voldoen, zowel zorginhoudelijk als procesmatig. Hierdoor wordt het voor alle betrokken partijen (patiënten met diabetes, zorgverleners, zorgverzekeraars) inzichtelijk wat men kan en mag verwachten in het behandelingstraject. De zorginhoudelijke kant van de zorgstandaard is gebaseerd op de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 uit 2006.

Het zorgproces rondom diabetes type 2 zoals beschreven in de zorgstandaard is in stroomschema 2 samengevat weergegeven. Voor de overzichtelijkheid worden dezelfde fasen onderscheiden als eerder bij de Zorgstandaard Vasculair risicomanagement: diagnostiek en assessment, opstellen zorgplan, behandeling en follow-up.

¹⁰⁵ De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) is een in 1995 opgerichte, overkoepelende vereniging van organisaties gericht op de zorg voor mensen met diabetes. Zij verenigt zorgverleners, wetenschappers en mensen met diabetes (www.diabetesfederatie.nl).

Stroomschema 2 Het zorgproces volgens de NDF Zorgstandaard



De follow-up fase gaat in als er sprake is van een stabiele instelling en controle van risicofactoren (veelal na 3 maanden).

Bron: NDF, 2007

Voor het verlenen van goede diabeteszorg is een multidisciplinaire aanpak door een multidisciplinair samengesteld team, een diabeteszorggroep, nodig. De medische eindverantwoordelijkheid berust bij de behandelend arts, wat meestal de huisarts zal zijn. Het merendeel van de patiënten met diabetes type 2 wordt namelijk in de huisartsenpraktijk behandeld; de tweedelijns beperkt zich tot patiënten met bijzondere problematiek of complicaties. De zorgstandaard onderscheidt 'kerndisciplines' binnen de diabeteszorggroep (de (huis)arts, praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige, diabetesverpleegkundige, praktijkassistent en diëtist), en disciplines buiten de zorggroep, waarmee structurele werkafspraken gemaakt worden (o.a. medisch specialisten, apotheker, fysiotherapeut, maatschappelijk werker, (medisch) psycholoog, podotherapeut/pedicure).

De zorgstandaard benadrukt het belang van de betrokkenheid van de patiënt en zijn directe omgeving bij het opstellen van een individueel zorgplan. Aangegeven wordt dat een op maat gesneden zorgplan de patiënt helpt om inzicht te krijgen in het ziekteproces, de zelfzorg te versterken en het verloop van het ziekteproces zelf goed te monitoren.

Aandacht voor psychosociale aspecten

De zorgstandaard besteedt weinig expliciete aandacht aan psychosociale aspecten. Er wordt bijvoorbeeld ingegaan op het belang van een individueel zorgplan, educatie en ondersteuning van zelfmanagement en leefstijlaanpassing, maar de relevantie van psychosociale en emotionele aspecten bij deze zorgelementen wordt niet besproken. Ten aanzien van de organisatie van diabeteszorg geeft de zorgstandaard wel aan dat een diabeteszorggroep structurele samenwerkingsafspraken maakt met een (medisch) psycholoog en maatschappelijk werker. Tot slot gaat de zorgstandaard nog in op het belang van registratie van uitkomsten voor verdere verbetering van de kwaliteit van diabeteszorg. Daarbij worden verschillende te registreren uitkomstparameters genoemd, waaronder ook functionele uitkomsten op het psychische en sociale vlak.

3.1.2 NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (2006)

Algemeen

De NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 geeft richtlijnen voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassenen met diabetes type 2 door de huisarts. Het doel is complicaties ten gevolge van diabetes type 2, die in belangrijke mate de kwaliteit en duur van het leven van de patiënt ongunstig beïnvloeden, te voorkómen of te vertragen en eventuele klachten te verminderen. Dit wordt geprobeerd te bereiken door een goede regulering van bloedglucosewaarden, geregelde controle van nieren, ogen en voeten en de behandeling van cardiovasculaire risicofactoren¹⁰⁶.

¹⁰⁶ Wat de behandeling van cardiovasculaire risicofactoren betreft, sluit de standaard aan bij de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement.

Aandacht voor psychosociale aspecten

In onderstaande tabel wordt weergegeven welke aandacht er in de hoofdtekst van de NHG-Standaard is voor psychosociale aspecten. Zoals te zien is deze aandacht beperkt en heeft het voornamelijk betrekking op de periodieke controles van patiënten. In het noten-apparaat van de NHG-Standaard wordt nog beschreven dat eventuele seksuele problemen door meerdere factoren veroorzaakt kunnen worden, waaronder een depressieve stoornis.

**Tabel 8 Aanbevelingen omtrent psychosociale aspecten in de NHG-Standaard
Diabetes mellitus type 2**

- Educatie is essentieel voor gedragsverandering.
- De huisarts informeert tijdens de driemaandelijkse controles naar het welbevinden van de patiënt.
- De huisarts bespreekt tijdens de jaarlijkse controle eventuele seksuele problemen en mogelijke oorzaken en behandelingsmogelijkheden.

Bron: Rutten e.a., 2006

Adviezen van de huisarts over gedragsverandering ten aanzien van leefstijlfactoren als roken, voeding en bewegen zijn onderdeel van het beleid. Ten aanzien van een lichamelijk actieve leefstijl geeft de NHG-Standaard aan dat de huisarts een advies geeft dat aansluit bij de motivatie van de patiënt. In een noot wordt hier nog verder op ingegaan en onder meer aangegeven dat de huisarts en patiënt eventuele psychische belemmeringen nagaan.

3.1.3 LESA Diabetes mellitus type 2 (2006)

Algemeen

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) Diabetes mellitus type 2 is opgesteld door een werkgroep van het NHG en het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI)¹⁰⁷ en is gebaseerd op de eerste versie van de NDF Zorgstandaard uit 2003 en meerdere richtlijnen, waaronder de NHG-Standaard uit 2006. De LESA beschrijft algemene aanbevelingen voor samenwerking tussen huisartsen en verschillende paramedici (o.a. fysiotherapeuten, diëtisten en diabetesverpleegkundigen) bij de begeleiding van patiënten met diabetes type 2.

Aandacht voor psychosociale aspecten

In onderstaande tabel wordt de aandacht in de LESA voor psychosociale aspecten weergegeven. Hoewel de LESA zich primair richt op de samenwerking tussen huisartsen en paramedici, wordt aangegeven dat hun onderlinge werkafspraken ook vragen om afstemming met andere behandelaars in de keten, waaronder mogelijk ook psychologen. In vergelijking met de NHG-Standaard gaat de LESA uitgebreider in op psychosociale aspecten, met name op hun rol bij het bereiken van leefstijlveranderingen. Ook de rol van paramedici bij door patiënten ervaren beperkingen en participatieproblemen wordt besproken.

107 Het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI) is het Landelijk Kenniscentrum Paramedische Zorg (www.paramedisch.org).

Tabel 9 Aanbevelingen omtrent psychosociale aspecten in de LESA Diabetes mellitus type 2

Beleid:

Voorlichting en educatie

- Educatie is essentieel voor gedragsverandering.
- Bij de educatie van de patiënt komen onder meer aan de orde het leren omgaan met de aandoening, het daarbij behorende verwerkingsproces en de maatschappelijke consequenties. Behalve de patiënt zelf is het van belang ook de partner/omgeving bij de educatie te betrekken.
- Bij het streven naar gedragsverandering stelt de zorgverlener de patiënt en zijn individuele mogelijkheden centraal. De zorgverlener kan daarbij gebruikmaken van verschillende technieken die meer 'grip' geven op het proces van gedragsverandering (bijvoorbeeld motiverende gesprekken).

Sport en bewegen

- Als de motivatie voor bewegen matig is, verdient begeleiding door een fysiotherapeut of oefentherapeut overweging. Dit geldt ook voor patiënten met bewegingsangst, waarbij eventueel ook met een psycholoog kan worden samengewerkt.

Voetzorg

- De psychosociale gevolgen van een amputatie vragen extra aandacht van alle behandelaars.

Dagelijkse activiteiten en participatie

- Voor patiënten die beperkingen en participatieproblemen ervaren (o.a. op het gebied van werk, opleiding en dag- en vrijetijdsbesteding) kan de ergotherapeut, de fysiotherapeut of de oefentherapeut worden ingezet voor advisering, training en coaching.

Bron: Boomsma e.a., 2006

3.2 Zorgstandaard en richtlijnen voor cardiovasculair risicomanagement

Aangezien diabetespatiënten een verhoogd risico op hart- en vaatziekten hebben, of al vaak hart- en vaatproblemen hebben, vormt cardiovasculair risicomanagement een belangrijk onderdeel van hun behandeling. De aandacht voor psychosociale aspecten in de zorgstandaard en richtlijnen over cardiovasculair risicomanagement zijn in de vorige paragraaf in het kader van coronaire hartziekte al uitgebreid besproken (zie pp. 182-186). Hier wordt alleen ingegaan op hoe de Zorgstandaard en richtlijnen voor diabetes type 2 en voor cardiovasculair risicomanagement zich tot elkaar verhouden. In de Zorgstandaard Vasculair risicomanagement wordt aangegeven dat patiënten met diabetes type 2 behandeld worden volgens de NDF Zorgstandaard. De Zorgstandaard Vasculair risicomanagement is voor hen aanvullend. De NHG-Standaard Diabetes mellitus 2 geeft aan dat wat betreft de behandeling van cardiovasculaire risicofactoren de standaard aansluit bij de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. De MDR Cardiovasculair risicomanagement verwijst soms voor aanvullend beleid naar de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2.

4 Zorgstandaard en richtlijnen voor COPD: de aandacht voor psychosociale aspecten

4.1 Zorgstandaard COPD (2010)

4.1.1 Algemeen

De Zorgstandaard COPD is opgesteld door de Long Alliantie Nederland (LAN)¹⁰⁸ en beschrijft de norm (gebaseerd op richtlijnen en wetgeving) waaraan goede COPD zorg zowel zorginhoudelijk als procesmatig behoort te voldoen (LAN, 2010). Dit maakt het voor alle partijen die bij de zorg voor mensen met COPD betrokken zijn helder wat zij in een behandelingstraject kunnen en mogen verwachten. De zorginhoudelijke kant van de zorgstandaard gaat uit van de meest recente richtlijnen, waarbij de Multidisciplinaire richtlijn (MDR) Diagnostiek en behandeling van COPD uit 2010 het meest bepalend is geweest.

Het is belangrijk op te merken dat de zorgstandaard een andere indeling van patiënten hanteert dan de traditionele indeling op basis van de ernst van de luchtwegobstructie. In de praktijk blijkt dat alleen het toepassen van de gebruikelijke indeling onvoldoende inzicht geeft in de ervaren ziektelast en de ervaren kwaliteit van leven. Daarom is er in de zorgstandaard gekozen voor een indeling naar ziektelast, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen patiënten met COPD met een lichte, matige of ernstige ziektelast.

Het zorgproces rondom mensen met COPD zoals dat beschreven wordt in de Zorgstandaard COPD is in stroomschema 3 weergegeven. Voor de overzichtelijkheid worden dezelfde vier fasen onderscheiden als bij de twee eerder besproken zorgstandaarden: diagnostiek en assessment, opstellen individueel zorgplan, behandeling en follow-up.

Zorginhoud

Na het stellen van de diagnose COPD (op basis van longfunctieonderzoek), worden alle vier de domeinen van de integrale gezondheidstoestand in kaart gebracht: fysiologische stoornis, ervaren klachten, beperkingen in het dagelijks functioneren en problemen in de kwaliteit van leven. Als onderdeel van het assessment (dat doorgaans in de eerste lijn plaatsvindt) wordt ook de adaptatie van de patiënt aan de stoornis beoordeeld. Dit omdat de mate waarin het de patiënt lukt zich aan de stoornis aan te passen mede bepalend is voor ervaren klachten, beperkingen en kwaliteit van leven. Indien nodig (bij diagnostische problemen c.q. niet behalen van behandeldoelen) volgt een nadere assessment die in de regel door een longarts uitgevoerd wordt. Bij complexe somatische en/of complexe adaptatieproblematiek kan er ook een intensieve integrale analyse uitgevoerd worden door een gespecialiseerd multidisciplinair team.

¹⁰⁸ De Long Alliantie Nederland (LAN) is het platform van partijen in Nederland die zich bezig houden met chronische longaandoeningen, zoals patiëntenverenigingen, zorgorganisaties en beroepsgroepen (www.longalliantie.nl).

Op basis van de middels het assessment verkregen informatie wordt een patiënt ingedeeld naar ziektelast. Hierbij worden drie groepen onderscheiden:

- Patiënten met COPD met een lichte ziektelast.

Deze patiënten hoeven volgens het assessment niet (meer) onderworpen te worden aan een nadere analyse.

- Patiënten met COPD met een matige ziektelast.

Dit zijn patiënten die volgens het assessment voldoen aan de criteria voor nadere analyse (diagnostische problemen c.q. niet behalen behandeldoelen), waarbij behandeling dicht bij huis mogelijk is, maar wel infrequente uitgebreidere monitoring (en eventueel bijsturen van de behandeling) in de tweede lijn noodzakelijk is. Deze groep is het meest gebaat bij 'gedeelde' zorg.

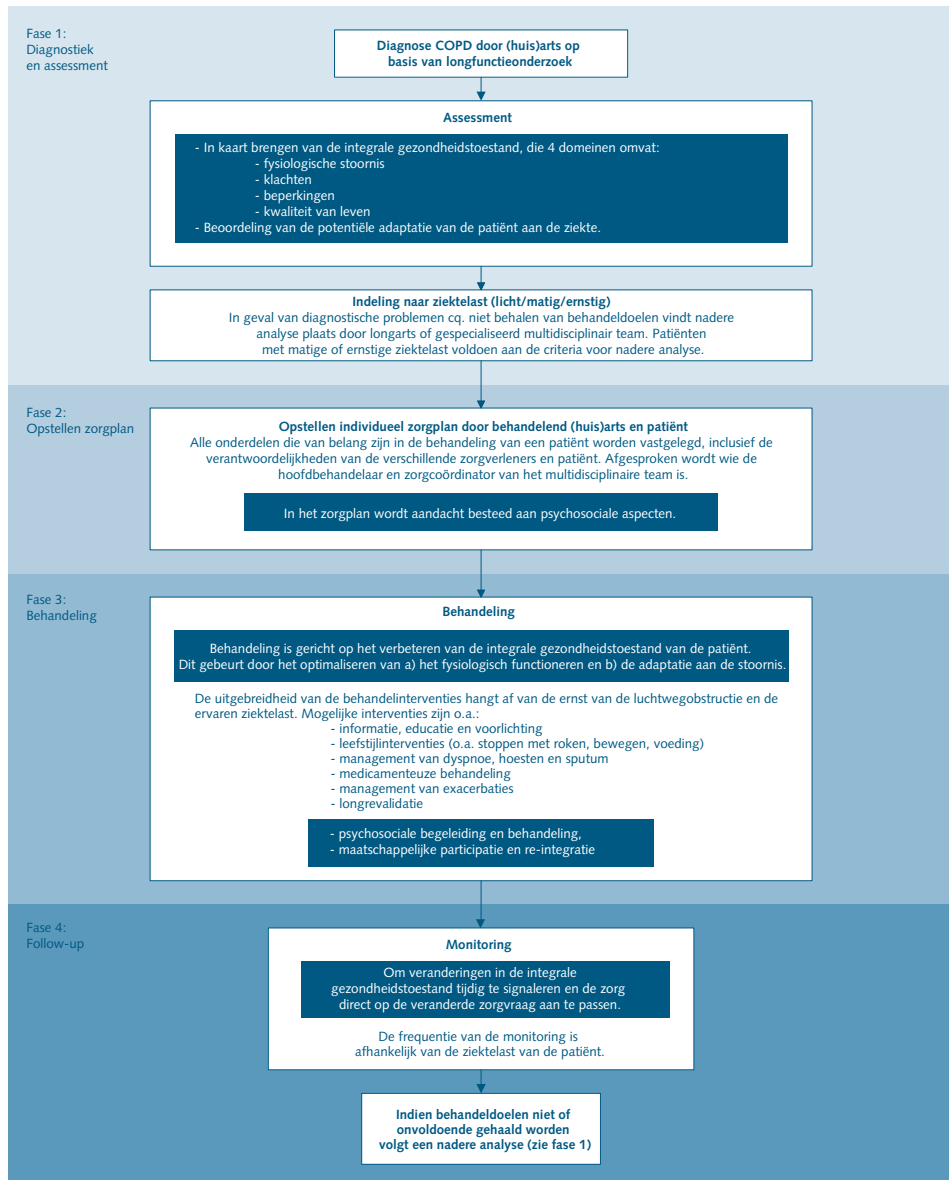
- Patiënten met COPD met een ernstige ziektelast.

Dit betreffen patiënten die volgens het assessment voldoen aan de criteria voor nadere analyse waarbij intensieve begeleiding in de tweede of derde lijn (bv. door middel van multidisciplinaire longrevalidatie) noodzakelijk is.

Opgemerkt dient te worden dat de zorgstandaard aangeeft dat de indeling naar ziektelast niet eenvoudig is en vooralsnog onvoldoende wetenschappelijk onderzocht. Beschreven wordt wanneer een patiënt, indien een nadere analyse door een longarts uitgevoerd is, kan worden terugverwezen naar een behandeling dicht bij huis binnen de eerste lijn. Verdere, intensieve begeleiding door een longarts is geïndiceerd wanneer de behandeldoelen daar niet gehaald kunnen worden of bij complexere somatische en/of adaptatieproblematiek.

Na voltooiing van het assessment, wordt in samenspraak met de patiënt, een individueel zorgplan opgesteld. Alle onderdelen die van belang zijn in de behandeling van een patiënt worden vastgelegd, inclusief de verantwoordelijkheden van de verschillende betrokken zorgverleners. Het hoofddoel van de behandeling is het verbeteren van de integrale gezondheidstoestand van de patiënt. Dit wordt geprobeerd te bereiken door middel van twee centrale behandelstrategieën: a) het optimaliseren van het fysiologisch functioneren; en b) het optimaliseren van de adaptatie aan de stoornis. De uitgebreidheid van de behandelinterventies hangt af van de ernst van de luchtwegobstructie en de ervaren ziektelast.

Stroomschema 3 Het zorgproces volgens de Zorgstandaard COPD en de aandacht hierin voor psychosociale aspecten



Bron: LAN, 2010

De zorgstandaard benadrukt het belang van regelmatige monitoring van de integrale gezondheidstoestand van alle patiënten met COPD, gegeven het soms chronisch progressieve, maar ook grillige en onvoorspelbare verloop van de ziekte. Doorgaans is de eerste lijn verantwoordelijk voor monitoring van de COPD-patiënt met een lichte ziektelast en de tweede lijn voor de patiënt met een ernstige ziektelast. Bij een matige ziektelast is er vaak sprake van gedeelde zorg.

Zorgorganisatie

Afgezien van de meeste patiënten met een lichte luchtwegobstructie en een lichte ziektelast, zal het zorgproces bij patiënten met COPD multidisciplinair van aard zijn. In de zorgstandaard wordt de organisatiestructuur van het multidisciplinaire zorgproces, het zogenoemde 'integraal dynamisch ketenzorgmodel', beschreven. De zorg die een individuele patiënt op een bepaald moment nodig heeft (vraaggestuurde zorg) is het uitgangspunt bij dit model. De zorgstandaard gaat in op de rol van de patiënt en leden van het multidisciplinaire team. Benadrukt wordt dat de patiënt een actieve rol heeft bij het eigen zorgproces: de patiënt is medebehandelaar van zijn ziekte. Voor COPD-patiënten met een lichte tot matige luchtwegobstructie en een lichte tot matige ziektelast is de huisarts de hoofdbehandelaar. Hij is eindverantwoordelijk voor een multidisciplinair team dat kan bestaan uit: praktijkverpleegkundige/-ondersteuner, longverpleegkundige in de eerste lijn, apotheker, apothekersassistent, psycholoog, fysiotherapeut en overige (para)medici. De longarts heeft binnen dit team een consultatieve functie. Afgesproken dient te worden wie de functie van zorgcoördinator van het multidisciplinaire team vervult. De zorgcoördinator fungeert ook als aanspreekpunt voor de patiënt. Bij COPD-patiënten met een matige of ernstige ziektelast, die een meer gespecialiseerde behandeling krijgen, is de longarts normaliter de hoofdbehandelaar. Patiënten met een ernstige ziektelast (complexe medische problematiek en/of complexe adaptatieproblematiek) komen in aanmerking voor een intensief multidisciplinair longrevalidatieprogramma in de tweede of derde lijn. Hierbij zijn vele disciplines betrokken, zoals longarts, fysiotherapeut, psycholoog, verpleegkundige, bewegingstherapeut, maatschappelijk werker, diëtist, creatief therapeut, en ergotherapeut.

4.1.2 Aandacht voor psychosociale aspecten

In de Zorgstandaard COPD is ruimschoots aandacht voor psychosociale aspecten van COPD. Dit blijkt alleen al uit het feit dat, zoals hierboven beschreven, de zorgstandaard uitgaat van een integrale visie op gezondheid. In stroomschema 3 staat de aandacht voor psychosociale thematiek beknopt weergegeven. De zorgstandaard wijdt een apart hoofdstuk aan psychosociale begeleiding en behandeling, maatschappelijke participatie en re-integratie. Ook in andere hoofdstukken wordt ingegaan op psychosociale aspecten.

Hoofdstuk over psychosociale begeleiding en behandeling

In dit hoofdstuk wordt opnieuw aangegeven dat de integrale gezondheidstoestand niet alleen bepaald wordt door de fysiologische stoornis zelf, maar ook door de mate

waarin de patiënt zich heeft aangepast aan deze fysiologische stoornis. Beschreven wordt dat bij adaptatie psychologische factoren (cognities, emoties en feitelijk gedrag) een centrale rol spelen.¹⁰⁹ Ook wordt opgemerkt dat de sociale omgeving (o.a. partner en andere naasten, collega's, werkgever, artsen) een belangrijke invloed heeft op de cognities en daarmee op emoties en gedrag van de patiënt. Omgekeerd beïnvloedt de ziekte van de patiënt ook de sociale omgeving.

Het vóórkomen van psychosociale problematiek, zoals sombere en angstige gevoelens, wordt besproken. Aangegeven wordt dat sombere en angstige gevoelens meestal een gevolg zijn van een inadequate adaptatie aan de ziekte. Dan is behandeling gericht op gedragsverandering (een betere adaptatie) het meest effectief. Opgemerkt wordt dat in feite bij elke behandelinterventie voor een COPD-patiënt gedragsverandering relevant is. Gedragsveranderingstechnieken kunnen in basale vorm door niet-GGZ-hulpverleners uitgevoerd worden. In geval van complexere adaptatieproblematiek, angst- en paniekstoornissen of een depressieve stoornis kan in overleg met de patiënt doorverwezen worden naar een GGZ-hulpverlener.

Tot slot wordt in het hoofdstuk nog ingegaan op maatschappelijke participatie en reïntegratie. De arbeidsparticipatie van mensen met COPD is lager dan die van de gemiddelde beroepsbevolking. Aangegeven wordt dat het voor reïntegratie naar werk belangrijk is om de belasting in het werk te verminderen en de belastbaarheid van de patiënt te vergroten. Er worden handvatten aangereikt hoe dit gerealiseerd kan worden.

Verdere aandacht voor psychosociale aspecten

Ook in andere hoofdstukken van de zorgstandaard is er veelvuldig aandacht voor psychosociale aspecten. Hieronder worden kort enkele relevante voorbeelden genoemd: De zorgstandaard benadrukt het belang van zelfmanagement bij de behandeling van COPD. Daarbij wordt zelfmanagement breed opgevat. Het is gericht op gedragsverandering (een betere adaptatie) waardoor mensen met COPD bewust beslissingen nemen op *alle* gebieden van hun dagelijkse leven. Zelfmanagement heeft dus niet alleen betrekking op medische aspecten (bv. adequaat medicatiegebruik), maar ook op onder andere de acceptatie van het hebben van COPD, het vergroten van zelfeffectiviteit door oefeningen, het mobiliseren en behouden van sociale contacten en steun en het behouden van een emotionele balans.

Het belang van het emotioneel ondersteunen van de patiënt wordt besproken, waarbij speciaal gelet dient te worden op eventueel aanwezige angst en depressie. De emotionele ondersteuning heeft tot doel de cognities, emoties en het gedrag van de patiënt zodanig te beïnvloeden dat een positieve gedragsverandering optreedt en de patiënt adequaat met zijn ziekte kan omgaan.

¹⁰⁹ Cognities zijn de gedachten die een patiënt heeft over zijn aandoening. Bij emoties gaat het om subjectief ervaren gevoelens, die vaak meer dan lichamelijke sensaties, sturend zijn voor ons handelen. In geval van ziekte gaat het meestal om negatieve gevoelens zoals angst, verdriet, frustratie en somberheid. Gedrag is in tegenstelling tot cognities en emoties observerbaar en bevat een handelingscomponent. Cognitieve, emotionele en gedragsreacties interacteren in sterke mate met elkaar en met de fysiologische stoornis en zij worden tevens beïnvloed door reacties uit de sociale omgeving van de patiënt (LAN, 2010).

In het zorgplan dient ook aandacht besteed te worden aan het sociale netwerk van de patiënt, gezien de invloed die deze kan hebben op de mate waarin een patiënt met COPD in staat is zelfstandig en adequaat om te gaan met klachten. Daarnaast heeft de ziekte van de patiënt ook een impact op zijn of haar sociale omgeving.

Bij de bespreking van de diverse behandelinterventies voor COPD-patiënten (varierend van voorlichting en educatie tot longrevalidatie) wordt ingegaan op het belang van emotionele en psychosociale factoren en aangegeven wanneer gespecialiseerde GGZ-zorg gewenst is.

4.2 Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van COPD (2010)

4.2.1 Algemeen

De Multidisciplinaire richtlijn (MDR) Diagnostiek en behandeling van COPD is een actualisatie van de in 2005 ontwikkelde eerste versie van de richtlijn (bekend onder de naam Richtlijn Ketenzorg COPD). De MDR is een gezamenlijk initiatief van de Long Alliantie Nederland (LAN), de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT), het NHG, de COPD en Astma Huisartsen Advies Groep (CAHAG), en het CBO, het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. Voor het ontwikkelen van de richtlijn is een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle relevante specialismen die met de diagnostiek en behandeling van COPD te maken hebben. Daarnaast is input vanuit het patiëntenperspectief meegenomen.

De MDR geeft aanbevelingen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering van de diverse zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met COPD, waaronder huisartsen, longartsen, longverpleegkundigen, fysiotherapeuten, revalidatieartsen, bedrijfsartsen, psychologen, diëtisten, apothekers en praktijkondersteuners. In aparte hoofdstukken wordt een groot aantal belangrijke onderwerpen rondom COPD besproken, zoals informatievoorziening, zelfmanagement, stoppen met roken, inspanningstraining, zuurstoftherapie, ademhalingsoefeningen, voeding, vaccinatie, werk, psychosociale aspecten en de medicamenteuze behandeling. In de praktijk worden deze onderwerpen veelal geïntegreerd aangeboden aan mensen met COPD door middel van longrevalidatie (waaraan een apart hoofdstuk gewijd is).

Opgemerkt dient te worden dat de MDR, in tegenstelling tot de Zorgstandaard COPD, voor de indeling van ernst van COPD de traditionele indeling op basis van de ernst van de luchtwegobstructie¹¹⁰ hanteert.

¹¹⁰ Met behulp van de zogenaamde GOLD-criteria kunnen vier stadia onderscheiden worden: licht, matig ernstig, ernstig en zeer ernstig COPD.

4.2.2 Aandacht voor psychosociale aspecten

De MDR besteedt ruimschoots aandacht aan psychosociale aspecten. Dit blijkt bovenal uit het feit dat er een apart hoofdstuk ingeruimd is voor psychosociale ondersteuning en behandeling van patiënten met COPD. Daarnaast wordt in diverse andere hoofdstukken (o.a. over diagnostiek en follow-up, patiëntenvoorlichting en zelfmanagement) ingegaan op psychosociale aspecten.

Aanbevelingen met betrekking tot psychosociale ondersteuning en behandeling

In het hoofdstuk dat apart gewijd is aan psychosociale ondersteuning en behandeling wordt allereerst aangegeven dat het behandeldoel gericht is op het verbeteren van de gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven van de patiënt met COPD. Bij gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven worden drie dimensies onderscheiden: functionele beperkingen in het dagelijks leven, psychisch welbevinden en sociaal functioneren. Patiënten met COPD hebben een verminderde kwaliteit van leven in vergelijking met de algemene populatie. Deze problemen in kwaliteit van leven manifesteren zich met name ten aanzien van functionele beperkingen in het dagelijks leven, gevolgd door verminderd psychisch welbevinden (o.a. depressie en angst) en verminderd sociaal functioneren. De MDR benadrukt het belang van kwaliteit van leven bij COPD en de noodzaak om in de klinische praktijk direct en consequent te vragen naar problemen in het dagelijks functioneren en welbevinden (zie tabel 10). Voor het opsporen van klinische manifestaties van depressie en angst in de klinische praktijk wordt verwezen naar de NHG-Standaarden Depressieve stoornis en Angststoornissen. Opgemerkt wordt dat het tevens van belang is onderscheid te maken tussen depressie in psychiatrische zin versus somberheid die meer een uiting is van een actueel verwerkingsproces.

Vervolgens wordt ingegaan op psychosociale ondersteuning en behandeling. De MDR geeft aan dat psychosociale ondersteuning vooral betrekking heeft op het sturen van de patiënt en het bieden van emotionele support. Psychosociale behandeling heeft betrekking op het veranderen van cognities (gedachten), emoties en gedrag zodat de patiënt zelf verandert en adequaat met zijn aandoening om kan gaan. De verschillende psychosociale interventies bij patiënten met COPD (training in coping vaardigheden, relaxatie oefeningen, cognitieve gedragstherapie en stressmanagement) worden besproken evenals de effectiviteit daarvan. Gezien het weinige wetenschappelijke onderzoek kunnen nog geen duidelijke uitspraken gedaan worden over het effect van de interventies. Opgemerkt wordt dat in de praktijk bij patiënten met (zeer) ernstig COPD psychosociale interventies vaak aangeboden worden in combinatie met andere (somatische) interventies in het kader van longrevalidatie. Er wordt voor gepleit dat ook patiënten met minder ernstig COPD (en die niet in aanmerking komen voor longrevalidatie) een dergelijk geïntegreerde aanpak aangeboden wordt.

Tabel 10 geeft een overzicht van de aanbevelingen uit de MDR met betrekking tot psychosociale ondersteuning en behandeling.

Tabel 10 Aanbevelingen met betrekking tot psychosociale ondersteuning en behandeling

Screening en diagnostiek:

- Om kwaliteit van leven van mensen met COPD goed te kunnen beoordelen in de klinische praktijk, wordt aanbevolen bij alle patiënten met COPD (ongeacht de ernst van de ziekte) direct en consequent te vragen naar concrete manifestaties van een verminderde kwaliteit van leven, met name functionele beperkingen in het dagelijks leven, psychisch welbevinden (angst of depressie) en sociaal functioneren, alsmede naar co-morbiditeit.
- Ontwikkeling van een efficiënte (klinisch toepasbare) vragenlijst naar kwaliteit van leven en detectie van depressie en angst is noodzakelijk.

Interventies:

- Verder onderzoek naar psychosociale interventies bij COPD patiënten is gewenst om meer inzicht te krijgen in het effect van deze interventies op het (psychosociaal) functioneren van deze groep patiënten.
- Het is wenselijk dat ook voor patiënten met een minder ernstig COPD (GOLD I en II) psychosociale ondersteuning wordt geboden middels een gestructureerde aanpak, waarbij psychosociale interventies en somatische interventies worden geïntegreerd.
- COPD patiënten met psychiatrische problematiek, zoals depressie en angststoornissen dienen hiervoor te worden behandeld, hetzij door de arts zelf hetzij na verwijzing naar een psycholoog of psychiater.
- Bij (psychosociale) zorg voor de COPD patiënt dient ook de partner (of sociaal netwerk) betrokken te worden en moet rekening worden gehouden met coping en ondersteuning vanuit het sociale netwerk.
- Men kan overwegen COPD patiënten met een depressie te behandelen met antidepressiva, ter verbetering van de psychische stoornis en/of kwaliteit van leven.

Bron: CBO, 2010

Verdere aandacht voor psychosociale aspecten

In verschillende andere hoofdstukken van de MDR wordt ook aandacht besteed aan psychosociale aspecten:

Diagnostiek en follow-up

De MDR beveelt aan om bij zowel de diagnostiek als bij de follow-up aandacht te schenken aan emotionele en psychosociale aspecten (zie tabel 11).

Tabel 11 Aandacht voor psychosociale aspecten in aanbevelingen met betrekking tot diagnostiek en follow-up

Bij zowel de diagnose als de follow up dient er behalve voor de longfunctie aandacht te zijn voor de invloed van de ziekte op het dagelijks leven van de patiënt zoals klachtbeleving, functionele status en emoties.

Bron: CBO, 2010

Patiëntenvoorlichting en zelfmanagement

De MDR gaat in op de psychologische aspecten van patiëntenvoorlichting en zelfmanagement. Patiëntenvoorlichting wordt gezien als het geheel van interventies, waaronder informatie (de overdracht van feitelijke kennis), instructie (het geven van concrete richtlijnen/voorschriften), educatie (het leerproces dat gericht is op inzicht en streeft naar attitudeverandering) en begeleiding (het emotioneel ondersteunen) die de patiënt in staat stelt zijn ziekte zelfstandig te managen. De MDR benadrukt dat het kernaspect van zelfmanagement is dat de patiënt zelf de verantwoordelijkheid voor zijn behandeling neemt. Beschreven wordt dat actieve zelfverantwoordelijkheid (zelfmanagement) ertoe leidt dat patiënten zich beter aanpassen aan de ziekte, meer controle over de ziekte ervaren (verhoogde zelfeffectiviteit) en beter functioneren in het

dagelijks leven. Bij interventies gericht op het bevorderen van zelfmanagement draait het om psychologische processen: het aanleren van nieuw gedrag en dit bestendigen. Met name technieken uit de cognitieve gedragstherapie zijn hierbij bruikbaar. Daarnaast wordt ook gewezen op het belang van motiverende gespreksvoering.

Onderstaande tabel toont de richtlijnaanbevelingen met betrekking tot voorlichting en zelfmanagement en waarin een duidelijke psychosociale component zit.

Tabel 12 Aandacht voor psychosociale aspecten in aanbevelingen met betrekking tot voorlichting en zelfmanagement

- Het verdient aanbeveling om bij interventies gericht op vergroten van zelfmanagement gebruik te maken van technieken uit de cognitieve gedragstherapie en 'motivational interviewing'.
- Partners kunnen het beste actief bij voorlichting en het aanleren van zelfmanagement betrokken worden.
- Gestructureerde behandelprotocollen verdienen de voorkeur aangezien deze handvatten bieden voor niet-psychologen bij het uitvoeren van deze psychologisch georiënteerde interventies. Training en supervisie door een gedragsdeskundige (psycholoog) strekt tot aanbeveling.

Bron: CBO, 2010

Ademhalingsoefeningen

In de MDR wordt ingegaan op het nut van ontspanningsoefeningen bij ademhalingsproblemen.

Tabel 13 Aandacht voor psychosociale aspecten in aanbevelingen met betrekking tot ademhalingsoefeningen

- Ontspanningsoefeningen kunnen overwogen worden bij mensen met COPD die zich angstig of gespannen voelen, alhoewel op dit moment onvoldoende gegevens bekend zijn om te kunnen beoordelen of het effectief is.

Bron: CBO, 2010

Werk

Besproken wordt dat de arbeidsparticipatie van patiënten met COPD beduidend minder is dan in de Nederlandse beroepsbevolking. Hierbij spelen psychosociale factoren ook een rol. Aangegeven wordt dat het voor de reïntegratie in het arbeidsproces van belang is om na te gaan hoe de belasting in het werk verminderd kan worden en de belastbaarheid van de patiënt vergroot kan worden. Wederzijds overleg tussen bedrijfsarts en de huisarts/specialist kan hierbij nodig zijn om tot goede advisering te komen. Benadrukt wordt dat voor het inwinnen van relevante psychosociale gegevens (o.a. de aanwezigheid van angst en depressie, vermijdingsgedrag, de zelfperceptie, sociale activiteiten en reacties van de sociale omgeving op de aandoening) mondeling overleg belangrijk is.

Longrevalidatie

Longrevalidatie is gericht op het reduceren van de nadelige gevolgen van de longziekte op het functioneren en daarmee op de kwaliteit van leven en autonomie. Aangegeven wordt dat de mate waarin problemen met activiteiten en participatie optreden, naast fysiologische factoren, ook bepaald worden door psychologische aspecten, zoals

depressie, schaamte en angst voor kortademigheid of juist het overschrijden van de beperkte fysieke mogelijkheden. Een longrevalidatie programma bestaat uit accurate diagnostiek, gericht op het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren van de patiënt met chronisch longlijden, optimalisatie van de medische behandeling, training en oefeningen, fysiotherapie en educatie. Daarbij wordt ook psychische en sociale ondersteuning geboden. Een essentieel kenmerk van longrevalidatie is dat de problematiek integraal benaderd wordt door een multidisciplinair team. Aangetoond is dat longrevalidatie (toegevoegd aan medicamenteuze therapie) de kwaliteit van leven van patiënten verbetert. Opgemerkt wordt dat de ontwikkeling van de voorzieningen voor longrevalidatie zich vooral gericht heeft op de groep mensen met COPD met zeer ernstige participatieproblemen in derdelijns behandelcentra. Tegenwoordig is er een ontwikkeling gaande om ook voor patiënten met minder ernstige participatieproblemen voorzieningen te creëren in de eerste en tweede lijn.

4.3 NHG-Standaard COPD (2007)

4.3.1 Algemeen

De NHG-Standaard COPD geeft richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van COPD. De huisarts kan de meeste patiënten met licht en matig ernstig COPD zelf volgen en behandelen, mits spirometrie (bepaling van de longfunctie) in eigen beheer mogelijk is en de huisarts in staat is de uitslag van het longfunctieonderzoek te interpreteren. Patiënten met (zeer) ernstig COPD of met een minder ernstige longfunctiestoornis bij wie de behandelingsdoelen niet gehaald worden ondanks optimale behandeling, worden verwezen naar de longarts.

Opgemerkt dient te worden dat de NHG-Standaard voor de indeling van de ernst van COPD de traditionele indeling op basis van de ernst van de luchtwegobstructie gebruikt. Wel wordt aangegeven dat de ernst van COPD ook bepaald wordt door de ernst van de klachten, de beperkingen van het inspanningsvermogen, de kwaliteit van leven, de aanwezigheid van comorbiditeit en de ernst en frequentie van exacerbaties (plotselinge verergeringen van de klachten).

4.3.2 Aandacht voor psychosociale aspecten

Zoals in tabel 14 wordt weergegeven heeft de NHG-Standaard aandacht voor psychosociale aspecten.

Tabel 14 Aanbevelingen omtrent psychosociale aspecten in de NHG-Standaard COPD

Diagnostiek:

Besteed aandacht aan psychosociale factoren:

- angst voor dyspnoe (kortademigheid);
- klachten die passen bij depressie of een angststoornis;
- sociale situatie.

Behandeling:

- Bij psychosociale problemen geeft de huisarts (emotionele) ondersteuning en adviezen. Bij ernstiger problematiek, zoals een angststoornis of depressie, stelt de huisarts zelf een behandeling in of verwijst de patiënt hiervoor naar een psycholoog of psychiater.
- De huisarts adviseert de patiënt bij werkgerelateerde problemen of belemmeringen contact op te nemen met de bedrijfsarts, waarna indien nodig overleg over afstemming van het beleid wordt gevoerd.
- De huisarts adviseert de patiënt voldoende te bewegen. Als de patiënt daar niet in slaagt door aanhoudende (angst voor) dyspnoe, overweegt de huisarts de patiënt te verwijzen naar een in longreactivatie gespecialiseerde oefen- of fysiotherapeut voor inspanningstraining en ademhalingsoefeningen.

De(half)jaarlijkse controle bestaat o.a. uit:

aandacht voor psychosociale factoren, zoals angst voor dyspnoe, gevoelens van schaamte, seksuele problemen en sociaal isolement; bespreken van mogelijkheid van steun door en contact met patiëntenverenigingen.

Bron: Smeele e.a., 2007

In het notenapparaat van de NHG-Standaard wordt verder ingegaan op psychosociale aspecten. In een noot wordt de verminderde kwaliteit van leven van COPD-patiënten besproken, en de rol van psychologische factoren hierbij. Een andere noot handelt over de effecten van psychosociale interventies bij COPD (training in copingvaardigheden, relaxatieoefeningen, cognitieve gedragsmodificatie en stressmanagement).

4.4 LESA COPD (2007)

4.4.1 Algemeen

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak (LESA) COPD is opgesteld door een werkgroep van het NHG en het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI), waarin ook patiënten vertegenwoordigers zitting hadden. De LESA geeft algemene aanbevelingen voor de samenwerking van huisartsen en verschillende paramedici bij de diagnostiek en begeleiding van patiënten met COPD. De LESA baseert zich op meerdere richtlijnen, waaronder de eerste versie van de MDR Diagnostiek en Behandeling uit 2005 (bekend onder de naam Richtlijn Keten zorg COPD), de NHG-Standaard COPD en de Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) COPD.

4.4.2 Aandacht voor psychosociale aspecten

Tabel 15 geeft een overzicht van de aandacht voor psychosociale aspecten in de LESA.

Tabel 15 Aanbevelingen omtrent psychosociale aspecten in de LESA COPD

Beleid:

- Zorg voor afspraken tussen huisarts en fysiotherapeut over de te volgen gedragslijn ten aanzien van de directe toegankelijkheid naar de fysiotherapeut. Denk hierbij vooral aan mogelijke rode vlaggen of alarmsignalen (onder meer recente exacerbaties, sterke toename van dyspnoe, perifeer oedeem, lichamelijke of psychische comorbiditeit, onverklaard recent gewichtsverlies, extreme vermoeidheid, etc.).
- Het gaat bij patiënten met COPD om gedragsverandering op verschillende gebieden. Om de motivatie van de patiënt in te schatten en te vergroten, is counseling zinvol.

Consultatie en verwijzing:

- Hardnekkige rokers, bij wie eerdere pogingen om te stoppen met roken mislukten, kunnen o.a. verwezen worden naar een eerstelijnspsycholoog.
- Bij patiënten met forse bewegingsangst kan verwijzing naar een eerstelijns psycholoog worden overwogen.

Bron: Lakerveld-Heyl e.a., 2007

Hoewel de LESA primair gericht is op samenwerking tussen huisartsen en paramedici, wordt opgemerkt dat hun onderlinge werkafspraken ook vragen om afstemming met andere behandelaars in de keten, waaronder mogelijk ook psychologen. Voorlichting en zelfmanagement is een belangrijk aandachtspunt in de LESA. Aangegeven wordt dat patiënten, naast informatie over de ziekte, ook voorlichting dienen te krijgen over hoe om te gaan met de ziekte, over de verwerking ervan en over de maatschappelijke consequenties. Zelfmanagement wordt beschouwd als het meest verreikende doel van patiëntenvoorlichting, waarbij de patiënt nieuw gedrag aanleert, dit gedrag bestendigt en daarmee de verantwoordelijkheid neemt voor zijn eigen behandeling. Aangegeven wordt dat zowel huisartsen als paramedici verantwoordelijk kunnen zijn voor voorlichting, zelfmanagement en motiveren tot gedragsverandering, waarbij goede afstemming belangrijk is.

4.5 LTA COPD (2001)

4.5.1 Algemeen

De Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) COPD, opgesteld door een werkgroep van het NHG en de Nederlandse Vereniging voor Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT), geeft aanbevelingen voor de samenwerking tussen huisartsen en longartsen bij de zorg voor patiënten met COPD (NHG/NVALT, 2001). De LTA stamt uit 2001 en sluit aan bij de op dat moment bestaande richtlijnen over diagnostiek en behandeling van COPD. In de LTA wordt achtereenvolgens stilgestaan bij de belangrijkste uitgangspunten bij diagnostiek en beleid, controles, verwijzing, terugverwijzing en gedeelde zorg.

4.5.2 Aandacht voor psychosociale aspecten

De LTA geeft aan dat de huisarts bij patiënten met licht COPD maatregelen ter verbetering van de algemene gezondheidstoestand in de eerste lijn op gang kan brengen. Met betrekking tot de psychosociale en educatieve begeleiding speelt de huisarts een belangrijke rol; voor zover gewenst kunnen hierbij de longverpleegkundige van de thuiszorg, praktijkverpleegkundige, fysiotherapeut, maatschappelijk werker en diëtist worden betrokken.

Bijlage 2

Beschrijving van gevonden interventies

De beschrijvingen van de interventies hadden niet opgesteld kunnen worden zonder de input van de personen die betrokken zijn bij de interventies. We zijn hen zeer erkentelijk voor de (aanvullende) informatie die zij aangeleverd hebben.

Interventies op psychosociaal gebied bij coronaire hartziekten

Onderzoek

	Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en Mindfulness-based Cognitieve Therapie (MBCT) na een hartinfarct
Doelgroep	Patiënten (≥ 18 en ≤ 70 jaar) die een myocard infarct (MI) hebben gehad (minstens 3 maanden geleden) en minimaal milde depressieve klachten hebben. <u>Exclusiecriteria:</u> geen Nederlands kunnen lezen of schrijven, aangeboren hartafwijking, ernstige psychiatrische comorbiditeit (zoals een psychotische stoornis nu of in het verleden, bipolaire stoornis), afhankelijkheid van drugs of alcohol, acute gedachten of plannen over zelfmoord en het al ontvangen van een psychologische behandeling.
Doel	Het vaststellen of er een verschil in effectiviteit bestaat tussen Cognitieve Gedragstherapie en Mindfulness Based Cognitieve Therapie wat betreft het verminderen van depressie klachten bij patiënten die een MI hebben doorgemaakt. Verondersteld wordt dat beide vormen van therapie effectiever zullen zijn in het verminderen van depressieve klachten dan een wachtlijstconditie (waarin geen therapie gegeven wordt) die ook deel uitmaakt van de onderzoeksopzet.
Type	Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en Mindfulness Based Cognitieve Therapie (MBCT).
Setting	Ziekenhuissetting, poliklinieken cardiologie (meerdere ziekenhuizen nemen deel).
Toeleiding	Patiënten die een polikliniek bezoeken worden gevraagd een korte screeningslijst voor depressie in te vullen. Patiënten met depressieve klachten en die voldoen aan de inclusie- en exclusiecriteria en gemotiveerd zijn voor behandeling, worden uitgenodigd deel te nemen aan het onderzoek.
Betrokken zorgverleners (uitvoering)	Onderzoekers verrichten de screening van patiënten in samenwerking met verpleegkundigen en cardiologen. Getrainde psychologen voeren de therapieën uit.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	Zowel de CGT als de MBCT bestaan uit 8 individuele sessies van 45 minuten tot een uur en zijn gericht op het verminderen van depressieve klachten. CGT kan worden beschouwd als de gouden standaard voor het behandelen van depressieve klachten. CGT is een combinatie van Gedragstherapie ('anders leren doen') en Cognitieve therapie ('anders leren denken'). CGT gaat uit van een open en gelijkwaardige samenwerkingsrelatie tussen therapeut en patiënt. Behandelingen zijn over het algemeen klacht- of probleemgericht en kortdurend van opzet. Van de patiënt wordt een actieve houding verwacht en er wordt gebruik gemaakt van huiswerkopdrachten en oefeningen. Binnen de CGT bestaan verschillende stromingen die inhoudelijk andere accenten leggen. In dit onderzoek wordt de theorie van Beck als uitgangspunt gebruikt, omdat dit model het beste empirisch onderbouwd is. MBCT is gebaseerd op een combinatie van cognitieve gedragstherapie, meditatie en yogatechnieken. De MBCT training is oorspronkelijk ontwikkeld als groepstraining. Voor het onderzoek is de groepstraining omgezet in een individuele training. Tijdens MBCT leren patiënten zich meer bewust te worden van wat ze in hun lichaam voelen, maar ook van signalen van stress en depressieve klachten. Daarnaast leren ze dat negatieve gedachten en bijbehorende negatieve gevoelens geen feiten zijn, maar 'slechts' gedachten in het hoofd. Ze leren technieken om beter de aandacht te houden bij datgene waar ze mee bezig zijn, zodat ze meer in het hier-en-nu leven en er minder ruimte overblijft voor negatieve gedachten en gevoelens.
Onderzoeksdesign	Gerandomiseerde gecontroleerde studie. Meetmomenten: voor en tijdens de behandeling en na afronding (direct, na 3 en 6 maanden).
Uitkomstmaten	<i>Primaire uitkomstmaat:</i> Symptomen van depressie. <i>Secundaire uitkomstmaten:</i> Angstsymptomen en welbevinden.
Resultaten	Het onderzoek loopt nog; er zijn nog geen resultaten beschikbaar.
Betrokken organisaties	Universitair Medisch Centrum Groningen, Universiteit van Amsterdam.
Financiering	Onbekend.
Literatuur	Fleer e.a. (2010). <i>Eindrapportage project Hart voor Mensen. Screening psychosociale problemen bij mensen met hart- en vaatziekten</i> . Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen.

	WEBbased distress management program for implantable CARdioverter dEfibillator patients (WEBCARE)
Doelgroep	Patiënten tussen de 18-75 jaar bij wie een implanteerbare cardioverter defibrillator (ICD) geïmplanteerd gaat worden, die de Nederlandse taal machtig zijn en die toegang hebben tot het internet en in staat zijn om het te gebruiken. Er zijn verschillende indicaties voor ICD, waaronder patiënten met een beschadigde linkerkamer door een hartinfarct. <u>Exclusiecriteria:</u> een levensverwachting van minder dan 1 jaar, het hebben gehad van een andere psychische stoornis dan een affectieve stoornis of angststoornis in het verleden, op de wachtlijst staan voor harttransplantatie.
Doel	Vaststellen of een web-based gedragsinterventie uitvoerbaar is en effectief is in het verminderen van angst en zorgen rondom ICD en in het verbeteren van de kwaliteit van leven bij ICD patiënten.
Type	Web-based gedragsinterventie.
Setting	Ziekenhuissetting (6 ziekenhuizen: Erasmus MC, Amphia Ziekenhuis, Catharina Ziekenhuis, Vlietland Ziekenhuis, Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis en Onze Lieve Vrouwe Gasthuis).
Toeleiding	Patiënten die in een ziekenhuis opgenomen zijn voor een implantatie van een (eerste) ICD worden benaderd.
Betrokken zorgverleners	Een AIO en studenten psychologie op master-niveau (die getraind en begeleid worden door psychologen) zullen feedback geven op de ingevulde oefeningen op basis van een gestandaardiseerd behandelprotocol.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	Patiënten in de interventiegroep ontvangen een gebruikersnaam en wachtwoord om toegang tot de interventie te krijgen via het web. Elke week wordt een geautomatiseerde e-mail verstuurd naar de deelnemers waarin de inhoud en oefeningen voor de komende week uitgelegd worden. Alle informatie is ook te downloaden. De AIO en studenten psychologie geven feedback op de ingevulde oefeningen. Deze feedback is niet bedoeld als therapie, maar gericht op het beheersen van probleemoplossende strategieën. De interventie moet binnen 12 weken worden afgerond. Een sessie zal gewoonlijk 30 minuten duren en bestaat uit een inleiding, een bespreking van het huiswerk van de vorige les, nieuwe theorie en huiswerk voor de volgende week. De sessies kunnen wekelijkse of tweewekelijkse gevolgd worden. Naast de sessies, hebben de deelnemers verschillende andere hulpmiddelen tot hun beschikking: een 'huiswerk-station', extra informatie, het lezen van tips, nuttige links en adressen voor extra hulp. De interventie omvat de volgende onderdelen: <ul style="list-style-type: none"> - Psycho-educatie over de ICD en hart- en vaatziekten - Probleemoplossende vaardigheden - Cognitieve herstructurering - Ontspanningstraining - Persoonlijke feedback via de computer De volgende thema's worden behandeld: <ul style="list-style-type: none"> - Emotionele reacties met betrekking tot de ICD behandeling - Welke aspecten van de ICD kunnen leiden tot zorgen - Hoe om te gaan met schokken - Ziektespecifieke problemen en angsten - Hoe voorkomen kan worden dat activiteiten vermeden gaan worden - Interpretatie van lichamelijke symptomen - Hoe om te gaan met onzekerheid - Hulpzoekgedrag - Hoe om te gaan met stress
Onderzoeksdesign	Gerandomiseerde gecontroleerde studie, met follow-up meetmomenten na 14, 26 en 52 weken.
Uitkomstmaten	<i>Primaire uitkomstmaten:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Patiëntenuitkomsten: angst, depressie, acceptatie van de ICD en kwaliteit van leven - Zorggebruik - Kosteneffectiviteit. <i>Secundaire uitkomstmaten:</i> <ul style="list-style-type: none"> - 'cortisol awakening response' - ventriculaire arrhythmieën

Resultaten	Het project loopt nog; er zijn nog geen resultaten beschikbaar.
Betrokken organisaties	CoRPS, Universiteit van Tilburg; Vrije Universiteit Amsterdam; Erasmus MC: Universitair Medisch Centrum Rotterdam; Amphia Ziekenhuis; Catharina Ziekenhuis; Vlietland Ziekenhuis; Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis; Onze Lieve Vrouwe Gasthuis.
Financiering	ZonMw.
Literatuur	Pedersen e.a. (2009). Rationale and design of WEBCARE: A randomized, controlled, web-based behavioral intervention trial in cardioverter-defibrillator patients to reduce anxiety and device concerns and enhance quality of life. <i>Trials</i> , 10: 120.

Implementatie

	'Hart voor uw hart'
Doelgroep	Patiënten met hart- en vaatziekten (HVZ) aan het eind van hartrevalidatie of in de post-revalidatiefase (chronische fase).
Doel	Het verbeteren van de psychosociale zorg voor patiënten met HVZ en hun partners door: <ul style="list-style-type: none"> - Het integreren van psychosociale screening in het reguliere zorgproces (zowel in de revalidatiefase als in de post-revalidatiefase). - Het implementeren van een zelfmanagementinterventie gericht op subklinische psychosociale problematiek aan het eind van hartrevalidatie en in de post-revalidatie fase. - Het afstemmen van de screening en interventie op de zorgvraag van patiënten door middel van een kwalitatieve evaluatie.
Type	Screeningssysteem voor de tijdige signalering van psychosociale problemen, en het bieden van een passend vervolgtraject, waaronder een zelfmanagementinterventie gericht op subklinische psychosociale problematiek.
Setting	Algemeen ziekenhuis (MC Zuiderzee, Lelystad; polikliniek cardiologie).
Toeleiding	n.v.t.
Betrokken zorgverleners	Psychosociale screening: cardioloog, verpleegkundige (zie hieronder). De zelfmanagementinterventie wordt gegeven door een medisch maatschappelijk werker en gezondheidspsycholoog.

<p>Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)</p>	<p><u>Psychosociale screening</u> Screening gebeurt gecomputeriseerd en is gekoppeld aan het ziekenhuis-informatiesysteem.</p> <p><u>Revalidatiefase.</u> Nieuwe patiënten worden uitgebreid gescreend (ook op andere gebieden dan psychosociaal) om de inhoud van het revalidatieprogramma te bepalen. Deze screening wordt o.a. aan het eind van de revalidatiefase herhaald. In geval van verhoogde score voor psychosociale problemen bepaalt een verpleegkundige in samenwerking met de patiënt het revalidatietraject (o.a. PEP, FYSIO, FIT kort/lang). Patiënten met ernstige psychopathologie (ernstige verhoogde niveaus van angst en/of depressie) worden doorverwezen naar een psycholoog/psychiater.</p> <p><u>Post-revalidatiefase.</u> Patiënten worden telkens tijdens een polibezzoek kort gescreend op psychosociale problematiek. De patiënt neemt de uitgeprinte screeningsresultaten mee naar de cardioloog, voor wie via de computer ook een advies voor beleid te zien is. Bij een verhoogde score verwijst de cardioloog door naar de verpleegkundige, die weer in overleg met de patiënt het vervolgttraject bepaalt (evt. geadviseerd door een medisch maatschappelijk werker), waarbij de zelfmanagementinterventie een eerste voorkeur heeft voor mensen met (sub)klinische angst- en/of depressieklachten.</p> <p><u>Zelfmanagementinterventie</u> De zelfmanagementinterventie is gericht op de door de screening aangemerkte patiënten met (sub)klinische psychosociale problemen (o.a. angst, depressie, stress of aanpassingsproblemen). De interventie bestaat uit een individueel intake gesprek, vijf groepsbijeenkomsten verspreid over drie maanden en twee terugbijeenkomsten in respectievelijk de 5^e en 6^e maand. Gekoppeld aan de groepsbijeenkomsten is een cursusmap met thuiswerkopdrachten. De persoonlijke doelen van de patiënt vormen het uitgangspunt van de interventie. Het nastreven en bereiken van doelen is een continu proces dat in vier fasen onder te verdelen valt: 'kijken', 'kiezen', 'doen' en 'checken'. In de eerste fase, 'kijken', gaat het om het bewust worden en definiëren van persoonlijke doelen op het gebied van welbevinden, sociaal functioneren, arbeidsintegratie of leefstijl. De tweede fase, 'kiezen', gaat over herkennen en signaleren van gedrag dat bijdraagt aan het bereiken van deze persoonlijke doelen. In de derde fase, 'doen', gaan patiënten aan de slag met het door hen gekozen doel. Dit is ook de fase waarin partners van de patiënten bij de interventie betrokken worden. De laatste stap is 'checken': het (blijven) meten van voortgang. Een medisch maatschappelijk werker wordt door een gezondheidspsycholoog getraind in het zelfstandig geven van de interventie. Parallel worden tools ontwikkeld, zoals een trainers manual, voor eventuele verdere implementatie in andere zorginstellingen.</p>
<p>Wetenschappelijke evaluatie</p>	<p>Het implementatietraject wordt geëvalueerd op twee manieren: middels vragenlijsten (voor en na de implementatie) die afgenomen worden bij zowel patiënten als zorgverleners en vanuit het patiëntenperspectief, waarbij interviews worden gehouden met patiënten. De praktische bruikbaarheid van de zelfmanagementinterventie wordt getoetst met vragenlijsten. Het implementatietraject loopt nog (start medio 2011); de verwachting is dat resultaten eind 2012 beschikbaar zijn.</p>
<p>Eerdere wetenschappelijk evaluatie</p>	<p>De zelfmanagementinterventie is een meer psychosociaal georiënteerde variant van een bewezen effectieve zelfmanagementinterventie voor patiënten met HVZ die primair gericht is op (behoud van) leefstijlverandering. Middels een gerandomiseerde gecontroleerde trial is aangetoond dat deze interventie positieve effecten heeft op welbevinden, patiënttevredenheid, leefgewoonten en risicofactoren.</p>
<p>Betrokken organisaties</p>	<p>Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG); Universiteit Leiden; Vrije Universiteit (VU) Amsterdam; MC Zuiderzee ziekenhuis; De Hart&Vaatgroep.</p>
<p>Financiering</p>	<p>Hartstichting en Achmea.</p>
<p>Literatuur</p>	<p>Luttik e.a. (2011). The advisory brought to practice. Routine screening on depression (and anxiety) in coronary heart disease; consequences and implications. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i>, 10, 228-233.</p> <p>Fleer e.a. (2010). <i>Eindrapportage project Hart voor Mensen. Screening psychosociale problemen bij mensen met hart- en vaatziekten</i>. Den Haag: Nederlandse Hartstichting.</p>

	CARDSS-II (CArdiac Rehabilitation Decision Support System) project
Doelgroep	Patiënten die in aanmerking komen voor hartrevalidatie.
Doel	Het standaardiseren van werkprocessen in hartrevalidatiecentra op basis van elektronische beslissingsondersteuning, gecombineerd met gerichte consultatie en periodieke, cijfermatige terugkoppeling op interne kwaliteitsindicatoren voor hartrevalidatie.
Type	Richtlijnimplementatie op basis van elektronische beslissingsondersteuning, locatiebezoek door een implementatiedeskundige en periodieke feedback op basis van interne kwaliteitsindicatoren.
Setting	Zorginstellingen met een afdeling hartrevalidatie (ziekenhuizen; revalidatiecentra).
Toeleiding	n.v.t.
Betrokken zorgverleners	Multidisciplinair hartrevalidatieteam dat is samengesteld uit een revalidatie coördinator (bv. verpleegkundige of nurse practitioner); hartrevalidatie-cardioloog, eventueel in combinatie met sportarts of revalidatiearts; verpleegkundige; diëtist; fysiotherapeut; maatschappelijk werker en psycholoog.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	De elektronische beslissingsondersteuning bestaat uit software die begeleiding biedt bij de indicatiestelling voor hartrevalidatie en advies geeft over welke revalidatieprogramma's er op basis van de geldende richtlijnen voor een patiënt geïndiceerd zijn. Dit gebeurt op basis van de recent herziene en uitgebreide beslisboom hartrevalidatie (Beslisboom Poliklinische Indiciestelling Hartrevalidatie). Een belangrijke aanpassing is o.a. dat er instrumenten toegevoegd zijn voor het vaststellen van angst, depressie en stress. De beslisboom sluit aan bij de aanbevelingen uit de recent herziene Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie 2011. Een deelnemende instelling werkt gedurende de eerste 3 maanden met de software, waarin de herziene beslisboom hartrevalidatie geïntegreerd is. Na 3 maanden ontvangt de instelling feedback op basis van de indicatoren voor hartrevalidatie en wordt de instelling bezocht door een implementatieadviseur. Samen met een lokaal opgericht kwaliteitsverbetersteam zal de adviseur de feedback bespreken en verbeterpunten in de werkwijze van de instelling opstellen. Hierbij zal met name gekeken worden naar de indicatiestelling. Na 6 maanden, of eerder indien de instelling daarom vraagt, zal een dergelijk bezoek nogmaals plaatsvinden. Bij elk bezoek zullen de elektronische data, verzameld in de voorafgaande periode, gebruikt worden om de instelling persoonlijke feedback te geven. Dit gebeurt op basis van een ontwikkelde set van interne kwaliteitsindicatoren, waaronder ook indicatoren die betrekking hebben op psychosociale aspecten van hartrevalidatie. Circa 6 maanden later zal de adviseur de instelling voor de laatste maal bezoeken om de implementatie van de verbeterpunten te bespreken.
Wetenschappelijke evaluatie	<u>Design:</u> Multi-center, clustergerandomiseerde studie. <u>Uitkomstmaten:</u> <i>Primair.</i> Adherentie aan geldende richtlijnen met betrekking tot het aangeboden hartrevalidatieprogramma. <i>Secundair.</i> Verbetering op de kwaliteitsindicatoren voor hartrevalidatie. <u>Resultaten:</u> Het project loopt nog; er zijn nog geen resultaten beschikbaar. De eerste resultaten worden verwacht in het najaar van 2012.
Eerdere wetenschappelijk evaluatie	CARDSS-II is het vervolg op het CARDSS-I project (2004-2008). Middels een clustergerandomiseerde studie toonde CARDSS-I aan dat elektronische beslissingsondersteuning effectief is in het bevorderen van adherentie aan de Richtlijn Hartrevalidatie 2004. Desondanks bleef een aanzienlijke variatie in het aanbod van hartrevalidatie tussen verschillende instellingen bestaan.
Betrokken organisaties	Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam; Nederlandse Vereniging voor Cardiologie.
Financiering	ZonMw.
Literatuur	Van Engen-Verheul e.a. (2010). Design of a continuous multifaceted guideline-implementation strategy based on computerized decision support. <i>Studies in Health Technology and Informatics</i> , 160 (Pt 2), 836-840. Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie (NVVC) (2010). <i>Beslisboom Poliklinische Indiciestelling Hartrevalidatie 2010</i> . Utrecht: NVVC. Goud (2009). <i>Computerized decision support to improve guideline implementation in cardiac rehabilitation</i> . Dissertatie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Praktijk

	Secundaire preventie poli
Doelgroep	Patiënten met bewezen coronair lijden, geïdentificeerd tijdens hun ziekenhuisopname of -bezoek. Het hebben doorgemaakt van een coronair event is niet noodzakelijk.
Doel	Het ondersteunen van patiënten bij het inzichtelijk maken van hun leefstijl en bij het nemen van initiatieven tot verandering om hiermee hun risicofactoren voor hart en -vaatziekten gunstig te beïnvloeden (secundaire preventie).
Type	Polikliniek voor secundaire preventie van hart- en vaatziekten. Secundaire preventie door middel van het bieden van voorlichting, begeleiding en coaching.
Setting	Ziekenhuis (op de polikliniek). Daarnaast is er telefonisch contact met de patiënt.
Toeleiding	Alle patiënten met bewezen kransslagaderaandoeningen komen automatisch in contact met de polikliniek.
Betrokken zorgverleners	Verpleegkundig consulent. Indien nodig diëtist en/of medisch psycholoog, gespecialiseerd in hartpatiënten.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	<p>De klinische intake vindt plaats in het ziekenhuis, waarbij voorlichting gegeven wordt en verschillende mogelijke risicofactoren in kaart worden gebracht: verstoord cholesterol, verstoord suikergehalte, hoge bloeddruk, ongezonde voeding, overgewicht, roken, weinig bewegen, familiale (erfelijke) belasting, een type D persoonlijkheid (gemeten m.b.v. een vragenlijst: type D Schaal 14, DS14) en depressieve klachten/angstklachten (gemeten m.b.v. een vragenlijst: Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).</p> <p>Na de intake, zijn er gedurende één jaar vijf contactmomenten met een verpleegkundig consulent. De relevante risicofactoren worden besproken, voorlichting wordt herhaald en uitgebreid. Zo nodig wordt zelf gecoacht of doorverwezen. het eerste bezoek is doorgaans 2 tot 3 weken na de opname. Tussen de contactmomenten door worden de patiënten geregeld gebeld voor het bieden van coaching en counseling. Dit wordt gedaan door de verpleegkundig consulent. Een jaar lang contact is lang niet altijd nodig. Op basis van de risicoinventarisatie kunnen verschillende interventies toegepast worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stoppen met roken <ul style="list-style-type: none"> • minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Cardiologie-afdeling • doorverwijzing naar stoppen-met-roken programma - Gewichtsreductie <ul style="list-style-type: none"> • vaststellen streefgewicht • weeglijst • doorverwijzing diëtist(e) eerste lijn - Gezonde voeding <ul style="list-style-type: none"> • beperkte voedingsanamnese • richtlijnen 'goede voeding' tijdens polibezoeken • groepsvoorlichting door diëtist(e) voor patiënten en partners - Meer bewegen <ul style="list-style-type: none"> • bewegingsadviezen op maat • evt. hartrevalidatie zo snel mogelijk na ontslag In het EMC worden alleen mensen met een infarct doorverwezen. De indicatie voor hartrevalidatie is echter breder. Indien de verpleegkundige consulent toch denkt dat een indicatie nodig is, worden patiënten in overleg met de cardioloog alsnog aangemeld. Het is ook mogelijk om patiënten door te verwijzen naar de hartrevalidatie voor losse modules: stoppen met roken of begeleiding bij gewichtsverlies. - Eventuele doorverwijzing naar medische psychologie bij: <ul style="list-style-type: none"> • bovenmatige angst of onzekerheid • depressieve kenmerken • type D persoonlijkheid <p>Bespreking van hulp vindt altijd plaats bij een verhoogde score op bovengenoemde vragenlijsten. Ook na een heftige gebeurtenis (bv. na reanimatie), of wanneer een nabestaande er behoefte aan heeft kan er doorverwezen worden naar een medisch psycholoog. De ervaring is dat de meeste patiënten hebben geen hulpbehoefte hebben (zie hieronder bij opmerkingen).</p>

Wetenschappelijke evaluatie	Geen effectonderzoek. Wel is in de 10 maanden na de start van de polikliniek (begin 2005) o.a. nagegaan wat de kenmerken zijn van de patiënten (n= 104) die in aanmerking kwamen voor de polikliniek en wat bij hen de prevalentie van risicofactoren is. Hieruit bleek o.a. dat 14% van de patiënten een type D persoonlijkheid had volgens de DS14. Recente cijfers op basis van 434 patiënten wijzen op een hoger percentage: 20,3% heeft een type D persoonlijkheid volgens de DS14.
Eigenaar	Erasmus MC Rotterdam; Thoraxcentrum.
Opmerkingen	Jaarlijks worden ongeveer 70 patiënten behandeld op de secundaire preventie poli. De ervaring leert dat een jaar lang contact lang niet altijd nodig is. Vaak pakken patiënten hun leefstijlverandering snel op en is begeleiding niet meer nodig. Soms hebben patiënten geen behoefte aan de begeleiding of krijgen zij die begeleiding al elders (via huisarts, diabetesverpleegkundige, specialist). Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal patiënten dat doorverwezen wordt naar de medisch psycholoog. De meeste patiënten hebben geen behoefte aan zorg (zij kennen zichzelf en hebben inmiddels methoden gevonden om hiermee om te gaan). De verpleegkundig consulent checkt dit wel, ook in een later stadium bij de patiënt. Het aantal dat daadwerkelijk gaat wordt geschat op een paar per jaar. De ervaring is dat patiënten die depressief en/of angstig zijn (geen prevalenties bekend) vaker een doorverwijzing accepteren dan patiënten met een type D persoonlijkheid. Het komt ook voor dat patiënten gedurende het jaar een depressie ontwikkelen, dus nadat ze gescreend zijn tijdens de intake. Als zij hierop zelf nog geen actie hebben ondernomen, dan worden ze stringent geadviseerd hulp te zoeken. De ervaring is dat zij dit dan meestal wel doen. Geschat wordt dat dit 1 à 2 keer per jaar voorkomt.

Interventies op psychosociaal gebied bij diabetes type 2

Onderzoek

	Screening en begeleidde zelfhulp voor angst en depressie bij patiënten met diabetes type 2
Doelgroep	Huisartspatiënten met diabetes type 2 (DM2) (≥18 jaar) met een depressieve stoornis of angststoornis. <u>Exclusiecriteria:</u> Patiënten die al psychische hulp ontvingen of aan dementie of een psychose lijdten. Daarnaast werden ook patiënten die een intensievere vorm van zorg nodig hadden (op basis van een gestandaardiseerd psychiatrisch interview of naar mening van de huisarts) uitgesloten van deelname.
Doel	Het evalueren van de haalbaarheid en effecten van begeleidde zelfhulpinterventie voor depressie en angst bij huisartspatiënten met DM2. Daarnaast werd ook geëvalueerd of het voor diabetesverpleegkundigen uitvoerbaar is om te screenen op depressie en angst.
Type	Screening op depressie en angst bij patiënten met DM2, en het vervolgens aanbieden van een begeleidde zelfhulpinterventie.
Setting	Thuisituatie; screening en begeleiding door diabetesverpleegkundigen gebeurde via face-to-face contacten met patiënten in de huisartsenpraktijk of op een thuiszorg locatie.
Toeleiding	Huisartspatiënten met DM2 (≥18 jaar) werden benaderd door hun diabetesverpleegkundige voor deelname aan de studie. Geïnteresseerde patiënten werden gescreend op depressie en angst. Bij patiënten met een verhoogde screeningsscore werd een gestandaardiseerd psychiatrisch interview afgenomen door een onderzoeker. Vervolgens werd aan de patiënten met een depressieve stoornis of angststoornis de zelfhulpinterventie aangeboden.
Betrokken zorgverleners	Getrainde diabetesverpleegkundigen (N= 7) voerden de screening uit en begeleidden de patiënten bij het volgen van de zelfhulpinterventie.

Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	<p>De zelfhulpinterventie is gebaseerd op de cursussen 'Angst en depressie overwinnen' en 'Leven met een chronische ziekte' van het Trimbos-instituut, en aangepast aan de behoeften van patiënten met DM. Hiervoor is gebruik gemaakt van de kennis van de diabetesverpleegkundigen die deelnamen aan het onderzoek.</p> <p>In de zelfhulpinterventie wordt gebruik gemaakt van een werkboek. Het werkboek geeft patiënten inzicht in de symptomen van angst en depressie en het omgaan met diabetes als een chronische ziekte, en traint de patiënt in een gezonde levensstijl, ontspanningstechnieken, denkpatronen, assertiviteit, sociale activiteiten en terugvalpreventie. Technieken uit de cognitieve therapie, rationeel-emotioneel gedragstherapie, en de sociale leertheorie worden gebruikt in een gestructureerde en stapsgewijze aanpak. Ook het stellen van duidelijke doelstellingen en het stimuleren van leren door oefeningen in de praktijk is belangrijk in de aanpak.</p> <p>Begeleiding door de diabetesverpleegkundige gebeurde één op één en bestond uit uitleg in het gebruik van het zelfhulpwerkboek, het bespreken van het materiaal met de patiënt, en het fungeren als 'back-up' in geval van ontstane problemen. De patiënten hadden 3 tot 5 sessies met de diabetesverpleegkundige (gedurende een periode van ten minste 6 weken en ten hoogste 3 maanden).</p> <p>Er werden aanvullende instrumenten ontwikkeld om de diabetesverpleegkundigen te ondersteunen, zoals gestandaardiseerde verwijfsbrieven om huisartsen te informeren over de patiënt en psycho-educatie materiaal.</p> <p>Als er onvoldoende resultaat werd bereikt met de zelfhulpinterventie, dan werd de patiënt terugverwezen naar de huisarts.</p>
Onderzoeksdesign	Ongecontroleerde pre-post studie. Meetmomenten: voor de start van de interventie en na 6 maanden.
Uitkomstmaten	Mate van depressieve klachten, angstklachten en lichamelijke klachten; diabetesspecifieke emotionele klachten; en kwaliteit van leven. Daarnaast werd er een procesevaluatie uitgevoerd op basis van interviews met de diabetesverpleegkundigen.
Resultaten	<p>Analyses toonden aan dat patiënten die de zelfhulp interventie gevolgd hadden na 6 maanden minder last hadden van depressieve klachten, angstklachten, lichamelijke klachten en diabetesspecifieke emotionele klachten dan bij aanvang. Ook verbeterde hun kwaliteit van leven wat betreft het psychische domein. Daarbij dient opgemerkt te worden dat deze resultaten betrekking hebben op een klein aantal patiënten (N= 15) en dat er geen vergelijking gemaakt is met een controlegroep.</p> <p>De procesevaluatie gaf aan dat de diabetesverpleegkundigen door de training meer kennis ervoeren ten aanzien van depressie en angst, coaching en motiverende gespreksvoering.</p> <p>De diabetesverpleegkundigen waren van mening dat het screening op depressie en angst en het begeleiden van de zelfhulpinterventie voor hen haalbaar en uitvoerbaar is (na training).</p>
Betrokken organisaties	Trimbos-instituut; Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
Financiering	Diabetes Fonds.
Literatuur	Meeuwissen e.a. (2011). Screening and guided self-help intervention for anxiety and depression in patients with type 2 diabetes: a new role for diabetes nurses in primary care? <i>European Diabetes Nursing</i> , 8, 47-52.

	Mindfulness-Based Cognitieve therapie (MBCT) en Cognitieve Gedragstherapie (CBT) ter behandeling van Depressie bij patiënten met Diabetes (Metis-D)
Doelgroep	Patiënten met diabetes (zowel type 1 als type 2) en die depressieve klachten hebben. Exclusiecriteria: onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal; ernstige (psychiatrische) comorbiditeit; acute suïcidale ideatie; zwangerschap; reeds een psychologische behandeling ontvangen voor depressie.
Doel	Het beoordelen van de effectiviteit van mindfulness-based cognitieve therapie (MBCT) en cognitieve gedragstherapie (CGT) in het reduceren van depressieve klachten bij diabetes patiënten. De effectiviteit van de 2 behandelvormen wordt ook onderling vergeleken. Tevens wordt onderzocht welke mediërende en modererende factoren invloed hebben op de effecten van de behandelvormen.
Type	Mindfulness Based Cognitieve Therapie (MBCT) en Cognitieve Gedragstherapie (CGT) voor patiënten met diabetes.
Setting	Ziekenhuissetting, poliklinische afdeling voor patiënten met diabetes.
Toeleiding	Patiënten met diabetes worden in het kader van standaard zorg gescreend op depressieve klachten m.b.v. een vragenlijst (BDI-II). Patiënten met een verhoogde score (≥ 14) worden uitgenodigd deel te nemen aan het onderzoek.
Betrokken zorgverleners	De behandelingen worden gegeven door psychologen die aan instructietrainingen hebben deelgenomen en minstens één patiënt volgens het protocol behandeld hebben.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	Beide behandelingen (CGT en MBCT) bestaan uit acht individuele gesprekken met een psycholoog gericht op emotionele, cognitieve en gedragsmatige aspecten van omgaan met depressieve klachten. Patiënten worden gevraagd om thuis verder te oefenen met vaardigheden die tijdens de sessies geleerd worden. CGT kan worden beschouwd als de gouden standaard voor het behandelen van depressieve klachten. CGT is een combinatie van Gedragstherapie ('anders leren doen') en Cognitieve therapie ('anders leren denken'). CGT gaat uit van een open en gelijkwaardige samenwerkingsrelatie tussen therapeut en patiënt. Behandelingen zijn over het algemeen klacht- of probleemgericht en kortdurend van opzet. Van de patiënt wordt een actieve houding verwacht en er wordt gebruik gemaakt van huiswerkopdrachten en oefeningen. Binnen de CGT bestaan verschillende stromingen die inhoudelijk andere accenten leggen. In dit onderzoek wordt de theorie van Beck als uitgangspunt gebruikt, omdat dit model het beste empirisch onderbouwd is. MBCT is gebaseerd op een combinatie van cognitieve gedragstherapie, meditatie en yogatechnieken. De MBCT training is oorspronkelijk ontwikkeld als groepstraining. Voor het onderzoek is de groepstraining omgezet in een individuele training. Tijdens MBCT leren patiënten zich meer bewust te worden van wat ze in hun lichaam voelen, maar ook van signalen van stress en depressieve klachten. Daarnaast leren ze dat negatieve gedachten en bijbehorende negatieve gevoelens geen feiten zijn, maar 'slechts' gedachten in het hoofd. Ze leren technieken om beter de aandacht te houden bij datgene waar ze mee bezig zijn, zodat ze meer in het hier-en-nu leven en er minder ruimte overblijft voor negatieve gedachten en gevoelens.
Onderzoeksdesign	Gerandomiseerde gecontroleerde studie.
Uitkomstmaten	<i>Primaire uitkomstmaat:</i> Depressieve symptomen <i>Secundaire uitkomstmaten:</i> welbevinden, gegeneraliseerde angst, diabetes gerelateerde distress.
Resultaten	Het onderzoek loopt nog; er zijn nog geen resultaten beschikbaar.
Betrokken organisaties	Universitair Medisch Centrum Groningen.
Financiering	Eigen middelen.

	De Diabetes en Mindfulness (DiaMind) studie
Doelgroep	Poliklinische patiënten tussen de 18-80 jaar met diabetes (DM) (zowel type 1 als type 2) met een laag emotioneel welzijnsniveau. Exclusiecriteria: ernstige psychopathologie in het recente verleden; alcohol-/drugsmisbruik; ernstige lichamelijke comorbiditeit; onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal; reeds psychologische behandeling volgen; al ervaring hebben met meditatie.
Doel	Het vaststellen van de effectiviteit van een op mindfulness gebaseerde interventie bij patiënten met DM.
Type	Een mindfulness interventie die specifiek gericht is op patiënten met DM.
Setting	Diabetespoliklinieken (St. Anna Ziekenhuis, Maxima Medisch Centrum, Catharina Ziekenhuis en TweeSteden ziekenhuis (Tilburg)).
Toeleiding	Middels het afnemen van een kort screeningsinstrument (WHO-5) door een internist, diabetesverpleegkundige of iemand uit onderzoeksteam. Patiënten die laag scoren worden uitgenodigd deel te nemen aan het onderzoek.
Betrokken zorgverleners	Alle sessies worden begeleid door gecertificeerde psychologen die ten minste vier jaar praktische ervaring hebben met mindfulness en ook een mindfulness instructeur opleiding van acht dagen hebben voltooid.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	Patiënten in de interventiegroep volgen een geprotocolleerde mindfulness groeps-training die bestaat uit 8 wekelijkse sessies van twee uur. De training is gebaseerd op bestaande programma's: 'Mindfulness-Based Stress Reduction' en 'Mindfulness-Based Cognitive Therapy'. Er zijn enkele aanpassingen gemaakt in het oorspronkelijke protocol en werkboek om de interventie toepasbaar te maken voor patiënten met diabetes. Tijdens elke sessie ontvangen de deelnemers huiswerkopdrachten die 5 dagen per week ongeveer 30 minuten lang uitgevoerd dienen te worden. Alle sessies worden begeleid door gecertificeerde psychologen die ten minste 4 jaar praktische ervaring hebben met mindfulness en ook opleiding tot een mindfulness trainer van acht dagen hebben gevolgd. De gebruikelijke indeling van een sessie is als volgt: de sessie begint met een oefening, die gevolgd wordt door een discussie over de oefening en de huiswerk oefeningen van de voorgaande week. Vervolgens is er een discussie over het thema van de sessie, gevolgd door de toepassing en bespreking van één of twee andere mindfulness oefeningen. Ten slotte wordt het huiswerk van de volgende week besproken. Alle sessies worden afgesloten met een korte meditatie en/of een relevant gedicht of verhaal.
Onderzoeksdesign	Gerandomiseerde gecontroleerde trial. Meetmomenten: 0, 4, 8, 12, en 34 weken.
Uitkomstmaten	<i>Primaire uitkomstmaten:</i> Stress, angstsymptomen, depressieve symptomen en diabetesspecifieke emotionele problemen. <i>Secundaire uitkomstmaten:</i> Kwaliteit van leven, (diabetesspecifieke) mindfulness en zelfvertrouwen. <i>Tertiaire uitkomstmaten:</i> Zelfzorg gedrag, glykemische controle en bloeddruk. Verder worden de persoonlijkheid en diverse demografische en klinische variabelen gemeten om na te kunnen gaan welke patiënten het meeste baat hebben van de interventie. Daarnaast worden ook procesmaten gemeten, zoals de adherentie aan het interventieprotocol.
Resultaten	Het onderzoek loopt nog; eerste resultaten zullen eind 2011 bekend worden.
Betrokken organisaties	CoRPS, Universiteit van Tilburg; St. Anna Ziekenhuis (Geldrop), Maxima Medisch Centrum (Veldhoven en Eindhoven), Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) en TweeSteden ziekenhuis (Tilburg).
Financiering	Diabetesfonds en Universiteit van Tilburg.

	Wat er ook gebeurt! Begeleiding van mensen met diabetes type 2: Deelproject 1
Doelgroep	Patiënten (> 30 jaar) die 1 tot 3 jaar geleden gediagnosticeerd zijn met diabetes type 2 (DM2), en bij wie de diabetes gecontroleerd wordt in de huisartsenpraktijk. <u>Exclusiecriteria:</u> Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal; gediagnosticeerd zijn met een levensbedreigende ziekte in de afgelopen 5 jaar; en in behandeling zijn voor psychische problemen bij een psychotherapeut of psychiater in de afgelopen 6 maanden.
Doel	Het ontwikkelen en evalueren van de effectiviteit van een groepsinterventie voor patiënten met DM2 en hun partners die net over de schok van de diagnose diabetes heen zijn. De interventie richt zich op het stimuleren van positieve opvattingen over de ziekte en de behandeling, het aanpakken van misvattingen en het versterken van de overeenstemming tussen de ziekteopvattingen van de patiënt en zijn/haar partner. De verwachting is dat de interventie leidt tot een betere kwaliteit van leven en dat het zelfmanagement van patiënten verbetert.
Type	Groepsinterventie gericht op het stimuleren van (de overeenstemming tussen) positieve ziekteopvattingen van patiënten met DM2 (1-3 jaar geleden gediagnosticeerd) en hun partners.
Setting	Eerstelijnsgezondheidszorg. De interventie wordt uitgevoerd in een gezondheidscentrum of buurthuis (3 regio's: West-Friesland, Utrecht en Breda).
Toeleiding	Patiënten die voldoen aan de selectiecriteria worden door hun huisarts, diabetesverpleegkundige of praktijkverpleegkundige uitgenodigd om deel te nemen.
Betrokken zorgverleners	Getrainde diabetesverpleegkundigen begeleiden de groepsinterventie.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	De groepsinterventie is gebaseerd op een theoretisch model (<i>Common-sense model of self-regulation</i>). In de pilot-fase zal de interventie onderzocht worden op haalbaarheid en verder uitgewerkt worden. Uitgaande van eerder onderzoek, zal de groepsinterventie bestaan uit 3 maandelijks sessies van 2,5 uur. Het aantal deelnemers varieert van 6 tot 10 patiënten (met hun partners). Tijdens de pilot-fase worden de sessies begeleidt door een gezondheidspsycholoog; en gedurende het effectiviteitsonderzoek door diabetesverpleegkundigen. Er wordt een handleiding ontwikkeld voor de diabetesverpleegkundigen en zij worden getraind (inhoud van de sessies en motiverende gespreksvoering) door de gezondheidspsycholoog. De eerste 2 sessies zullen gericht zijn op de ziekteopvattingen van patiënten en hun partners en het (gezamenlijk) opstellen van een actieplan; de 3 ^e sessie zal focussen op het vragen en geven van sociale steun. Ter ondersteuning van de groepsinterventie zal gebruikt gemaakt worden van 'topic guides'. Dit gebeurt op ongedwongen wijze, zodat er ruimte is om andere relevante onderwerpen te bespreken.
Onderzoeksdesign	In de pilot-fase wordt de interventie op haalbaarheid onderzocht en verder verfijnd. Vervolgens wordt een gerandomiseerde gecontroleerde trial uitgevoerd om de effectiviteit van de interventie vast te stellen. Drie meetmomenten: voor (T0), na de interventie (T1) en 6 maanden (T2) na T1.
Uitkomstmaten	<i>Primaire uitkomstmaten:</i> - Diabetesgerelateerde emotionele distress - Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven - Zelfmanagementgedragingen <i>Secundaire uitkomstmaten:</i> - Psychologisch welbevinden - Angst/ depressieve symptomen - Ziekteopvattingen - Partnersteun/sociale steun. - Zelfeffectiviteit - Coping
Resultaten	Het project loopt nog; er zijn nog geen resultaten beschikbaar.
Betrokken organisaties	NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde (Universitair Medisch Centrum Utrecht) en VU Medisch Centrum.
Financiering	Diabetes Fonds.
Opmerkingen	Dit is één van de drie deelprojecten van het project 'Wat er ook gebeurt! Begeleiding van mensen met diabetes mellitus type 2'. Elk van de deelprojecten richt zich op een andere fase van de ziekte.

	Wat er ook gebeurt! Begeleiding van mensen met diabetes type 2: Deelproject 2
Doelgroep	Patiënten tussen de 50-70 jaar die ten minste drie jaar diabetes type 2 (DM2) hebben, die daarnaast last krijgen van hart- en vaatziekten of andere complicaties (bv. neuropathie, visuele beperking door retinopathie), en die diabeteszorg in de huisartsenpraktijk ontvangen. <u>Exclusiecriteria:</u> Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal; gediagnosticeerd zijn met een levensbedreigende ziekte of ernstige psychiatrische problemen.
Doel	Het ontwikkelen en vaststellen van de effectiviteit van een groepsinterventie voor patiënten met DM2 die complicaties (cardiovasculair of microvasculair) krijgen en die gericht is op sociale ondersteuning door medepatiënten. De verwachting is dat de interventie leidt tot een betere kwaliteit van leven en een vermindering van diabetesgerelateerde emotionele distress.
Type	Groepsinterventie gericht op het geven van sociale steun door medepatiënten aan patiënten met DM2 die complicaties krijgen.
Setting	Eerstelijnsgezondheidszorg (3 regio's: West-Friesland, Utrecht, Breda).
Toeleiding	Patiënten die voldoen aan de selectiecriteria worden door hun huisarts, diabetesverpleegkundige of praktijkverpleegkundige uitgenodigd om deel te nemen.
Betrokken zorgverleners	De groepsinterventie wordt geleid door een getrainde patiënt met DM2 en gesuperviseerd door een maatschappelijk werker.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	De groepsinterventie is theoretisch gefundeerd. Voor het ontwikkelen van de interventie wordt gebruik gemaakt van focus groep interviews. Deze zullen informatie geven over hoe patiënten met DM2 met verschillende complicaties denken over sociale ondersteuning door medepatiënten. In de pilot-fase zal de interventie onderzocht worden op haalbaarheid en verder uitgewerkt worden. De uiteindelijke interventie zal bestaan uit twaalf groepsbijeenkomsten van patiënten gedurende negen maanden (eerst om de week en later een keer in de maand). Bijeenkomsten duren 90 minuten en het aantal deelnemers varieert van 8 tot 11 personen. De groepsbijeenkomsten worden geleid door een getrainde medepatiënt, gesuperviseerd door een maatschappelijk werker die ervaren is in groepsprocessen. Na afloop van het jaar worden de deelnemers door de supervisor gestimuleerd om zelfstandig door te gaan met de groepsbijeenkomsten. De groepsbijeenkomsten omvatten educatie en onderlinge discussie, waarbij de supervisors geïnstrueerd worden om de deelnemers aan te moedigen elkaar te helpen.
Onderzoeksdesign	In de pilot-fase wordt de interventie op haalbaarheid onderzocht en verder verfijnd. Vervolgens wordt een gerandomiseerde gecontroleerde trial uitgevoerd om de effectiviteit van de interventie vast te stellen. Drie meetmomenten: baseline (T0), na 6 bijeenkomsten (T1) en na 12 bijeenkomsten (T2).
Uitkomstmaten	<i>Primaire uitkomstmaten:</i> - Diabetesgerelateerde emotionele distress - Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven - Zelfmanagementgedrag <i>Secundaire uitkomstmaten:</i> - Psychologisch welbevinden - angst/depressieve symptomen - Sociale steun - Zelfeffectiviteit
Resultaten	Het project loopt nog; er zijn nog geen resultaten beschikbaar.
Betrokken organisaties	VU Medisch Centrum, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde (Universitair Medisch Centrum Utrecht), en het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg).
Financiering	Diabetes Fonds.
Opmerkingen	Dit is één van de drie deelprojecten van het project 'Wat er ook gebeurt! Begeleiding van mensen met diabetes mellitus type 2'. Elk van de deelprojecten richt zich op een andere fase van de ziekte.

	Wat er ook gebeurt! Begeleiding van mensen met diabetes type 2: Deelproject 3
Doelgroep	Patiënten met diabetes type 2 (DM2) die recentelijk een acuut cardiaal incident hebben doorgemaakt (d.w.z. een hartinfarct hebben gehad, of dusdanige hartproblemen dat hiervoor dotteren of een open hartoperatie nodig was). <u>Exclusiecriteria:</u> Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal; het hebben van een ziekte/aandoening die volledige deelname belemmert.
Doel	Het ontwikkelen en evalueren van de effectiviteit van een op maat gesneden interventie die gericht is op het ondersteunen van patiënten met DM2 bij het omgaan met een recentelijk doorgemaakt acuut cardiaal incident. De verwachting is dat de interventie leidt tot een betere kwaliteit van leven van patiënten.
Type	Huisbezoeken aan patiënten met DM2 die recentelijk een acuut cardiaal incident hebben doorgemaakt, waarbij de nadruk ligt op het verhogen van de zelfeffectiviteit (zelfredzaamheid) en het veranderen van ziekteopvattingen.
Setting	Thuisituatie.
Toeleiding	Patiënten die voldoen aan de selectiecriteria worden bij ontslag uit het ziekenhuis uitgenodigd vanaf de afdeling cardiologie (3 regio's: Noord Holland (Hoorn), Utrecht, Breda).
Betrokken zorgverleners	Getrainde diabetesverpleegkundigen.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	De interventie is theoretisch gefundeerd. Voor het ontwikkelen van de interventie wordt gebruik gemaakt van interviews en focusgroepen met patiënten die een acuut cardiaal incident hebben doorgemaakt, hun partners en zorgverleners uit de eerste en tweede lijn. In de pilot-fase zal de interventie onderzocht worden op haalbaarheid en verder uitgewerkt worden. De interventie is gericht op de specifieke situatie waarin een patiënt en zijn/haar partner zich bevinden en zal bestaan uit drie huisbezoeken door getrainde diabetesverpleegkundigen (N= 6) aan patiënten: (1) binnen 3 weken na ziekenhuisontslag; (2) 2 weken na het eerste huisbezoeken; en (3) 2 maanden na het tweede huisbezoek. Tijdens de bezoeken worden de volgende onderwerpen besproken: ziekteopvattingen, voeding/dieet, farmacotherapie, de rol van DM2 in het ontstaan van het cardiale incident, en afspraken rondom controles bij de verschillende zorgverleners. De diabetesverpleegkundige maakt gebruik van verschillende methodieken om de zelfeffectiviteit van een patiënt te verhogen. Aangezien de interventie in de thuisituatie plaatsvindt, kan de partner, of andere naasten, er eenvoudig bij betrokken worden. Dit wordt ook speciaal aangemoedigd.
Onderzoeksdesign	In een pilot-fase wordt de interventie op haalbaarheid onderzocht en verder verfijnd. Vervolgens wordt een gerandomiseerde gecontroleerde trial uitgevoerd om de effectiviteit van de interventie vast te stellen. Twee meetmomenten: baseline (T0) en één maand na het laatste huisbezoek (T1; ongeveer 4 tot 5 maanden na ziekenhuisontslag).
Uitkomstmaten	<i>Primaire uitkomstmaten:</i> - Diabetesgerelateerde emotionele distress - Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven - Zelfmanagement gedrag <i>Secundaire uitkomstmaten:</i> - Angst/depressieve symptomen - Partnersteun - Zelfeffectiviteit - Ziekteopvattingen - Coping - Fysieke activiteit
Resultaten	Het project loopt nog; er zijn nog geen resultaten beschikbaar.
Betrokken organisaties	Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde (Universitair Medisch Centrum Utrecht), NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), en VU Medisch Centrum.
Financiering	Diabetes Fonds
Opmerkingen	Dit is één van de drie deelprojecten van het project 'Wat er ook gebeurt! Begeleiding van mensen met diabetes mellitus type 2'. Elk van de deelprojecten richt zich op een andere fase van de ziekte.

	'Samen Sterk met Suiker'/DISC (diabetes in sociale context) studie
Doelgroep	Zowel autochtone als Marokkaanse, Surinaamse en Turkse patiënten met diabetes type 2 (>35 jaar) die een HbA1c hoger dan 7,0 hebben, minimaal één jaar onder behandeling zijn voor diabetes, en leven in een achterstandswijk. Het gaat derhalve om patiënten die lang genoeg diabetes hebben om (volgens de NHG-Standaard) een optimale glykemische controle bereikt te kunnen hebben, maar hier nog niet toe in staat blijken te zijn.
Doel	Vaststellen van de effectiviteit van een interventie ('Samen Sterk met Suiker') voor diabetespatiënten in lage sociaal-economische posities, waaronder allochtonen, die gericht is op het creëren van blijvende sociale steun en het verminderen van bestaande sociale invloeden die een negatieve invloed hebben op het diabetes zelfmanagement.
Type	'Samen Sterk met Suiker' is een groepsinterventie waarbij het sociale netwerk van de deelnemers en het creëren van ondersteuning bij het omgaan met diabetes centraal staat, om zodoende blijvend effectief zelfmanagement te bevorderen.
Setting	De interventie vindt plaats in een laagdrempelige locatie zoals een buurthuis of een wijkcentrum (regio's: Amsterdam Geuzenveld, Amsterdam Noord, Utrecht Overvecht en Zaandam).
Toeleiding	De deelnemers worden via hun huisarts uitgenodigd om deel te nemen.
Betrokken zorgverleners	De autochtone groepen worden begeleid door praktijkondersteuners en/of diabetesverpleegkundigen. De allochtone groepen door voorlichters eigen taal en cultuur en/of allochtone zorgconsulenten. Tijdens 'Samen sterk met suiker' komt er een diabetesverpleegkundige en een diëtiste langs.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	<p>'Samen Sterk met Suiker' is ontwikkeld volgens de 'intervention mapping' methode en is onder andere gebaseerd op de theorie van zelfregulatie, verschillende theorieën over zelfmanagement, het 'transactional model of stress and coping', terugvalpreventie en diverse 'social learning' theorieën.</p> <p>De interventie vindt plaats in groepsverband en bestaat uit drie onderdelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - groepsbijeenkomsten voor diabetespatiënten; - groepsbijeenkomsten voor de directe sociale omgeving van de diabetespatiënt; en - een groeps gesprek met de diabetespatiënt en een aantal van zijn/haar familieleden en/of vrienden. <p>Tijdens de groepsbijeenkomsten krijgen de diabetespatiënten diabeteseducatie aangeboden en worden zij gestimuleerd om elkaar te adviseren, te ondersteunen en gezamenlijk activiteiten te ondernemen gericht op verbetering van het diabetes zelfmanagement. Een onderdeel van deze groepsbijeenkomsten is een empowerment interventie waarbij de deelnemers gestimuleerd worden om ondersteuning binnen hun directe sociale omgeving te mobiliseren bij hun diabetes zelfmanagement (bv. vragen of mensen rekening willen houden met hun dieet of hem/haar willen helpen herinneren aan het innemen van de medicijnen). Tegelijkertijd leren de deelnemers adequaat omgaan met sociale invloeden (zoals sociale druk of verleidingen om teveel of ongezond te eten en heersende negatieve normen over medicijngebruik) vanuit de directe sociale omgeving die het diabetes zelfmanagement negatief kunnen beïnvloeden. De directe sociale omgeving (vrienden en/of familieleden) krijgt een aantal groepsbijeenkomsten aangeboden waarin zij meer leren hoe over diabetes en leren hoe zij iemand met diabetes beter kunnen ondersteunen bij het zelfmanagement. Tot slot vinden er twee bijeenkomsten plaats waarbij de diabetespatiënt samen met zijn/haar directe sociale omgeving in gesprek gaat over het diabetes zelfmanagement, knelpunten bespreekt en afspraken met de directe sociale omgeving maakt over hun ondersteuning bij het diabetes zelfmanagement.</p>
Onderzoeksdesign	Quasi experimenteel design. Meetmomenten: 0, 6, 12 en 20 maanden.

Uitkomstmaten	<p><i>Primaire uitkomstmaat:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbetering van de glykemische controle (daling van het HbA1c) na 20 maanden <p><i>Secundaire uitkomstmaten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes gerelateerd gedrag (voedingsgewoonten, lichamelijke activiteit, medicatietrouw en bezoeken aan de huisarts) - Gezondheidsgerelateerde uitkomstmaten (bloeddruk, hartslag, lipidenprofiel, gewicht, BMI, heup- en buikomvang) - Psychosociale uitkomstmaten (diabetes gerelateerde kwaliteit van leven, depressie wordt gemeten als mogelijke versturende variabele) - Motivationale uitkomstmaten (attitude, kennis, eigen effectiviteit, coping vaardigheden) - Intermediaire uitkomstmaten (grootte en samenstelling sociale netwerken van de deelnemers, sociale steun, sociale invloeden en sociale betrokkenheid)
Resultaten	Het project loopt nog; eerste resultaten worden verwacht in september 2011, lange termijn resultaten in september 2012.
Betrokken organisaties	Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, Afdeling Sociale Geneeskunde; Leids Universitair Medisch Centrum; GGD Den Haag. Het project wordt uitgevoerd binnen het kader van het ZonMw-programma 'Diabetes ketenzorg'.
Financiering	ZonMw financiering.

	DOELbewust Diabetes ('Beyond expectations')
Doelgroep	Recent (<5 jaar) gediagnosticeerde patiënten met diabetes type 2 (DM2), die de Nederlandse taal voldoende beheersen. <u>Exclusiecriteria:</u> Ernstige lichamelijke en psychiatrische comorbiditeit; momenteel betrokken bij een andere diabetesgerelateerde zelfmanagementprogramma; onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal.
Doel	Vaststellen van de effectiviteit van een zelfmanagementinterventie gericht op de proactieve copingvaardigheden van patiënten met DM2. De verwachting is dat de interventie de proactieve copingvaardigheden van patiënten verhoogt, wat weer zal leiden tot beter zelfzorggedrag en medische uitkomsten.
Type	Proactieve zelfmanagementinterventie, met twee verschillende follow-up programma's.
Setting	Setting in de buurt van de deelnemende patiënten (bv. dorpshuis).
Toeleiding	Patiënten zijn geworven via huisartsen.
Betrokken zorgverleners	De groepen worden geleid door verpleegkundigen, die vooraf een training volgen om zich het 5-stappenplan eigen te maken (zie hieronder).
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	Iedere deelnemer aan het onderzoek volgt de basisinterventie 'Geen woorden maar daden' ('Beyond Good Intentions'). Deze interventie is gebaseerd op recente theorieën over gedragsverandering. Centraal staat het concept van <i>proactive coping</i> , wat de pogingen beschrijft die mensen ondernemen om een probleem of gebeurtenis te voorkomen of te veranderen voordat het daadwerkelijk plaatsvindt. De interventie is "proactief" omdat patiënten stap voor stap leren vooruit te denken hoe zij hun ziekte en hun zelfzorg het hoofd kunnen bieden en mogelijke ontregeling kunnen voorkomen. Deze interventie leert de deelnemers via een praktisch 5-stappenplan om concrete doelen te stellen, voorwaarden en belemmeringen te herkennen om hun doelen te bereiken, potentiële moeilijke situaties te herkennen, noodzakelijke acties te formuleren en na te denken over hoe ze hun vooruitgang kunnen beoordelen. De basisinterventie bestaat uit één individuele sessie en 4 groepssessies (6 tot 8 patiënten) verspreid over een periode van 2 maanden. Na de basisinterventie worden deelnemers willekeurig toegewezen aan één van de twee verschillende follow-up programma's: 1) terugkombijeenkomsten die (nog steeds) gericht zijn op kleine concrete doelen; of 2) terugkombijeenkomsten waarbij de nadruk ligt op grote abstracte doelen. Op deze manier wordt onderzocht of terugkombijeenkomsten kunnen helpen om de uitkomsten van de interventie nog verder te verbeteren, en of dit beter werkt als de terugkombijeenkomsten voortborduren op de originele interventie (i.e. focus op kleine doelen – 'hoe doe ik dit'), of dat patiënten juist een 'boost' krijgen als de focus verlegd wordt naar de overkoepelende doelen ('waarom doe ik dit').

Onderzoeksdesign	Gerandomiseerde gecontroleerde trial, met 4 meetmomenten (0, 6, 36 en 62 weken).
Uitkomstmaten	<i>Primaire uitkomstmaten:</i> Zelfzorggedrag (dieet, lichaamsbeweging, leefstijl, therapietrouw) en medische uitkomsten (HbA1c, bloedsuikerspiegel). <i>Secundaire uitkomstmaten:</i> Psychologische uitkomstmaten: proactieve copingvaardigheden, zelfeffectiviteit, zelfcontrole.
Resultaten	Het project loopt nog; nog geen resultaten beschikbaar.
Eerdere wetenschappelijke evaluatie	Het project 'Beyond expectations' vormt een vervolgstap op onderzoek naar de effectiviteit van de interventie 'Geen woorden maar daden' ('Beyond good intentions'). In een gerandomiseerde gecontroleerde trial werd aangetoond dat deze interventie ertoe leidde dat recent gediagnosticeerde patiënten betere proactieve copingvaardigheden hadden, beter in staat bleken hun doelen te realiseren en meer vertrouwen hadden in hun zelfzorgend vermogen (hogere zelfeffectiviteit). Patiënten waren zeer tevreden over de inhoud en structuur van de interventie en 95% zou de interventie aanraden aan medepatiënten. Daarnaast bleek de interventie een positief effect te hebben op zelfzorggedrag (meer bewegen; gezonder dieet), gewicht en systolische bloeddruk. Er werd geen effect gevonden op bloedsuikerwaarden en cholesterol, maar deze waarden waren over het algemeen al behoorlijk laag aan het begin van de studie.
Betrokken organisaties	Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht.
Financiering	ZonMw.
Literatuur	Thoolen (2007). <i>Beyond good intentions. The effectiveness of a proactive self-management intervention in patients with screen-detected type 2 diabetes</i> . Dissertatie. Utrecht: Universiteit Utrecht.

	Een screeningsprocedure voor depressie
Doelgroep	Volwassen poliklinische patiënten (≥18 jaar) met diabetes type 1 of 2 en depressieve klachten (volgens een vragenlijst, de CES-D). <u>Exclusiecriteria:</u> geen Nederlands kunnen lezen; suïcidepoging(en), opname vanwege depressie, en/of elektroconvulsie therapie voor depressie in het verleden.
Doel	Het vaststellen van de effectiviteit van een screeningsprocedure voor depressie.
Type	Screeningsprocedure, bestaande uit systematische screening op depressie gecombineerd met schriftelijke feedback naar patiënten en hulpverleners.
Setting	Diabetescentra (VU Medisch Centrum; Universitair Medisch Centrum St. Radboud; Medisch Centrum Haaglanden).
Toeleiding	Een aselechte steekproef van ruim 2000 poliklinische patiënten van de deelnemende klinieken werd benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. 223 patiënten wilden deelnemen en voldeden daarnaast ook aan de inclusiecriteria.
Betrokken zorgverleners	Internisten/endocrinologen; huisartsen.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	Alle patiënten werden gescreend op depressie (met de CES-D). Patiënten met een verhoogde depressiescore werden willekeurig toegewezen aan 1) de screeningsprocedure; of 2) gebruikelijke zorg. Bij de patiënten in de interventiegroep werd een diagnostisch interview (CID1) afgenomen om te bepalen of er sprake was van een stemmings- en/of angststoornis. Indien dit het geval was, ontvingen zowel de patiënt als zijn/haar (huis)arts een brief waarin de diagnose vermeld wordt met behandeladviezen. Ook wanneer er geen stemmings- of angststoornis werd geconstateerd kregen de patiënten een brief. Hierin werd de uitkomst van het diagnostisch interview aangegeven met het advies om contact op te nemen met hun (huis)arts in het geval depressieve klachten of angstklachten zouden verergeren. Alle patiënten ontvingen een folder met informatie over depressie van het Fonds Psychische Gezondheid.
Onderzoeksdesign	Gerandomiseerde gecontroleerde trial, met 2 meetmomenten (0 en 6 maanden). Dataverzameling: 2003-2007.
Uitkomstmaten	<i>Primaire uitkomstmaat:</i> verbetering depressieve klachten <i>Secundaire uitkomstmaten:</i> diabetesspecifieke emotionele problemen, glykemische controle (HbA1c) en gebruik van geestelijk gezondheidszorg.

Resultaten	In vergelijking met gebruikelijke zorg leidde de screeningsprocedure niet tot een sterkere verbetering van depressieve klachten. Er was geen effect op de mate van diabetes-specifieke emotionele problemen en glykemische controle. De screeningsprocedure had slechts een marginaal effect op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg. De onderzoekers concluderen dat screening op depressie ingebed dient te worden in een integraal behandelprogramma voor depressie.
Betrokken organisaties	Universiteit van Tilburg, VU Medisch Centrum (Amsterdam), Universitair Medisch Centrum St. Radboud (Nijmegen), Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag).
Financiering	Diabetesfonds.
Literatuur	Pouwer e.a. (2011). Limited effect of screening for depression with written feedback in outpatients with diabetes mellitus: a randomised controlled trial. <i>Diabetologia</i> , 54, 741-748.

	CasCo-studie: Casemanagement als aanvulling op disease management
Doelgroep	Patiënten met diabetes type 2 (DM2) met comorbiditeit. D.w.z. naast DM2 hebben zij ten minste één van de volgende chronische ziekten: chronische ischemische hartziekte, cerebrovasculair accident (beroerte), depressie, reumatoïde artritis, atrose van heup of knie, kanker, of chronisch obstructieve longziekte (COPD). <u>Exclusiecriteria:</u> Een aandoening die waarschijnlijk binnen een jaar de dood tot gevolg heeft.
Doel	Vaststellen van de meerwaarde van een casemanagement programma als aanvulling op een ziekte-specifiek zorgprogramma in vergelijking met uitsluitend een ziekte-specifiek zorgprogramma. Dit wordt onderzocht bij patiënten met DM2 en comorbiditeit.
Type	Casemanagement programma als aanvulling op een diabetes-zorgprogramma voor patiënten met DM2 en comorbiditeit. Casemanagement kan omschreven worden als een geïndividualiseerd zorgprogramma dat enerzijds wetenschappelijk bewezen optimale zorg omvat, maar anderzijds is toegesneden op de individuele voorkeuren van de patiënt.
Setting	Huisartsenpraktijk: Diabetes Zorgsysteem West-Friesland (dat ±60 huisartsenpraktijken omvat).
Toeleiding	Patiënten die voldoen aan de selectiecriteria worden uitgenodigd om deel te nemen.
Betrokken zorgverleners	Het casemanagement programma wordt uitgevoerd door een daartoe getrainde praktijkondersteuner (POH).

Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	<p>De interventie (casemanagement) wordt vormgegeven op basis van het 'Guided Care Model' uit de VS.</p> <p>Het casemanagement programma bestaat uit 6 elementen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inventarisatie, waarbij de gezondheidstoestand van de patiënt uitgebreid in kaart gebracht wordt met behulp van het meetinstrument RAI-CHA. Er wordt gekeken naar medische status, functionele beperkingen, cognitief, emotioneel en psychosociaal functioneren, voeding en omgeving. - Opstellen van een individueel zorgplan in samenspraak met de patiënt. Hierbij wordt een evenwicht gezocht tussen de prioriteiten en voorkeuren van de patiënt en de richtlijnaanbevelingen voor het behandelen van alle aanwezige chronische ziekten. In het zorgplan wordt ook aandacht besteed aan zelfmanagement (toegesneden op de capaciteiten van de patiënt). - Het zorgplan wordt besproken met de huisarts en diabetesverpleegkundige. Een beknopte samenvatting van de gezondheidstoestand van de patiënt en het zorgplan is beschikbaar voor alle betrokken zorgverleners. - Monitoring van de uitvoering van het zorgplan. Dit gebeurt maandelijks middels telefonische contacten met de patiënten. Gesignaleerde problemen worden aangepakt, waarbij, indien nodig, de POH met de huisarts bespreekt wat een geschikte vervolgactie is. - Coördinatie van de zorg van alle betrokken zorgverleners. - Faciliteren van toegang tot zorgverleners en voorzieningen, registratie en documentatie). <p>De POH's die het casemanagement programma uitvoeren worden hiervoor getraind in een driedaagse cursus. Hierbij worden zij ook getraind in motiverende gespreksvoering. De trainer blijft na de cursus beschikbaar voor consultatie. Na 2 en 6 maanden worden eendaagse opfriscursussen gegeven.</p>
Onderzoeksdesign	Cluster-gerandomiseerde gecontroleerde trial. Randomisatie vindt plaats op het niveau van huisartsenpraktijken. Drie meetmomenten: baseline (T0), na 3 maanden (T1), en na 12 maanden (T2).
Uitkomstmaten	<p><i>Primaire uitkomstmaat:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt (verandering tussen T0 en T2) <p><i>Secundaire uitkomstmaten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kwaliteit van zorg vanuit het professioneel perspectief; - Gezondheidstoestand (inclusief psychisch domein); - Glykemische controle; - Gebruik van zorgvoorzieningen. - Daarnaast wordt via semi-gestructureerde interviews bij patiënten, POH's, diabetesverpleegkundigen en huisartsen informatie verzameld over bevorderende en belemmerende factoren voor het realiseren van de interventie.
Resultaten	Het onderzoek loopt nog; er zijn nog geen resultaten beschikbaar.
Betrokken organisaties	NIVEL, VU Medisch Centrum, Diabetes Zorgsysteem West-Friesland.
Financiering	ZonMw.
Opmerkingen	De meerwaarde van het toevoegen van een casemanagement programma wordt als 'voorbeeld' onderzocht bij patiënten met DM2 en comorbiditeit. In geval van positieve resultaten kan het waardevol zijn het model ook toe te passen bij andere chronische ziekten.
Literatuurverwijzing	<p>Versnel e.a. (2011). The effectiveness of case management for comorbid diabetes type 2 patients; the CasCo study. Design of a randomized controlled trial. <i>BMC Family Practice</i>, 12, 68.</p> <p>Boyd e.a. (2007). Guided care model for multimorbid adults. <i>The Gerontologist</i>, 697-704.</p>

Implementatie

	Zelfmanagement ondersteuningsprogramma SMS (self-management support)
Doelgroep	Huisartspatiënten met diabetes type 2, ongeacht de ernst en de fase van de ziekte.
Doel	Nagaan in hoeverre het integreren van het zelfmanagement ondersteuningsprogramma SMS in de zorg van praktijkondersteuners (POH's) in de huisartsenpraktijk succesvol is.
Type interventie	Tijdige signalering van emotionele en psychosociale problemen, en het bieden van door de patiënt gewenste individuele zelfmanagementondersteuning.
Setting	Huisartsenpraktijk (zorggroep Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg; HOZL).
Betrokken zorgverleners	POH's; huisartsen.
Inhoud interventie (uitgebreide beschrijving)	POH's gaan tijdens elk diabetesconsult na of patiënten in het dagelijks leven op sociaal of emotioneel vlak problemen ervaren. Patiënten die langdurig psychofarmaca gebruiken, worden gemotiveerd om in overleg met de huisarts en/of apotheker het medicatiegebruik te verminderen of af te bouwen. Bij patiënten die problemen in hun dagelijks leven ervaren wordt de distress-screener afgenomen (3 anamnestiche vragen) en wordt naar tevredenheid met het dagelijks functioneren gevraagd. Patiënten met een verhoogde score vullen vervolgens de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in om de ernst van de klachten te bepalen. De uitslag wordt samen met de patiënt doorgesproken. Bij ernstige klachten wordt de betreffende patiënt geadviseerd met de huisarts te overleggen (die eventueel kan verwijzen naar de POH-GGZ, een eerstelijns psycholoog of de tweedelijns GGZ). Patiënten met klachten van middelmatige ernst krijgen, indien gewenst, ondersteuning van de POH bij het aanleren van probleemoplossende vaardigheden (Problem Solving) en/of het anders leren aankijken tegen de mogelijkheden om met de beperkingen van hun ziekte te leren omgaan. Door gedrag of cognities aan te pakken, leren patiënten hun beperkingen beter in te schatten en hun gedrag daarop aan te passen (Reattributie). De POH stelt samen met de patiënt een actieplan op, gericht op een concrete aanpak van het door de patiënt gestelde probleem. POH's worden uitgebreid getraind in het uitvoeren van de interventie.
Wetenschappelijke evaluatie	Design: Pragmatische clustergerandomiseerde, gecontroleerde trial; met 3 meetmomenten (baseline, na 3 en 12 maanden). Uitkomstmaten: <i>Primair</i> : dagelijks functioneren <i>Secundair</i> : participatie en autonomie; tevredenheid met zorg; kwaliteit van leven; zelfeffectiviteit; bloedsuikercontrole. Tevens wordt de kosteneffectiviteit van SMS bepaald; en een procesevaluatie uitgevoerd naar ervaringen, barrières en verbeterpunten ten aanzien van SMS volgens patiënten, POH's en huisartsen. Resultaten: Het project loopt nog (start: 1 januari 2011); nog geen resultaten beschikbaar.
Eerdere wetenschappelijke evaluatie	Het SMS project vormt een vervolgstap op de uitkomsten van het DELTA-onderzoek (<i>Depression in Elderly with Long-Term Afflictions</i>). In dit onderzoek werd de (kosten) effectiviteit onderzocht van een minimale psychologische interventie gericht op oudere huisartspatiënten met diabetes type 2 en/of COPD en die daarnaast een milde depressie hadden. De interventie, bestaande uit vijf stappen, was gebaseerd op zelfmanagement en op elementen uit de cognitieve gedragstherapie, met als kernelementen reattributie van negatieve cognities (problemen aan iets anders toeschrijven dan voorheen) en 'problem solving' (probleemoplossing). De interventie werd uitgevoerd door getrainde verpleegkundigen. De interventie bleek een positief effect te hebben op symptomen van depressie en angst, kwaliteit van leven, zelfeffectiviteit, algemeen functioneren, sociale participatie en ook de bloedsuikercontrole (HbA1c). De kosteneffectiviteitsanalyse wees uit dat de interventie niet duurder was dan de gebruikelijke zorg. Verpleegkundigen bleken prima in staat dergelijke interventies uit te voeren. De overgrote meerderheid van de deelnemers (94%) vond dat deze vorm van zorg beschikbaar zou moeten zijn voor alle chronisch zieken.
Betrokken organisaties	Universiteit Maastricht; Zorggroep Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg (HOZL); Diabetes Fonds; Zorgverzekeraar CZ.
Financiering	Diabetesfonds (subsidieprogramma Stem van de patiënt); De extra kosten van de tijdsinvestering door de POH die met SMS is gemoeid worden gedurende de onderzoeksperiode vergoed door zorgverzekeraar CZ.

Opmerkingen	Vanwege het generieke karakter kan SMS ook onderdeel worden van de zorg voor andere chronische aandoeningen.
Literatuur	Referenties m.b.t. DELTA-studie: Lamers (2008). <i>Treating depression in the elderly. The evaluation of a minimal psychological intervention</i> . Dissertatie. Maastricht: Universiteit Maastricht. Jonkers (2009). <i>Emotional support for chronically ill elderly persons. Feasibility, effectiveness and cost-effectiveness of a minimal psychological intervention</i> . Dissertatie. Maastricht: Universiteit Maastricht.

	Diabetergestemd.nl
Doelgroep	Volwassen patiënten (≥18 jaar) met diabetes (DM) (zowel type 1 als type 2) en die daarnaast depressieve en/of diabetespecifieke emotionele klachten hebben. De internetinterventie Diabetergestemd.nl is niet geschikt voor patiënten met suïcideneigingen, ernstige psychiatrische problematiek, of die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen.
Doel	Het inbedden van de internetinterventie Diabetergestemd.nl in de reguliere diabeteszorg.
Type	Gestructureerde signalering van depressieve en/of diabetespecifieke emotionele klachten bij patiënten met DM en het vervolgens aanbieden van de diabetespecifieke internetinterventie Diabetergestemd.nl. Diabetergestemd.nl kan worden getypeerd als begeleide zelfhulp en is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie.
Setting	Diabetergestemd.nl wordt online in de thuis situatie gevolgd. Per 1 juli begint één zorggroep (die 90 huisartsenpraktijken omvat) met het implementeren van Diabetergestemd.nl in de reguliere diabeteszorg. Er zullen meer zorggroepen gaan volgen. Daarnaast maakt Diabetergestemd.nl ook onderdeel uit van het behandelaanbod van de recent gestarte Polikliniek Diabetes mentaal van het VU medisch centrum.
Toeleiding	Door middel van een korte screening worden patiënten met DM en depressieve en/of diabetespecifieke emotionele klachten geïdentificeerd. Met hen wordt vervolgens besproken of zij interesse hebben om Diabetergestemd.nl te volgen.
Betrokken zorgverleners	De screening wordt uitgevoerd door een praktijkondersteuner, diabetesverpleegkundige of (huis)arts. Deelnemende patiënten worden tijdens Diabetergestemd.nl gecoacht door basispsychologen die gesuperviseerd worden door GZ-psychologen.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	Het screeningsinstrument bestaat uit 4 items. Een positief antwoord op één van de 4 items is een indicatie voor verwijzing naar Diabetergestemd.nl. Bij patiënten die de internetinterventie willen volgen wordt eerst online een intake afgenomen om te bepalen of zij voldoen aan de inclusie- en exclusiecriteria. Patiënten met mogelijk ernstige psychiatrische problematiek ontvangen een persoonlijk bericht waarin zij dringend worden verzocht contact op te nemen met hun (huis)arts. Diabetergestemd.nl is gebaseerd op de internetinterventie 'Kleur je Leven' (wat weer een online versie is van de zelfhulp cursus 'In de Put, Uit de Put'). Deze interventie is verder aangepast om aan de behoeften van patiënten met DM te voldoen. Diabetergestemd.nl bestaat uit algemene cognitief-gedragstherapeutische onderdelen, zoals het detecteren van disfunctionele cognities en deze omzetten in functionele cognities, het ondernemen van plezierige activiteiten, het bijhouden van een stemmingsdagboek, communiceren, assertiviteit aan de dag leggen, jezelf belonen, omgaan met piekeren en ontspannen. De volgende onderwerpen zijn extra opgenomen: het omgaan met 'slechte' testresultaten, onzekerheid over de bloedglucose schommelingen en negatieve emoties, communicatie met professionals in de gezondheidszorg, praten over diabetes met anderen, de last van het dagelijks zelfmanagement, en coping met diabetesgerelateerde zorgen (bv. over hypoglykemie en latere complicaties). De interventie bestaat uit acht wekelijkse internet sessies, en wordt op individuele basis aangeboden. De cursus verstrekt informatie, video's van voorbeeldpatiënten, oefeningen/zelftests en huiswerkopdrachten. Patiënten ontvangen wekelijkse reminders en feedback op het gemaakte huiswerk van coaches via de mail. De coaches zijn basispsychologen die gesuperviseerd worden door GGZ-psychologen.

Wetenschappelijke evaluatie	De effecten van de implementatie worden geëvalueerd middels een pre-post design. <i>Uitkomstmaten</i> : depressieve klachten, diabetesspecifieke emotionele klachten, patiënttevredenheid, en tevredenheid bij de verwijzer.
Eerdere wetenschappelijk evaluatie	Middels een gerandomiseerde gecontroleerde trial is aangetoond dat Diabetergestemd.nl effectief is in het verminderen van depressieve en diabetesspecifieke emotionele klachten bij patiënten met DM. Er is geen effect gevonden op glykemische controle. Een secundaire analyse wees uit dat het aannemelijk is dat de interventie ook geschikt is voor patiënten met ernstigere psychische problemen (zoals een depressieve stoornis of een angststoornis).
Betrokken organisaties	VUmc, Mentalshare.
Financiering	Het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD) van de Nederlandse Diabetes Federatie financiert het implementatietraject. Op dit moment vergoedt Uvit deelname aan Diabetergestemd.nl. De verwachting is dat andere zorgverzekeraars zullen volgen.
Opmerkingen	Patiënten met DM kunnen Diabetergestemd.nl ook volgen zonder toeleiding door een zorgverlener.
Literatuur	Link naar Diabetergestemd.nl: www.diabetergestemd.nl Van Bastelaar (2011). <i>Web-based cognitive behaviour therapy for depression in adults with Type 1 or Type 2 diabetes</i> . Dissertatie. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

Praktijk

	Goed voelen met diabetes
Doelgroep	Patiënten met diabetes (DM) die psychische problemen hebben.
Doel	Het leren van vaardigheden waarmee patiënten met DM zelf kunnen leren hun stemming te verbeteren.
Type	Groepscurcus waarin gebruik gemaakt wordt van technieken uit de cognitieve gedragstherapie, sociale vaardigheidstraining en ontspanningstechnieken.
Setting	Ziekenhuissetting (Flevoziekenhuis). De cursus wordt aangeboden door de afdeling Preventie & Innovatie van GGZ Centraal, de Meregaard in het Flevoziekenhuis.
Toeleiding	Patiënten die de Diabetes polikliniek van het Flevoziekenhuis bezoeken worden verwezen door hun medisch specialist.
Betrokken zorgverleners	De cursus wordt begeleid door een preventiewerker en een diabetesverpleegkundige.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	De groepscurcus is grotendeels gebaseerd op de groepscurcus 'Leven met een chronische ziekte'. De cursus bestaat uit acht wekelijkse bijeenkomsten van twee uur; na verloop van tijd is er een terugkombijeenkomst. Er worden verschillende thema's besproken, waaronder: - stemming en chronisch ziek zijn, een persoonlijk plan van aanpak - leren ontspannen - plezierige gebeurtenissen en stemming - gedachten en hoe die beïnvloeden kunnen worden - assertiviteit en sociale vaardigheden Bij alle thema's horen oefeningen, waarmee de patiënt leert hoe hij zelf zijn stemming kan verbeteren. Er wordt gebruik gemaakt van een cursusboek en een ontspannings-cd. Het cursusboek biedt patiënten theoretische achtergrondinformatie en oefeningen rondom bovengenoemde thema's. Het maken van de oefeningen neemt per dag een half uur tot een uur in beslag. Er wordt gewerkt in groepen van maximaal 10 deelnemers.

Wetenschappelijke evaluatie	Er is beperkt wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de groepscursus 'Leven met een chronische ziekte': Een kleine pilot studie (17 deelnemers, van wie 9 de interventie kregen) met een quasi-experimenteel design vond dat de cursus leidde tot een vermindering van depressieve symptomen. Dit effect bleek te zijn behouden bij een meting 2 maanden na afloop van de cursus. Daarnaast vond een studie met voor- en nameting dat deelnemers aan de cursus verbeterden wat betreft depressieve symptomen, lichamelijk functioneren en psychische gezondheid. Aangezien de resultaten niet vergeleken zijn met die van een controlegroep, kan niet worden geconcludeerd dat de verbeteringen aan de cursus zijn toe te schrijven.
Eigenaar	GGZ Centraal, de Meregaard (afdeling Preventie & Innovatie in het Flevoziekenhuis).
Opmerkingen	De groepscursus zit één maal per jaar vol, vooral met patiënten die al langer DM hebben en last hebben van diabetes burn out'. De cursus wordt ook individuele basis aangeboden.
Literatuur	Cuijpers, P. (1998). Prevention of depression in chronic general medical disorders: a pilot study. <i>Psychological Reports</i> , 82, 735-738. Voordouw e.a. (2005). <i>De cursus Leven met een chronische ziekte. Handreiking voor coördinatoren en begeleiders</i> . Utrecht: Trimbos-instituut.

	Voel je beter met diabetes
Doelgroep	Patiënten (≥18 jaar) met diabetes (DM).
Doel	Het leren hoe diabetes, stress en somberheid op elkaar inspelen, om zodoende het ontstaan van depressie te voorkomen en de kwaliteit van leven te verbeteren.
Type	Groepstraining bestaande uit een combinatie van gezondheidsvoorlichting en beweging.
Setting	Geestelijke gezondheidszorg: Context. Context is de afdeling preventie van de Parnassia Bavo groep.
Toeleiding	Een verwijzing is niet noodzakelijk. Patiënten met DM melden zich onder meer aan via de media, huisarts en informatiebijeenkomsten.
Betrokken zorgverleners	De training wordt gegeven door een preventiemedewerker, diabetesverpleegkundige, diëtist en fysiotherapeut.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	De groepstraining is gebaseerd op de training 'Liever bewegen dan moe'. Deze training is m.b.v. diabetesverpleegkundigen en diëtisten aangepast om aan de behoeften van patiënten met DM te voldoen. In de training wordt geleerd hoe diabetes, stress en somberheid op elkaar inspelen. Het aantal deelnemers kan variëren van 5 tot 20. De training bestaat uit 8 bijeenkomsten van 2 uur. Iedere bijeenkomst bestaat uit een combinatie van gezondheidsvoorlichting en beweging. Deelnemers krijgen voorlichting over verschillende onderwerpen, waaronder: <ul style="list-style-type: none"> - diabetes in beweging - leren leven met diabetes - stemming en bewegen - spanning en ontspanning - actiever worden - gezonde voeding en diabetes - omgaan met lastige situaties - actief blijven. Bewegen: <ul style="list-style-type: none"> - binnen en/of buiten - in eigen tempo - sportief wandelen - conditie opbouw - spierversterkende oefeningen - ontspanning
Wetenschappelijke evaluatie	Nee.

Eigenaar	Context (afdeling preventie van de Parnassia Bavo groep).
Opmerkingen	De intentie is om de (kosten-)effectiviteit van de interventie te onderzoeken. Er loopt een aanvraag bij ZonMw. Op zijn vroegst zal het onderzoek begin 2012 starten.
Literatuur	Context heeft een onderzoek laten uitvoeren naar de mogelijkheden voor aansluiting van depressie preventie – i.h.b. de interventie Liever Bewegen dan Moe – bij leefstijl interventies voor patiënten met DM: Van der Waerden (2010). <i>Diabetes uit de dip. Aansluiting bij depressie preventie bij leefstijlinterventies in de diabeteszorg</i> . Maastricht: Universiteit van Maastricht.

	Hulpaanbod binnen het behandelprogramma Somatiek & Psyche (PsyQ)
Doelgroep	Patiënten met diabetes (DM) die psychische problemen hebben.
Doel	Het behandelen en begeleiden van patiënten met DM in samenhang met psychische klachten.
Type	Een hulpaanbod dat verschillende behandelvormen omvat (zie hieronder).
Setting	Geestelijke gezondheidszorg: PsyQ. PsyQ is een samenwerkingsverband van een viertal GGZ-instellingen: Lentis, Mondriaan, Parnassio Bavo groep en RiaggZuid. PsyQ heeft circa 30 vestigingen. PsyQ biedt 9 specialistische behandelprogramma's gericht op de meest voorkomende psychische problemen. Het hulpaanbod voor patiënten met DM wordt aangeboden binnen het behandelprogramma Somatiek & Psyche.
Toeleiding	Aanmelding gebeurt doorgaans via een huisarts of medisch specialist. Een kleine groep patiënten meldt zichzelf aan.
Betrokken zorgverleners	De meeste behandelingen worden door een psycholoog uitgevoerd. De interventie 'Bewegen en diabetes' (zie hieronder) wordt uitgevoerd door een fysiotherapeut.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	Het hulpaanbod bestaat uit de volgende interventies: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Psycho-educatie</i>: gerichte informatie over het omgaan met een chronische ziekte, diabetes en depressie. - <i>Cognitieve gedragstherapie</i>: gericht op bijvoorbeeld belemmerende gedachten, het verbeteren van de stemming, het verminderen van de angst, het bereiken van doelen in de zelfzorg van de diabetes - <i>Leren omgaan met stressverhogende omstandigheden</i> <i>Bewegen en diabetes</i>: betreft doorgaans patiënten met DM type 2, omdat zij vaak kampen met overgewicht. Gebeurt op individuele basis of in een groep. - <i>Acceptance and Commitment Therapie (ACT)</i>: hierbij ligt de focus op het aanvaarden van een probleem en er niet tegen te strijden.
Wetenschappelijke evaluatie	Onbekend.
Eigenaar	PsyQ.
Opmerkingen	Veel van de hier gepresenteerde informatie komt van de website van PsyQ: www.psyq.nl

	DVN cursus Leven met diabetes
Doelgroep	Patiënten met diabetes (DM) (sinds kort of langere tijd) en hun naasten/mantelzorgers.
Doel	Leren van eigen ervaringen, van de ervaringen van andere deelnemers en van door deskundigen gepresenteerde inhoudelijke informatie. Hierdoor kunnen zelfmanagementvaardigheden en empowerment van patiënten vergroot worden.
Type	Groepsbijeenkomsten gericht op het vergroten van zelfmanagement en empowerment. Dit gebeurt door ervaringen te combineren met inhoudelijke informatie. De cursus omvat een basismodule en een vervolgmodule (zie hieronder).
Setting	Verschillende locaties (o.a. wijkgebouw, ruimte in een ziekenhuis of zorgcentrum). De ruimte moet plaats bieden aan minstens 16 personen, er moet gelegenheid zijn tot een bewegingsactiviteit, en het moet toegankelijk en bereikbaar zijn voor ouderen en mindervaliden.
Toeleiding	Voor deelname kunnen patiënten zichzelf aanmelden via de website. Verwijzing is niet nodig.
Betrokken zorgverleners	De bijeenkomsten worden begeleid door daartoe getrainde cursusleiders van de Diabetesvereniging Nederland (DVN). Een cursusleider is een ervaringsdeskundige, d.w.z. heeft zelf DM of is een partner/ouder van iemand met DM. Zorgverleners zoals een diëtist, fysiotherapeut en een diabetesverpleegkundige, kunnen betrokken zijn bij de bijeenkomsten.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	<p>De cursus bestaat uit twee modules: een basiscursus en een vervolg.</p> <p><u>Basiscursus:</u> In de basiscursus verkrijgen deelnemers de basiskennis die nodig is voor het leven met DM. Patiënten worden aangezet om na te denken over eigen behandeling, leefstijl, voedingsgewoonte en acceptatie van DM. Ook wordt inzicht verkregen in verkregen in verschillende behandelingen. De basiscursus omvat 5 bijeenkomsten waarin de volgende onderwerpen aan bod komen: omgaan met DM en balansfactoren; voeding en stofwisseling; beweging en medicatie; hormonen, stress en zelfcontrole; een verstoorde balans (hypo's/hypers) en acceptatie. Voorafgaand aan de bijeenkomsten maken de deelnemers thuis voorbereidingsopdrachten.</p> <p><u>Vervolg:</u> De vervolgmodule gaat verder op de bovenstaande thema's in, waarbij er o.a. meer aandacht is voor het wat en hoe van zelfcontrole, en voor de effecten van het gebruiken van een maaltijd en van beweegactiviteiten op de bloedsuiker. Ook de positie van de zorgverlener in de behandeling komt ter sprake. Deze vervolgvactiteiten vinden alleen plaats op initiatief van de cursusgroep, en zijn dus niet algemeen beleid.</p>
Wetenschappelijke evaluatie	Nee.
Eigenaar	Diabetesvereniging Nederland.

	DIEP (Diabetes Interactief Educatie Programma) en DIEP@work
Doelgroep	Patiënten met diabetes type 2 (DM2) en hun zorgverleners.
Doel	Het bevorderen van zelfmanagement door patiënten met DM2 en het ondersteunen van het contact tussen zorgverlener en patiënt.
Type	DIEP is een interactieve educatieve website voor patiënten met DM2. DIEP@work is een training voor zorgverleners gefundeerd op motiverende gespreksvoering.
Setting	Thuisituatie (via website); of eerste lijn (samen met de zorgverlener in de praktijk).
Toeleiding	De zorgverlener verwijst een patiënt met DM2 naar de website of gebruikt het tijdens het consult. Verwijzing is niet noodzakelijk; iedereen met internet kan DIEP gebruiken.
Betrokken zorgverleners	Eerstelijns zorgverleners: huisarts, praktijkondersteuner (POH), diabetesverpleegkundige en diëtist.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	<p>DIEP De website bevat acht hoofdstukken met paragrafen over specifieke onderwerpen. In het hoofdstuk 'Leven met diabetes' komen psychosociale aspecten aan de orde. De aangedragen informatie is conform nationale richtlijnen en standaarden. De informatie is opgebouwd uit 'blokken' van maximaal 15 minuten. De zorgverlener kan de patiënt naar dat onderdeel verwijzen dat gedurende het spreekuur aan bod is gekomen, of waar de patiënt een vraag over heeft. De patiënt bepaalt zelf of hij deze en/of andere onderwerpen wilt bekijken. Bij de ontwikkeling waren vertegenwoordigers van alle relevante organisaties binnen de diabeteszorg in Nederland betrokken. Op basis van een literatuurstudie en groepsinterviews met de beoogde gebruikers, patiënten en zorgverleners, zijn functionaliteiten en de opbouw van de website bepaald. De informatie is opgesplitst in twee niveaus: basisinformatie (eenvoudige uitleg) en nadere informatie (verdieping van basisinformatie). De tekst wordt ondersteund door patiëntenervaringen en ieder hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal vragen die de patiënt aansporen tot het actief nadenken over de doorgenomen informatie en het 'vertalen' naar de eigen situatie.</p> <p>DIEP kent twee versies: de originele flash-versie met gesproken tekst (en samenvattende beeldtekst) of (sinds januari 2011) een html-leesversie. Beide versies omvatten daarnaast infobladen en werkboekvellen, diverse overzichten en enkele video's (dus multimedia). Werkboekvellen zijn hoofdstukspecifiek en hierop kan worden bijgehouden wat al behandeld is en wat met de zorgverlener besproken moet worden. Aan de hand van een doelenformulier kan de patiënt samen met de zorgverlener concrete, haalbare doelen opstellen die kunnen leiden tot het verbeteren van zelfmanagement.</p> <p>DIEP@work DIEP@work is een training voor zorgverleners om met DIEP educatie aan patiënten te kunnen verzorgen. De training is gefundeerd op motiverende gespreksvoering, en geeft veel aandacht aan patiënt empowerment, agenda setting en goal setting. De training bestaat uit twee bijeenkomsten van 6 uur en is geaccrediteerd door de EADV, NVvPO en V&VN. Aan de bijeenkomsten gaat een e-learning module vooraf. De training wordt gegeven door ervaren diabetesverpleegkundigen. Inmiddels zijn er circa 300 zorgverleners getraind.</p>

Wetenschappelijke evaluatie	<p>Een effectevaluatie (n= 99) toonde aan dat DIEP het ziekte inzicht van patiënten met DM2 kan vergroten. Een gebruikersevaluatie, bestaande uit een online vragenlijst (n=564) en interviews met patiënten en zorgverleners (n=11), liet zien dat gebruikers DIEP zeer positief beoordelen, maar dat het programma hoofdzakelijk wordt gebruikt als informatiebron en niet als hulpmiddel om communicatie, actieve patiëntbetrokkenheid en adequaat zelfmanagement te ondersteunen. Gebaseerd op deze bevindingen is DIEP@work ontwikkeld om optimaal gebruik van het programma in de dagelijkse praktijk te ondersteunen en daarmee de meerwaarde van het programma te vergroten. Middels een gerandomiseerde, gecontroleerde trial is gekeken naar de effecten van het trainen van POH's in motiverende gespreksvoering. Hierbij werd ook aandacht besteed aan DIEP en de link tussen kenmerken van het programma en de gesprekstechnieken. De groepstraining bleek geen duidelijke effecten te hebben op klinische, gedragsmatige en procesmatige uitkomstmaten, behalve een positief effect op kennis en op een van de 'health locus of control' dimensies en een negatief effect op vetinname en HDL-cholesterol.</p> <p>Een implementatiestudie gaf een waarschijnlijke verklaring voor het gebrek aan effectiviteit. Er werd een zeer beperkte implementatie gevonden, waarbij verschillende factoren een rol speelden (trainingsintensiteit, er aan herinnerd worden, ervaren werkdruk, beschikbare tijd per patiënt, type patiënt en steun van leidinggevenden en collegae). Geconcludeerd wordt dat een training motiverende gespreksvoering in de vorm van een workshop onvoldoende is voor het aanleren van de methode en dat de rol van individuele feedback en terugkombijeenkomsten essentieel zijn voor het leerproces.</p>
Betrokken organisaties	Academisch ziekenhuis Maastricht, Universiteit van Maastricht met financiële en logistieke ondersteuning van Johnson & Johnson Health Connaction en LifeScan.
Opmerkingen	<p>DIEP is sinds 2008 een stichting, die gelden ontvangt van diverse sponsors (zie website) en uit onderzoekssubsidies; DIEP@work wordt door de deelnemers betaald, en logistiek ondersteund door LifeScan en NovoNordisk.</p> <p>DIEP kende mei 2011 bijna 100.000 unieke bezoekers. De website ontving in 2006 de Kwaliteitsprijs Diabeteszorg, en in 2009 de DESG-educatieprijs.</p>
Literatuur	<p>DIEP is te vinden via: www.diep.info Achtergrondinformatie over DIEP is te vinden via: www.diabetes.stichtingdiep.nl</p> <p>Heinrich (2011). <i>Diabetes self-management. Strategies to support patients and health care professionals</i>. Dissertatie. Maastricht: Universiteit van Maastricht.</p>

	MIEP (Multidisciplinair Intensief Educatie Programma)
Doelgroep	Patiënten met diabetes (DM) die verminderde metabole regulatie en/of psychosociale problematiek hebben.
Doel	Patiënten in staat te stellen om hun eigen behandeldoelen te stellen en om hen te stimuleren en te ondersteunen zodat zij deze doelen ook daadwerkelijk behalen. Patiënten krijgen hierdoor een actieve rol in hun behandeling.
Type	Een multidisciplinair, intensief diabetes educatie programma dat gebaseerd is op 'empowerment'. Het programma omvat een basismodule en vervolgmodule.
Setting	MIEP is ontwikkeld voor de tweede- en derdelijns diabeteszorg. Het programma wordt door het Centrum voor Revalidatie- UMCG, Locatie Beatrixoord toegepast in de reguliere praktijk.
Toeleiding	Verwijzing door behandelend arts.
Betrokken zorgverleners	Het educatieteam bestaat uit: een diabetesverpleegkundige, internist, diëtist, maatschappelijk werker, psycholoog, fysiotherapeut, bewegingsagoog, psychomotorisch therapeut en een ergotherapeut.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	<p>Patiënten doen kennis en vaardigheden op over de ziekte (en gerelateerde onderwerpen) en worden door het educatieteam ondersteund in het vinden van strategieën om individuele problemen aan te pakken en barrières te overwinnen (empowerment). Dit zorgt ervoor dat patiënten leren om vaardigheden naar hun eigen situatie te vertalen en beter doelen te stellen en te behalen. Dit leidt tot beter leren omgaan met aandoening.</p> <p>Er worden onderwerpen behandeld door de teamleden en er vindt groepsdiscussie plaats of een oefening (bijvoorbeeld: er wordt gesport, bekeken hoe dit de bloedglucose beïnvloedt en hoe men hierop kan anticiperen). Er worden diverse onderwerpen met betrekking tot diabetes zelfmanagement belicht, zoals voeding, beweging, dagbesteding en werk, adaptatie aan en acceptatie van diabetes. Deelnemers bepalen welke doelen zij hebben ten aanzien van het onderwerp en hoe zij dit kunnen inpassen in hun eigen leven. Vervolgens wordt het toepassen van de nieuwe vaardigheden geëvalueerd.</p> <p>De interventies die toegepast worden in het programma zijn gebaseerd op elementen uit de (cognitieve) gedragstherapie. Er wordt gebruik gemaakt van gedragsexperimenten, motivational interviewing, exposure en oplossingsgerichte interventies en psycho-educatie (verwerking en stresshantering).</p> <p>Het programma duurt in totaal 11 dagen en is onderverdeeld in twee modules: een basismodule en een vervolgmodule. De basismodule bestaat uit 6 dagen waarin stapsgewijs een persoonlijk actieplan wordt opgesteld (volgens de SMART-methodiek). Naast educatie wordt er ook in de praktijk geoefend. De vervolgmodule basis+, bestaat uit 5 dagen en hierin gaat de patiënt verder aan de slag met het uitvoeren van de acties. Kennis en vaardigheden worden toegepast in het dagelijkse leven. Er wordt na zes weken met een terugkomdag afgesloten. De modules zijn één dag in de week. Aan het programma kunnen 6 tot 9 patiënten deelnemen. De educatie wordt in groepsverband aangeboden naast individuele gesprekken. Er zijn twee meeloopdagen in het programma opgenomen.</p>
Wetenschappelijke evaluatie	<p>Uitgevoerde effectstudies vonden dat deelname aan MIEP leidde tot een verbeterde glycemische controle, verminderde diabetesgerelateerde distress, en een verbeterde kwaliteit van leven 22 weken na de start van het programma. Deelnemers bleken één jaar na de start van het programma nog verder te zijn verbeterd wat betreft diabetesgerelateerde distress en kwaliteit van leven. Het effect op diabetesregulatie vlakke af, maar verslechterde niet significant in de tussenliggende periode.</p> <p>Daarnaast werd gevonden dat MIEP leidde tot een afname in de jaarlijkse diabetesgerelateerde kosten. Deze vermindering van kosten compenseerde de kosten van het uitvoeren van de interventie.</p>
Eigenaar	Universitair Medisch Centrum Groningen, Centrum voor Revalidatie-UMCG, locatie Beatrixoord.
Opmerkingen	De hier gepresenteerde informatie is grotendeels gebaseerd op de factsheet die te vinden is op de website van het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement NPCF-CBO: www.zelfmanagement.com
Literatuur	Keers (2004). <i>Diabetes rehabilitation: effects and utilization of a Multidisciplinary Intensive Education Programme</i> . Dissertatie. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen. Keers e.a. (2004a). Diabetes revalidatie: effecten en toepassing van een multidisciplinair intensief educatie programma. <i>Nederlands Tijdschrift voor Diabetologie</i> , 2, 68-74.

	Monitoring-procedure welbevinden
Doelgroep	Patiënten met diabetes (zowel type 1 als type 2), als onderdeel van de intake van second opinions en van het periodiek groot onderzoek (PGO).
Doel	Het monitoren van welbevinden als integraal onderdeel van de diabeteszorg om onvervulde zorgbehoeften ten aanzien van psychosociale problemen te herkennen en te bespreken.
Type	Monitoring-procedure, bestaande uit het geautomatiseerd monitoren van het welbevinden van patiënten met DM, het bespreken van de uitkomsten daarvan en het zo nodig ondernemen van vervolgacties.
Setting	Diabetescentrum van het VU medisch centrum Amsterdam, gespecialiseerde 2°/3° lijns zorg.
Toeleiding	Door behandelend arts, ten behoeve van de intake van second opinions en van het PGO.
Betrokken zorgverleners	Een diabetesverpleegkundige voert de monitoring-procedure uit.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	<p>Het monitoren en bespreken van het welbevinden vormt een onderdeel van de intake van second opinions en van het periodiek groot onderzoek. Het periodiek groot onderzoek omvat de complicatiescreening zoals geformuleerd voor de jaarcontrole, welke niet bij alle patiënten 12 maandelijks plaatsvindt, vanwege caseload.</p> <p>Via de computer vult een patiënt 2 gevalideerde en veel gebruikte korte meetinstrumenten in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een vragenlijst voor emotioneel welbevinden die ook fungeert als depressie screener (WHO-5) - een vragenlijst voor diabetes-specifieke distress/aanpassingsproblemen (o.a. zorgen, angsten, 'burn-out') (PAID) <p>Daarnaast wordt er ook een korte vragenlijst naar belangrijke levensgebeurtenissen afgenomen en wordt de patiënt gevraagd aan te geven over welk onderwerp hij/zij het graag zou willen hebben met de diabetesverpleegkundige (bv. behandeling/medicatie, symptomen/klachten, leefstijl, stemming/stress, seksuele problemen). De meetresultaten worden door de diabetesverpleegkundige besproken met de patiënt. Om dit te vergemakkelijken krijgen beiden een uitdraai van de meetresultaten. Op makkelijk te begrijpen wijze is daarop aangegeven of er sprake is van klinisch relevante problematiek. Wanneer nodig, wordt er een vervolgactie ondernomen (bv. verwijzing naar de polikliniek Diabetes mentaal of vervolggesprek met verpleegkundige).</p> <p>Het invullen van de vragenlijsten duurt 5-7 minuten; het bespreken van de uitkomsten duurt gemiddeld 15 minuten. De conclusies en vervolgacties worden opgenomen in het medisch dossier. De patiënt heeft een kopie.</p>
Wetenschappelijke evaluatie	Middels een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek dat uitgevoerd is in Nederland is aangetoond dat het systematisch monitoren en bespreken van het welbevinden van patiënten met diabetes leidt verbetering van psychologische uitkomsten. Daarnaast werden in de monitoring-groep meer patiënten naar de psycholoog verwezen. Verder is ook middels een observationeel onderzoek dat uitgevoerd is in 8 verschillende landen (waaronder Nederland) aangetoond dat het monitoren van het welbevinden als integraal onderdeel van de diabeteszorg uitvoerbaar is en helpt om onvervulde zorgbehoeften op het psychosociale vlak te herkennen en te bespreken.
Eigenaar	VU medisch centrum Amsterdam.
Opmerkingen	In de nabije toekomst zal welbevinden monitoring opgenomen worden in de NDF Zorgstandaard, en daarmee een vaste plaats krijgen als indicator van zorgkwaliteit.
Literatuur	<p>Pouwer e.a. (2001). <i>Monitoring of psychological well-being in outpatients with diabetes mellitus</i>. Dissertatie. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.</p> <p>Snoek e.a. (2011). Monitoring of individual needs in diabetes (MIND): baseline data from the cross-national diabetes attitudes, wishes, and needs (DAWN) MIND Study. <i>Diabetes Care</i>, 34, 601-603.</p>

	Poli DM & Psyche
Doelgroep	Patinten met diabetes (DM) (≥ 16 jaar) bij wie de patiënt zelf en/of diabetesverpleegkundige of behandelend arts het vermoeden heeft dat er emotionele of psychische klachten zijn die nadere aandacht verdienen.
Doel	Het tijdig onderkennen van psychische en psychosociale klachten bij patiënten met DM zodat de lichamelijke behandeling van DM wordt verbeterd, de behandeling van psychische klachten kan worden ingezet en de zorg rondom de patiënt met DM zo soepel mogelijk verloopt.
Type	Gespecialiseerde polikliniek voor psychische problematiek bij DM type 1 of 2. De polikliniek biedt o.a. diagnostiek en een breed behandelaanbod.
Setting	Ziekenhuissetting (Zuwe Hofpoort Ziekenhuis)/psychiatrisch centrum (Regionaal Psychiatrisch Centrum Woerden, RPCW). De gebouwen van de instellingen zitten aan elkaar vast. RPCW is een samenwerkingsverband van GGZ-instelling Altrecht en het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis.
Toeleiding	Aanmelding van cliënten vindt plaats via een huisarts of medisch specialist.
Betrokken zorgverleners	Psychiater, geestelijk gezondheidskundige en consultatief psychiatrisch verpleegkundige (heeft liaisonfunctie).
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	De cliënt ontvangt een uitnodiging voor een oriënterend gesprek van ongeveer een uur met één of meerdere hulpverleners. Dit gesprek vindt bij voorkeur plaats op de polikliniek van het Hofpoort Ziekenhuis of eventueel op de polikliniek van het RPCW. In het gesprek worden klachten geïnventariseerd en diagnostiek verricht, waarna in overleg met de patiënt nagegaan wordt of en zo ja welke hulpverlening nodig is. De poli biedt een breed behandelaanbod. Er worden ook adviezen gegeven aan betrokken zorgverleners om er mede zorg voor te dragen dat de diabetes zo goed mogelijk wordt gereguleerd (consultatieve functie).
Wetenschappelijke evaluatie	Nee.
Eigenaar	Regionaal Psychiatrisch Centrum Woerden.
Literatuur	Informatiefolder over de poli DM & Psyche: www.altrecht.nl/Externebestanden/CSZ/poli_DM_en_%20Psyche_RPCW.pdf

Implementatie en praktijk

	Polikliniek Diabetes mentaal
Doelgroep	Volwassenen met diabetes (DM) (zowel type 1 als type 2) met psychische problematiek (o.a. aanpassingsproblemen en 'diabetes burnout', depressie, angst, eetstoornissen en cognitieve problemen).
Doel	Het bieden van gespecialiseerde psychologische en psychiatrische hulp voor patiënten met DM type 1 of 2 vanuit een integrale visie op soma en psyche, ter verbetering van de mentale en medische uitkomsten.
Type	Gespecialiseerde polikliniek van het VU medisch centrum (VUmc) voor psychische problematiek bij DM type 1 of 2. De polikliniek biedt diagnostiek en een breed behandelaanbod, en werkt nauw samen met het Diabetescentrum van het VUmc en de GGZ-instelling GGZ inGeest, partner van het VUmc.
Setting	Ziekenhuissetting (VUmc).
Toeleiding	De behandelend arts (huisarts, specialist) meldt een patiënt aan middels een digitaal aanmeldingsformulier.
Betrokken zorgverleners	Een team van psychologen, een psychiatrisch verpleegkundige en een psychiater.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	<p>Ter voorbereiding op de intake wordt een verwezen patiënt uitgenodigd digitaal een vragenlijst (een uitgebreide screening) in te vullen. De resultaten dragen bij om te komen tot een indicatiestelling. Na de intake (binnen 4 weken na aanmelding) vindt de definitieve indicatiestelling plaats. Het hieruit vloeiende behandel- of verwijfsadvies wordt met de patiënt besproken. De verwijzer wordt schriftelijk op de hoogte gesteld. Na het beëindigen van de behandeling en bij doorverwijzing ontvangt de verwijzer schriftelijk terugkoppeling. Indien nodig vindt overleg plaats.</p> <p>De polikliniek biedt een breed behandelaanbod. De volgende interventies kunnen worden toegepast: advies, individuele psychologische behandeling op basis van cognitieve gedragstherapie, medicamenteuze behandeling, relatie/systeembehandeling, groepsbehandeling en internettherapie (Diabetergestemd.nl).</p> <p>Er bestaat nauwe samenwerking met GGZ inGeest. Bij lichte psychische problematiek kan doorverwezen worden naar Prezens, het onderdeel van GGZ inGeest dat laagrempelige en kortdurende hulp biedt. Ook voor intensieve en langdurige behandeling kan worden doorverwezen naar GGZ inGeest (of een GGZ-instelling in de regio van de patiënt).</p> <p>Waar nodig kan deskundigheid ingeroepen worden van het Diabetescentrum, bijvoorbeeld bij vragen omtrent frequente (ernstige) hypoglykemieën, aanhoudende hoge bloedglucose waarden, bijwerkingen van de diabetesmedicatie, insuline allergie of interactie met psychofarmaca.</p>
Wetenschappelijke evaluatie	Diabetes mentaal is op 1 juni 2011 officieel gestart, en wordt nauwkeurig geëvalueerd over een periode van 2 jaar door middel van routine outcome monitoring (ROM), waarbij o.a. gekeken wordt naar zorgzwaarte, behandelresultaten en patiënttevredenheid. Patiëntgegevens worden via het internet verzameld of met behulp van een papieren vragenlijst. Uitkomsten worden anoniem verwerkt. Medewerking door patiënten geschiedt op basis van informed consent. Ook zal worden nagegaan of de polikliniek kostendekkend werkt.
Betrokken organisaties	VUmc en GGZ inGeest. Er bestaat intensieve samenwerking tussen beide instellingen, die uiteindelijk zal uitmonden in een volledige fusie. Diabetes mentaal is een initiatief van de afdelingen medische psychologie en ziekenhuispsychiatrie.
Financiering	Kosten worden deels vergoed uit diabetes DBC, deels GGZ DBC's en eigen middelen.
Opmerkingen	Diabetes Mentaal staat onder leiding van professor Frank Snoek, medisch psycholoog, en maakt onderdeel uit van een het grootschalige Soma & Psyche project van VUmc en GGZ inGeest.
Nadere info	<p>Website Diabetes mentaal: www.vumc.nl/afdelingen/diabetes-mentaal/?hp=/afdelingen/interne-geneeskunde1 Soma & Psyche: www.emgo.nl/research/mental-health/research-themes/2/soma--psyche/aims-and-scope</p>

	Pro-actieve Interdisciplinaire Self Management educatie (PRISMA)
Doelgroep	Patiënten met diabetes type 2 (DM2), met of zonder medicatie, onafhankelijk van behandeling in de eerste- of tweedelijnszorg. De cursus is bij voorkeur het startpunt van de diabetesbehandeling. Hierbij kan het gaan om pas gediagnosticeerde patiënten, maar de cursus is ook geschikt voor hen die al langer bekend zijn met de aandoening. PRISMA is alleen ongeschikt voor iemand die onvoldoende Nederlands kan spreken en lezen of niet in een groep kan functioneren.
Doel	Het vergroten van kennis, inzicht en met name zelfmanagement van patiënten met DM2. Het streven is om de patiënt zijn eigen expert te laten worden.
Type	Groepseducatieprogramma dat gericht is op het bevorderen van zelfmanagement van patiënten met DM2 (en hun directe naasten). PRISMA is, naast meerdere filosofieën, gebaseerd op psychologische theorieën en interdisciplinair (zie hieronder).
Setting	PRISMA kan in de eerste- en tweedelijnszorg toegepast worden. PRISMA is een onderdeel van de reguliere diabeteszorg binnen het Diabetescentrum VUmc en 4 andere ziekenhuizen (Spaarne Ziekenhuis, Atrium MC, Ziekenhuis Bernhoven, Sint Franciscus Gasthuis) en 8 huisartsenpraktijken/-groepen (Amsterring, Waddinxveen, Diazon, Bodegraven, Haringvliet, Zeist, Osdorp, Cohesie). Sinds medio 2010 werken het VUmc en Novo Nordisk samen om PRISMA breed te implementeren in de eerstelijnszorg (zorggroepen en hun aangesloten huisartsenpraktijken). Daarbij wordt onder meer gebruik gemaakt van een tweedaagse train-de-trainer cursus.
Toeleiding	Doorverwijzing via (huis)arts.
Betrokken zorgverleners	De cursus wordt door een koppel van 2 gecertificeerde trainers gegeven, een praktijkondersteuner (POH), diëtist, diabetesverpleegkundige, arts of psycholoog.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	<p>PRISMA is een bewerking van het bewezen effectieve Engelse DESMOND (<i>Diabetes Education and Self Management for Ongoing and Newly Diagnosed</i>) programma. Het is een interdisciplinair programma, waarbij geïntegreerde informatie door verschillende disciplines aangeboden wordt, aansluitend bij de individuele doelen en (on-)mogelijkheden van de patiënt. PRISMA is gebaseerd op vier psychologische theorieën:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Self regulation theory</i> (inschatting ziektebeeld). De training brengt de ideeën en kennis van de deelnemers over hun ziekte aan het licht zodat eventuele misverstanden of mythes kunnen worden uitgesproken en herzien. 2) <i>Dual process</i> (patiënt actief in leerproces betrekken). Door het geven van gedoseerde informatie, maar vooral door het stellen van vragen, activeren de trainers de patiënten de aangeboden informatie te verwerken. Informatie die op deze wijze wordt verkregen, blijkt beter te worden onthouden en meer bestand te zijn tegen invloeden van tegenstrijdige informatie. Het geeft de deelnemers bepaalde principes mee waarmee nieuwe informatie kan worden onderzocht en getest. Het maakt het ook minder makkelijk om de informatie weg te rationaliseren als "niet van toepassing op mij". 3) <i>Self determination</i> (interne motivatie). Om de autonome motivatie te bevorderen worden de deelnemers gestimuleerd hun eigen gezondheidsprofiel te onderzoeken en in kaart te brengen. Dit geeft inzicht in de risico's van de afzonderlijke patiënten ten aanzien van complicaties van diabetes. Begrijpen wat je risico is, leidt automatisch tot de vraag: wat kan ik hieraan doen? 4) <i>Social learning theory</i> (zelfeffectiviteit). In de cursus wordt het vertrouwen van de mensen ontwikkeld door de boodschap dat elke verandering, hoe klein ook, winst oplevert voor de gezondheid. Aan het eind van de cursus worden de deelnemers gestimuleerd een persoonlijk actieplan op te stellen aan de hand van hun eigen gezondheidsprofiel met een SMART (Specifiek, Meetbaar, Actiegericht, Realistisch en Toetsbaar) doel. <p>PRISMA bestaat uit twee bijeenkomsten, verspreid over twee weken (in totaal 7 uur). In de eerstelijnszorg wordt soms gekozen voor drie bijeenkomsten. De groep bestaat uit maximaal 10 patiënten en hun eventuele partners. De cursus wordt door een koppel van 2 trainers gegeven (POH, diëtist, diabetesverpleegkundige, arts of psycholoog).</p>

Wetenschappelijke evaluatie	Het Engelse DESMOND programma is effectief gebleken bij nieuw gediagnosticeerde patiënten met DM2. Er is een grootschalige effectenstudie naar PRISMA gestart, waarbij o.a. ook gekeken wordt naar kwaliteit van leven en zelfeffectiviteit. In 2012 worden resultaten verwacht.
Eigenaar	VUmc.
Financiering	Op de plekken waar PRISMA onderdeel is van de reguliere zorg wordt het vergoed uit reguliere middelen. Iedere huisartsenpraktijk/zorggroep die deelneemt aan het implementatietraject onderhandelt zelf met zorgverzekeraars over vergoeding van de kosten voor het aanbieden PRISMA.
Opmerkingen	Voor andere organisaties in de eerste of tweede lijn die PRISMA willen aanbieden, organiseert het VUmc tegen vergoeding een tweedaagse train-de-trainer cursus.
Literatuur	Voor mee info zie: www.prisma-diabetes.nl www.vumc.nl/afdelingen/diabetescentrum/InfoProf/DMprojectenVUMC

Interventies op psychosociaal gebied bij COPD

Onderzoek

	Een psychologische interventie bij COPD patiënten: een RCT
Doelgroep	Patiënten tussen de 40 en 80 jaar oud met COPD (GOLD-2-4), die zijn opgenomen wegens een exacerbatie, of die de polikliniek Longziekten bezoeken. <u>Exclusiecriteria:</u> de aanwezigheid van aandoeningen die een levensverwachting van minder dan één jaar impliceren; onbekwaamheid van patiënten om vragenlijsten in te vullen; de aanwezigheid van psychiatrische problematiek waarvoor een kortdurende psychologische aanpak niet geïndiceerd is (bv. suïcidaliteit); het reeds in behandeling zijn bij een psycholoog of psychiater.
Doel	Vaststellen van de effectiviteit van een psychologische behandeling bij (opgenomen of poliklinische) patiënten met COPD, en het bepalen van werkzame factoren binnen die behandeling. Daarnaast is een subdoel om meer zicht te krijgen op de angst- en stemmingsklachten bij poliklinische COPD-patiënten en hun hulpvraag.
Type	Psychologische behandeling door middel van gesprek en opdrachten, waarbij gebruik gemaakt wordt van een combinatie van cognitieve en proces-experientiële technieken.
Setting	Ziekenhuissetting: Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en Martiniziekenhuis.
Toeleiding	Patiënten die in de twee bovenbeschreven groepen vallen worden benaderd om deel te nemen.
Betrokken zorgverleners	Speciaal voor dit doel getrainde psychologen voeren de interventie volgens handleiding uit.

Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	<p>Na het geven van 'informed consent' worden patiënten gerandomiseerd over: a) interventiegroep; en b) controlegroep. Patiënten in de interventiegroep krijgen naast de gebruikelijke medische behandeling bovenbeschreven psychologische behandeling aangeboden.</p> <p>De ziekte COPD kan als zodanig niet weggenomen worden door een psychologische behandeling en ook het progressieve karakter ervan niet. Wel is het zo dat een patiënt invloed heeft op de manier waarop hij met de ziekte omgaat en daarmee ook op de ziektelast. Door zijn gedrag kan een patiënt bijvoorbeeld de mate van kortademigheid (dyspnoe) beïnvloeden, op een bepaald moment en op de langere termijn. Ook kan de patiënt invloed uitoefenen op het omgaan met de emotionele en relationele gevolgen van de ziekte. De individuele psychologische behandeling binnen dit onderzoek heeft als einddoel dat de patiënt leert herkennen welke eigen invloed hij heeft op het omgaan met de ziekte, en hoe deze invloed kan worden uitgeoefend. Uitgewerkt in een aantal subdoelen gaat het hierbij om invloed op:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de <i>lichamelijke</i> consequenties/symptomen van de ziekte; - de beleving van de ziekte in <i>emotionele</i> zin; - de <i>relationele</i> consequenties van de ziekte (met betrekking tot de relatie van de patiënt met de partner of andere naasten). <p>Binnen deze psychologische behandeling zal gebruik worden gemaakt van een combinatie van cognitieve en proces-experientiële technieken.</p> <p>De behandeling wordt gegeven door getrainde psychologen. Patiënten krijgen minimaal 6 sessies met een psycholoog aangeboden en maximaal 8.</p>
Onderzoeksdesign	<p>Gerandomiseerde gecontroleerde trial; looptijd van de studie: drie jaar; interventie-omvang: 6 tot 8 zittingen; follow-up periode: ½ jaar.</p> <p>Vier meetmomenten: voor (T0), tijdens (T1), na de interventie (T2) en 6 maanden na de start van de interventie (T3).</p> <p>Om meer zicht te krijgen op wat er precies speelt bij poliklinische COPD-patiënten ten aanzien van angst- of stemmingsklachten en hulpvraag, wordt er bij de polikliniek Longziekten van het UMCG, gescreend op angst, stemming en hulpbehoefte.</p>
Uitkomstmaten	<p><i>Primaire uitkomstmaten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychosociaal: mate van angst. - Fysiek: Mate van ervaren kortademigheid (dyspnoe), als onderdeel van de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven <p><i>Secundaire uitkomstmaten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychosociaal: mate van depressie, algemene kwaliteit van leven - Gebruik van de gezondheidszorg <p>De verwachting is dat de veranderde scores van patiënten op de uitkomstmaten veroorzaakt worden door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - veranderde ziektepercepties - een toename in de ervaren mate van controle over de gezondheid ('perceived health competence') - een toegenomen vertrouwen in het uitvoeren van gedrag waarmee de ziekte onder controle kan worden gehouden (self-efficacy). <p>Ook zal procesevaluatie van het therapieproces worden uitgevoerd, met behulp van audio- of videobanden wordt 'treatment integrity' geëvalueerd; ook zal onderzocht worden welke aspecten van de therapeutische relatie bijdragen aan de effectiviteit van de interventie.</p>
Resultaten	Het project loopt nog; er zijn nog geen resultaten beschikbaar.
Betrokken organisaties	Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG); Martiniziekenhuis Groningen.
Financiering	Astma Fonds, binnenkort Longfonds.

	RECODE, cluster Randomized clinical trial on Effectiveness of integrated COPD management in primary care
Doelgroep	Patiënten met COPD (vastgesteld volgens de internationale GOLD-criteria en criteria van het Nederlands Huisartsen Genootschap). <u>Exclusiecriteria:</u> Terminaal zieke patiënten en patiënten waarvan de huisarts verwacht dat ze niet therapietrouw zullen zijn.
Doel	Vaststellen van de (kosten)effectiviteit van een ICT-ondersteunde, geïntegreerde en multidisciplinaire behandeling van COPD in de huisartsenpraktijk vergeleken met standaard huisartsenzorg.
Type	ICT-ondersteunde, geïntegreerde en multidisciplinaire behandeling van COPD.
Setting	Huisartsenpraktijk (40 samenwerkingsverbanden uit de regio Zuid-Holland).
Toeleiding	Door middel van een uitgebreide extractie uit het huisartssystem worden COPD patiënten geselecteerd voor het onderzoek. Ook patiënten onder behandeling bij de longarts mogen deelnemen aan het onderzoek (bv. omdat zij ten tijde van exacerbaties wel bij de huisarts onder behandeling zijn). Na exclusie van de huisarts op bovengenoemde criteria, worden patiënten uitgenodigd om te participeren.
Betrokken zorgverleners	Huisartsen, praktijkondersteuners (POH's), diëtisten en fysiotherapeuten, die een COPD samenwerkingsverband hebben of deze willen aangaan.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	De interventie bestaat uit een tweedaagse, geaccrediteerde, multidisciplinaire nascholing (voor huisartsen, POH's, diëtisten en fysiotherapeuten) waarin ingegaan wordt op een efficiënte taakdelegatie, specifieke verwijzing en het opstellen van haalbare praktijk- en behandelplannen. Gedurende de nascholing komen alle belangrijke facetten van geïntegreerd COPD management aan bod, waaronder onder andere het actief bevorderen van zelfmanagement, oefen- en bewegingsprogramma's, spirometrie, stoppen met roken en kwaliteit van leven. Dit alles wordt ondersteund door een flexibele web-based applicatie, genaamd Zorgdraad. Deze applicatie maakt het mogelijk voor patiënten en hun hulpverleners om onderling effectief te communiceren, wat leidt tot het bevorderen van zelfmanagement en een actieve implementatie van multidisciplinaire COPD-zorg. Na een half jaar en na een jaar vindt er een terugkomdag plaats. <u>Psychosociale aspecten</u> De interventie is primair gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven. Er wordt uitgegaan van de functionele beperkingen bij patiënten; door patiënten zelf naar voren gebrachte streefdoelen worden expliciet meegenomen. Tijdens de nascholing wordt zorgverleners ook geleerd alert te zijn op aanwezigheid van psychische of sociale problemen en hierop actie te ondernemen. De technieken van motivationale interviewing en toepasbaarheid daarvan in de praktijk komen tijdens de nascholing aan bod. Voor het signaleren van psychosociale problematiek wordt ook gebruik gemaakt van een korte vragenlijst (CCQ). De CCQ meet 3 domeinen van kwaliteit van leven: symptomen, functionele status en mentale status. Praktijken ontvangen feedback rapporten met de CCQ scores per patiënt en kunnen hierop vervolgens actie ondernemen. Een slechte score op het mentale domein wijst de POH erop om bijvoorbeeld een verwijzing naar een gespecialiseerde zorgverlener voor psychische klachten (bv. een SPV) in te zetten.
Onderzoeksdesign	Cluster gerandomiseerde klinische trial; totale follow-up is 2 jaar. De inclusieperiode van praktijken is 1 jaar. Meetmomenten: 0, 6, 9, 12, 18 en 24 maanden.
Uitkomstmaten	<i>Primaire uitkomstmaat:</i> Kwaliteit van leven na 12 maanden (gemeten met CCQ). <i>Secundaire uitkomstmaten:</i> Ziektespecifieke kwaliteit van leven, inspanningstolerantie, dyspnoe, medicatiegebruik, patiëntervaringen (PACIC), rookgedrag, zorggebruik, zelfmanagementvaardigheden, verzuim van werk, exacerbaties en ziekenhuisopnames/bezoeken aan specialist.
Resultaten	Het project loopt nog; er zijn nog geen resultaten beschikbaar.
Betrokken organisaties	Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en deelnemende huisartsen uit omgeving Leiden/Den Haag; Institute for Medical Technology Assessment, Erasmus Universiteit.
Financiering	ZonMw en Achmea.

Literatuur	<p>Kruis e.a. (2010). Sustained effects of integrated COPD management on health status and exercise capacity in primary care patients. <i>International Journal of COPD</i>, 5, 407-413.</p> <p>Chavannes e.a. (2009). Integrated disease management improves one-year quality of life in primary care COPD patients: a controlled clinical trial. <i>Primary Care Respiratory Journal</i>, 18, 171-176.</p>
------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Implementatie

	De patiënt als partner
Doelgroep	Patiënten met COPD met psychosociale klachten; de ernst van COPD maakt hierbij niet uit.
Doel	COPD-patiënten met psychosociale klachten handvatten bieden waardoor zij meer grip krijgen op de emoties en beperkingen die samengaan met de aandoening zodat de kwaliteit van leven toeneemt.
Type	Signalering psychosociale klachten, gevolgd door het aanbieden van de groepscursus 'Omgaan met COPD'.
Setting	Eerstelijns gezondheidszorg (Zorggroep Almere).
Toeleiding	Zie bij 'inhoud van interventie'.
Betrokken zorgverleners	De cursus wordt gegeven door een maatschappelijk werker samen met een praktijkondersteuner (POH) somatiek.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	<p>Signalering van psychosociale klachten gebeurt door alertheid van hulpverleners en het standaard afnemen van een kwaliteit van leven vragenlijst (RIQ-mon10) door POH's somatiek en huisartsen.</p> <p>Patiënten met psychosociale klachten worden doorverwezen voor een intakegesprek met de maatschappelijk werker. Tijdens de intake wordt nagegaan of een patiënt in aanmerking komt voor de cursus 'Omgaan met COPD'. M.b.v. een vragenlijst (4DKL) wordt o.a. bepaald of er mogelijk sprake is van psychiatrische problematiek. Indien dit het geval is komt een patiënt niet in aanmerking voor de cursus en vindt doorverwijzing plaats naar de POH-GGZ of terug naar de huisarts.</p> <p>De groepscursus 'Omgaan met COPD' is volledig gebaseerd op de cursus 'Leven met een chronische ziekte'. De cursus bestaat uit 10 wekelijkse bijeenkomsten van twee uur waarin o.a. geleerd wordt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - om te gaan met benauwdheidsklachten - zorgvuldig om te gaan met energie en met meer plezier te functioneren - negatieve gedachten te herkennen en zo mogelijk om te zetten in positieve gedachten - hulp te vragen en te ontvangen zonder zich daarbij afhankelijk of schuldig te voelen <p>De methodiek is gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie. Er wordt gestreefd naar groepen van minimaal acht en maximaal tien deelnemers.</p>

Wetenschappelijke evaluatie	Het implementatietraject wordt geëvalueerd door het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG); meetmomenten: start, na 1 en na 5 jaar.
Resultaten	Het project loopt nog (eindigt december 2011); er zijn nog geen resultaten beschikbaar.
Eerdere wetenschappelijk evaluatie	Een kleine pilot studie (17 deelnemers, waarvan 9 de interventie kregen) met een quasi-experimenteel design vond dat de cursus 'Leven met een chronische ziekte' leidde tot een vermindering van depressieve symptomen. Dit effect bleek te zijn behouden bij een meting 2 maanden na afloop van de cursus. Daarnaast vond een studie met voor- en nameting dat deelnemers aan de cursus 'Leven met een chronische ziekte' verbeterden wat betreft depressieve symptomen, lichamelijk functioneren en psychische gezondheid. Aangezien de resultaten niet vergeleken zijn met die van een controlegroep, kan niet worden geconcludeerd dat de verbeteringen aan de cursus zijn toe te schrijven.
Betrokken organisaties	Zorggroep Almere (projectleiding en -uitvoering); PICASSO voor COPD (begeleiding); iBMG (evaluatie). Het project wordt uitgevoerd binnen het kader van het ZonMw-programma 'Diseasemanagement chronische ziekten'.
Financiering	ZonMw financiering. Het volgen van de cursus wordt vergoed door zorgverzekeraar.
Literatuur	Cuijpers (1998). Prevention of depression in chronic general medical disorders: a pilot study. <i>Psychological Reports</i> , 82, 735-738. Voordouw e.a. (2005). <i>De cursus Leven met een chronische ziekte. Handreiking voor coördinatoren en begeleiders</i> . Utrecht: Trimbos-instituut.

	COPD project huisartsenzorg regio Arnhem: 'Optimale en betaalbare COPD-zorg'
Doelgroep	Patiënten met COPD (GOLD 1 en 2 en stabiele GOLD 3) die onder behandeling zijn bij de huisarts.
Doel	Het uiteindelijke doel is het leveren van optimale kwaliteit van zorg aan patiënten met COPD waardoor hun gezondheidstoestand en kwaliteit van leven verbetert. Het inbedden van het zelfmanagement programma 'Living well with COPD' in de reguliere zorg is daarbij een belangrijk onderdeel.
Type	Bieden van gestructureerde COPD zorg, waarbij het bevorderen van zelfmanagement een belangrijk onderdeel is.
Setting	Eerstelijnsgezondheidszorg: Huisartsen Zorggroep regio Arnhem, 41 deelnemende huisartsenpraktijken.
Toeleiding	n.v.t.
Betrokken zorgverleners	Getrainde praktijkondersteuners somatiek (POH's) hebben een centrale rol als casemanager en begeleiden patiënten bij het zelfmanagementprogramma. De huisarts ziet de patiënt minimaal 1 keer per jaar.

<p>Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)</p>	<p><u>Algemeen</u> Alle COPD patiënten worden in een vroeg stadium optimaal behandeld en begeleid door een multidisciplinair team (huisarts, verpleegkundige, fysiotherapeut, diëtist en eventueel longarts en psychiatrisch verpleegkundige) volgens de landelijke richtlijnen. De POH zal worden opgeleid tot casemanager van de zorg rondom de patiënt en leefstijlcoach. Patiënten worden indien nodig tijdig doorverwezen naar de tweede lijn, diëtist, fysiotherapeut, psycholoog of maatschappelijk werk.</p> <p><u>Zelfmanagement programma 'Living well with COPD'</u> Het zelfmanagementprogramma is gebaseerd op het Canadese programma 'Living well with COPD' en aangepast aan de Nederlandse huisartsenpraktijk in nauwe samenwerking met huisartsen en longartsen. Het programma leert cliënten hoe zij beter om kunnen gaan met hun klachten in het dagelijkse leven en hoe zij verergering van klachten kunnen voorkomen afgestemd op de individuele behoefte. Door informatievoorziening afgestemd op de individuele behoefte en door coaching wordt de patiënt in staat gesteld persoonlijke streefdoelen te bereiken, risicofactoren voor klachtenverergeringen te herkennen en (zo goed mogelijk) te vermijden, de beleefde ernst van exacerbaties te beperken, en tenslotte het geloof in eigen kunnen (self-efficacy) te vergroten. Hierdoor wordt de cliënt in staat gesteld verbetering van de kwaliteit van leven te bereiken.</p> <p>Het programma bestaat uit een reeks werkboeken als aanvulling op contact met de professionaal. De POH werkt als casemanager en is de directe contactpersoon voor de cliënt. POH's hebben o.a. training gekregen in motiverende gesprekstechnieken, en worden gecoacht door een longverpleegkundige van het UMC St. Radboud. Het programma wordt afgestemd op de individuele patiënt en kan in iedere fase van de aandoening worden gebruikt. In de intensieve fase bespreekt de POH de volgende onderwerpen afgestemd op de individuele behoefte van de patiënt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anatomie en Fysiologie van COPD - Symptoomverergerende factoren - Medicatie en inhalatietechniek - Ademhalingstechnieken - Lichaamshoudingen ter voorkoming van ademnood - Hoesttechnieken - Energiebesparende technieken - Stressmanagement - Ontspanningstechnieken - Gezonde levensstijl: zoals niet roken, gezond gewicht en bewegen. <p>In de intensieve fase (het eerste jaar) ziet de POH de patiënt minimaal 2 keer 'face to face', en 2 keer is er telefonisch contact. De huisarts ziet de patiënt minimaal 1 keer per jaar. Na de intensieve fase volgt de begeleidende fase. Hierin ziet de POH de patiënt op jaarbasis minimaal 1 keer 'face to face', en 1 keer is er telefonisch contact. De POH blijft de patiënt stimuleren om de streefdoelen te bereiken en de gedragsverandering te handhaven (empowerment). Aan de hand van een actieplan is de patiënt in staat verergering van luchtwegklachten (exacerbaties) tijdig te herkennen en hierop te anticiperen (exacerbatie management).</p> <p>De kwaliteit van leven van patiënten wordt gemonitord door afname van de CCQ vragenlijst tijdens de 'face to face' contacten. De CCQ meet 3 domeinen van kwaliteit van leven: symptomen, functionele status en mentale status. Bij een verhoogde score op het mentale domein, overlegt de POH met de huisarts of er een vervolgactie moet komen.</p>
<p>Wetenschappelijke evaluatie</p>	<p>Het project wordt geëvalueerd in het kader van de subsidie vanuit het ZonMw-programma Disease management chronische ziekten. Het IBMG kijkt in opdracht van ZonMw naar de efficiëntie en het effect van het disease management programma. Daarnaast wordt gekeken naar de kosteneffectiviteit van het programma. De Radboud Universiteit Nijmegen evalueert het zelfmanagementprogramma, waarbij ook gekeken wordt naar het aantal ziekenhuisopnames, het aantal exacerbaties en het medicijngebruik. Resultaten zijn nog niet bekend.</p>
<p>Eerdere wetenschappelijk evaluatie</p>	<p>Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek in Canada in een patiëntenpopulatie van ziekenhuizen heeft aangetoond dat het programma "Living well with COPD" leidde tot minder ziekenhuisopnames, minder bezoek aan de eerste hulp, en een verbetering van de kwaliteit van leven.</p> <p>De Radboud Universiteit Nijmegen heeft een gerandomiseerde gecontroleerde trial uitgevoerd naar de effecten van de Nederlandse versie van het programma in de huisartsenpraktijk op o.a. kwaliteit van leven. Publicaties zijn nog niet beschikbaar.</p>

Betrokken organisaties	Huisartsen Zorggroep regio Arnhem (projectleiding en –uitvoering); Radboud Universiteit Nijmegen (begeleiding en evaluatie zelfmanagementprogramma). Het project wordt uitgevoerd binnen het kader van het ZonMw-programma 'Disease-management chronische ziekten', waarbij PICASSO voor COPD zorgt begeleiding en iBMG een evaluatie uitvoert.
Financiering	ZonMw financiering (t/m 2012). Daarnaast ook financiering vanuit de zorgverzekeraar. Eerst vanuit zorginnovatiegelden; inmiddels 'normale' DBC-financiering, waardoor ook nieuwe huisartsen per kwartaal kunnen instromen.

Praktijk

	Samen Wijzer Worden
Doelgroep	Patiënten met een chronische longaandoening, zoals COPD, en hun partners/mantelzorgers.
Doel	Doelstellingen zijn zowel het hebben van sociaal contact als het leren van elkaar. Door ervaringen te delen en van elkaars kennis gebruik te maken kunnen patiënten leren beter met hun aandoening om te gaan en hun zelfmanagementvaardigheden te vergroten.
Type	Lotgenotencontact in de vorm van maandelijkse gespreksgroepen, waarbij patiënten ervaringen uitwisselen en elkaar tips geven.
Setting	Vershillende locaties kunnen geschikt zijn voor de gespreksgroepen, waaronder een ziekenhuis, een revalidatiecentrum, een sociaal centrum of een buurthuis. Op dit moment zijn er 10 locaties waar de gespreksgroepen plaatsvinden.
Toeleiding	Gebeurt op verschillende manieren. O.a. via zorgverleners, via het netwerk van de organisatoren van de gespreksgroep, of via de communicatiekanalen van het Astma Fonds (binnenkort Longfonds), zoals de website en het ledenblad.
Betrokken zorgverleners	Zorgverleners kunnen helpen met de werving van deelnemers. Daarnaast kunnen ze een bijdrage leveren als gastspreker. Meestal betreft dit een longverpleegkundige.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	Deze gespreksgroepen worden lokaal georganiseerd en begeleid door getrainde vrijwilligers, die meestal zelf longpatiënt zijn. De gespreksgroepen behandelen in principe elke maand een ander thema, dat wel altijd gericht is op het omgaan met de aandoening. Voorbeelden van mogelijke onderwerpen zijn de invloed van de ziekte op het dagelijkse leven, opkomen voor jezelf, (on)betaald werk en omgaan met emoties. Door het uitwisselen van ervaringen en het gebruik maken van elkaars kennis kunnen deelnemers leren beter met hun aandoening om te gaan. Variaties in thema's kunnen ontstaan naar gelang de groep of de achterliggende organisatie. Het uitwisselen van ervaringen met elkaar zorgt voor zelfinzicht in beslissingsmechanismen en het vermogen om alternatieve oplossingen te zoeken en toe te passen. Dit zorgt ervoor dat patiënten bewust zelf beslissingen kunnen nemen op alle gebieden van het dagelijks leven die met de ziekte samenhangen (versterken van zelfmanagement). Aanbevolen wordt dat een gespreksroep uit minimaal zeven en maximaal 25 deelnemers bestaat. Een gemiddelde bijeenkomst heeft meestal een duur van twee uur.
Wetenschappelijke evaluatie	Nee.
Eigenaar	Astma Fonds (binnenkort Longfonds).
Opmerkingen	De patiëntenvereniging draagt de kosten, deelname is gratis. Er is geen vergoeding van een zorgverzekeraar of andere vorm van subsidie.
Literatuur	Bunnik & Van Wijngaarden (2010). <i>Samen wijzer worden. Draaiboek voor gespreksgroepen lotgenotencontact en zelfmanagement</i> . Amersfoort: Astma Fonds.

	Longpunt
Doelgroep	Mensen met een chronische longziekte en hun partners/mantelzorgers.
Doel	Te leren van door deskundigen gepresenteerde informatie kennis en van het uitwisselen van elkaars ervaringen en kennis. Hierdoor kunnen patiënten leren om beter om te gaan met hun ziekte en hun zelfmanagementvaardigheden te verbeteren.
Type	Maandelijks bijeenkomst waar patiënten met een chronische longziekte, hun partners/mantelzorgers en zorgverleners elkaar ontmoeten. De bijeenkomst omvat een inleiding door een deskundige over een bepaald thema en een aansluitend groepsgesprek met lotgenoten en deskundigen over dat thema.
Setting	Vershillende locaties kunnen geschikt zijn voor Longpunt, zoals bv. een ziekenhuis, een verzorgingstehuis of een kerk. Per juli 2011 waren er 3 Longpunten actief. In september 2011 wordt gestart met 7 nieuwe Longpunten. Naar verwachting volgt in het laatste kwartaal 2011 de opening van ca. 5 Longpunten; en in 2012 de openingen van ca. 10 Longpunten.
Toeleiding	Gebeurt op verschillende manieren. O.a. via zorgverleners, persberichten en mond-tot-mond reclame.
Betrokken zorgverleners	Vershillende zorgverleners uit de 1 ^{ste} en 2 ^e lijn, zoals longartsen, longverpleegkundigen, fysiotherapeuten, diëtisten, psychologen en ergotherapeuten.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	Longpunt is een activiteit die vanuit de patiëntenvereniging georganiseerd wordt door vrijwilligers in samenwerking met zorgverleners. Eenmaal per maand is er een bijeenkomst. De bijeenkomst omvat een informatief gedeelte en een deel met discussie en uitwisseling van tips en ervaringen. Elke bijeenkomst staat er één onderwerp centraal. Dit onderwerp wordt ingeleid door de zorgverlener, een (ervarings)deskundige of een gastspreker. Aansluitend worden deelnemers uitgenodigd vragen te stellen of te reageren. Zo ontstaat er, onder begeleiding van een gespreksleider, een groepsgesprek met lotgenoten en deskundigen over dat thema. Dit gebeurt op een zeer laagdrempelige wijze, zodat iedereen zich vrij voelt hieraan deel te nemen. De gespreksleider is een zorgverlener en een vast werkgroep lid van het Longpunt. Thema's zijn gericht op het omgaan met de aandoening. Tijdens de eerste bijeenkomsten komen meer algemene onderwerpen (o.a. ziektebeeld, medicatie, voeding) aan de orde. Daarna wordt dieper ingegaan op bepaalde onderwerpen, zoals acceptatie, energiemangement, en kwaliteit van leven. Indien nodig, verwijst de aanwezige zorgverlener patiënten door naar hun of een andere zorgverlener.
Wetenschappelijke evaluatie	Om Longpunt te evalueren worden per bijeenkomst en halfjaarlijks effectmetingen uitgevoerd, m.n. wat betreft gedragsverandering. Ook het aantal deelnemers en hun tevredenheid wordt gemeten.
Eigenaar	Astma Fonds (binnenkort Longfonds)
Opmerkingen	Longpunt wordt gesubsidieerd door het VSBfonds en het Innovatiefonds Zorgverzekeraars voor de periode april 2010-2012; verder financiering vanuit eigen middelen. Deelname voor de deelnemers is gratis.

	Leren leven met COPD
Doelgroep	Patiënten met COPD.
Doel	Patiënten met COPD leren (beter) om te gaan met de gevolgen van COPD in het dagelijkse leven, zodat de kwaliteit van leven wordt verhoogd.
Type	Groeps cursus waarin patiënten, door middel van een combinatie van informatievoorziening en het delen van ervaringen, geleerd wordt om (beter) om te gaan met de gevolgen van COPD.
Setting	De cursus betreft een samenwerking tussen een GGZ-instelling (GGNet) en een thuiszorgorganisatie (Sensire). Sensire verzorgt de locatie waar de cursus gegeven wordt, doorgaans een vestiging van Sensire of een praktijk voor fysiotherapie.
Toeleiding	Doorgaans via de longverpleegkundige en fysiotherapeut. Soms melden patiënten zich zelf aan.
Betrokken zorgverleners	Professionals uit verschillende disciplines verzorgen een deel van de cursus, waaronder een longverpleegkundige, een diëtist, een fysiotherapeut en een preventiewerker.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	<p>De cursus bestaat uit negen bijeenkomsten en een terugkombijeenkomst onder leiding van professionals uit meerdere disciplines. De huidige leefsituatie van de deelnemers vormt het uitgangspunt. Door in een gestructureerde groepssetting patiënten met elkaar in contact te brengen kunnen patiënten ervaringen delen. Daarnaast is informatievoorziening een belangrijk ingrediënt van de cursus. Deze informatievoorziening wordt verzorgd door de verschillende professionals. Door de combinatie van ervaringen delen en informatievoorziening leren patiënten met de problemen van hun ziekte om te gaan en daar naar te handelen.</p> <p>De onderwerpen die onder andere aan bod komen zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - leven met een chronische ziekte - oorzaken en gevolgen van COPD - COPD en medicatie - beweging, ademhaling en ontspanning - voeding bij COPD - chronisch ziek zijn en uw stemming - energiebeheer en omgaan met spanning - denkpatronen doorbreken - assertiviteit en sociale vaardigheden <p>Enkele onderdelen van de cursus zijn gebaseerd op de cursus 'Leven met een chronische ziekte'. Persoonlijke aandacht voor deelnemers en hun gezondheid staan voorop. De cursus wordt daarom georganiseerd voor kleine groepen van maximaal 10 mensen.</p>
Wetenschappelijke evaluatie	Onbekend.
Eigenaar	GGNet en Sensire.

Implementatie en praktijk

	Nijmegen Clinical Screening Instrument (NCSI)-methode
Doelgroep	Patiënten met COPD, astma en andere chronische longaandoeningen. Er zijn ook licht aangepaste versies voor longoncologische patiënten en diverse groepen cardiale patiënten. ¹
Doel	Het op elektronische wijze gedetailleerd meten van de integrale gezondheidstoestand van een patiënt met een chronische longaandoening om zodoende essentiële informatie te krijgen voor het bepalen van de individuele behandeldoelen van een patiënt (zorg-op-maat) en daarbij hem of haar te motiveren de vastgestelde doelen ook daadwerkelijk te behalen. Als follow-up wordt de patiënt elektronisch gemonitord.
Type	De NCSI-methode omvat een meetinstrument voor het gedetailleerd meten van de integrale gezondheidstoestand (het NCSI) en een korte versie van het instrument voor monitoring (de NCSI-monitor). Daarbij biedt het een interventie om samen met de patiënt behandeldoelen te formuleren en de patiënt te motiveren tot gedragsverandering (zie hieronder).
Setting	In principe kan de NCSI-methode in elke setting (1 ^{ste} , 2 ^e en 3 ^e lijn) toegepast worden. Daarbij kunnen het NCSI en de NCSI-monitor op de locatie van een instelling/praktijk of thuis (via een internet-toepassing) ingevuld worden. De methode wordt momenteel door verschillende tweedelijns poliklinieken en longrevalidatiecentra (o.a. Universitair Centrum voor Chronische Ziekten, Dekkerswald) toegepast in de reguliere zorgpraktijk. Daarnaast wordt de methode momenteel geïmplementeerd in de huisartsenpraktijk (3 regio's: Tiel, Noord-Limburg, en Nijmegen).
Toeleiding	2 ^e en 3 ^e lijn: de methode wordt bij alle nieuw binnengekomen patiënten toegepast. 1 ^{ste} lijn: bij alle nieuw gediagnosticeerde patiënten.
Betrokken zorgverleners	Het NCSI en de NCSI-monitor worden gecomputeriseerd afgenomen. Resultaten van het NCSI worden door de hulpverlener de patiënt besproken aan de hand van een PatiëntenProfielKaart. In de 2 ^e en 3 ^e lijn is dit de longverpleegkundige, in de 1 ^{ste} lijn de praktijkondersteuner (POH).
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	<p><u>Het NCSI als meetinstrument</u></p> <p>Het NCSI als meetinstrument brengt in 15-20 minuten de integrale gezondheidstoestand gedetailleerd in beeld. De vier hoofddomeinen van de integrale gezondheidstoestand (fysiologisch functioneren, klachten, functionele beperkingen en kwaliteit van leven) worden gemeten aan de hand van 11 subdomeinen. Afname, scoring en verwerking geschiedt door middel van web-based software (RADQUEST). De resultaten worden grafisch zichtbaar gemaakt middels de PatiëntenProfielKaart, op een wijze die voor de hulpverlener en de patiënt zeer gemakkelijk te begrijpen is.</p> <p><u>Het NCSI als interventie</u></p> <p>De interventie bestaat uit het bespreken van de PatiëntenProfielKaart en maakt helder wat de onderliggende oorzaken van de zichtbare problemen in de integrale gezondheidstoestand zijn. Dit biedt essentiële informatie bij het vaststellen van de behandeldoelen en een zorg-op-maat plan van aanpak. Daarbij heeft het bespreken van de PatiëntenProfielKaart een sterk motiverend effect op de patiënt om de vastgestelde behandeldoelen ook daadwerkelijk uit te voeren en daardoor hun zelfmanagement te bevorderen.</p> <p><u>De NCSI-monitor</u></p> <p>Als follow-up worden patiënten gemonitord middels de korte 8-item NCSI-Monitor (invaltijd: gem. 1,5 minuten) en die geheel automatisch (via RADQUEST) de diagnose "pluis" versus "niet pluis" stelt (in 90% van de gevallen correct voorspeld). De frequentie van de monitoring wordt bepaald door de zorgverlener en is afhankelijk van de complexiteit van de patiënt. Alleen bij een "niet pluis" diagnose wordt het NCSI weer geautomatiseerd afgenomen om de kennelijke problemen in kaart te brengen, waarna de hulpverlener samen met de patiënt de PatiëntenProfielKaart bespreekt om zorg-op-maat te bieden.</p>

Wetenschappelijke evaluatie	<p>Het NCSI is geen nieuw instrument op zich; het omvat bestaande (valide en betrouwbare) instrumenten voor het meten van 11 subdomeinen van de integrale gezondheidstoestand. De keuze van de instrumenten is gebaseerd op de Nijmegen Integral Assessment Framework (NIAF). Het NIAF biedt een definitie van de integrale gezondheidstoestand, die meer gedetailleerd is en meer gebaseerd op empirische data dan definities in de literatuur. De NIAF ordent op empirische wijze bestaande instrumenten aan de hand van het subdomein die zij meten. Op basis van klinische en statistische criteria zijn voor elk subdomein instrumenten van de NIAF geselecteerd om te gebruiken voor het NCSI.</p> <p>Verder zijn op basis van onderzoek normgegevens voor het NCSI bepaald om milde en ernstige problemen te kunnen onderscheiden van normaal functioneren.</p> <p>Er is een gerandomiseerde gecontroleerde trial uitgevoerd naar de effecten van de NCSI-methode; resultaten zijn nog niet gepubliceerd.</p> <p>De implementatie van de methode in de huisartsenpraktijk in de regio Nijmegen (NMP-praktijken) wordt wetenschappelijk geëvalueerd.</p>
Eigenaar	<p>Het NCSI en de NCSI-Monitor: Dr. J.H.M.M. Vercoulen, afdeling Medische Psychologie, UMC St. Radboud.</p> <p>RADQUEST software: afdeling Medische Psychologie, UMC St. Radboud</p>
Financiering	Het NCSI en de NCSI-Monitor is gratis beschikbaar voor COPD en astma. RADQUEST is beschikbaar tegen een licentie vergoeding.
Opmerkingen	De NCSI-methode is ontwikkeld in een gespecialiseerd behandelcentrum voor chronisch zieken: Universitair Centrum voor Chronische Ziekten, UCCZ.
Literatuur	<p>Vercoulen e.a. (2008). An Integral assessment framework of health status in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). <i>International Journal of Behavioral Medicine</i>, 15, 263-279.</p> <p>Peters e.a. (2009). Development of instruments for detailed measurement of health status in patients with COPD in routine care: the Nijmegen Clinical Screening Instrument. <i>Quality of Life Research</i>, 18, 901-912.</p>

¹ Hoewel de NCSI-methode inmiddels ook gebruikt wordt bij hartpatiënten, is er voor gekozen om de methode op deze plek te bespreken. Dit omdat de methode oorspronkelijk ontwikkeld is voor en voornamelijk toegepast wordt bij patiënten met een chronische longaandoening.

Interventies op psychosociaal gebied bij verschillende chronische lichamelijke ziekten

Onderzoek

	Disease management van depressie en angst in huisartspatiënten met diabetes, astma en/of COPD (DiMaCoDeA)
Doelgroep	Huisartspatiënten van 18 jaar en ouder met diabetes type 2, astma en/of COPD en met depressieve symptomen of angstsymptomen. Patiënten kunnen deelnemen ongeacht de ernst en de fase van ziekte. <u>Exclusiecriteria:</u> al behandeling krijgen voor depressie of angst, ernstige psychiatrische problemen (bv. schizofrenie, bipolaire stoornis, suïcidaliteit), onvoldoende beheersing van het Nederlands, jonger dan 18 jaar.
Doel	Vaststellen of een 'disease management' benadering van depressie en angst bij huisartspatiënten met diabetes type 2, astma en/of COPD effectiever is dan standaard huisartsenzorg.
Type	Een 'disease management' benadering van depressie en angst, bestaande uit een 'stepped care' behandeling van depressie en angst en monitoring van symptomen.
Setting	Huisartsenpraktijken (regio Zuidoost-Brabant).
Toeleiding	Patiënten met diabetes, astma en/of COPD worden gescreend op depressieve klachten (PHQ-9) en angstklachten (GAD-7). De POH somatiek bepaald in overleg met de huisarts en op basis van de in- en exclusie criteria welke patiënten de screeningslijst voor depressie en angst ontvangen.
Betrokken zorgverleners	Huisarts, POH somatiek. Getrainde psychologen van het onderzoeksteam voeren de 'stepped care' behandeling uit. De huisarts voert het consult uit in stap 3 (zie hieronder), waarin de mogelijkheid van medicamenteuze behandeling wordt besproken.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	Patiënten in de interventiegroep ontvangen een 'stepped care' programma voor depressie en angst. Na elke stap worden de symptomen van een patiënt geëvalueerd. In geval van verslechtering van symptomen of wanneer de behandeling niet is aangeslagen, wordt de behandeling van de patiënt opgeschaald. Opschaling naar een volgende, intensievere behandeling kan al gebeuren wanneer een bepaalde behandeling nog niet afgesloten is. Patiënten bij wie behandeling aanslaat komen in de monitoring fase. De 'stepped care' behandeling bestaat uit drie stappen: <i>Stap 1:</i> vier sessies psycho-educatie. Een patiënt komt in de monitoring fase wanneer de symptomen verbeteren. Wanneer er geen verbetering heeft plaatsgevonden volgt stap 2; <i>Stap 2:</i> Cursus 'Omgaan met depressie/angst'. De cursus is met name gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. De cursus duurt ongeveer 10 weken en is op individuele basis. Een patiënt komt in de monitoring fase wanneer de symptomen verbeteren. Wanneer er geen verbetering heeft plaatsgevonden volgt stap 3; <i>Stap 3:</i> Verlenging van de cursus, eventueel aangevuld met medicamenteuze behandeling. <i>Monitoring fase:</i> elke drie maanden worden patiënten gemonitord aan de hand van korte vragenlijsten voor depressie en angst. Een patiënt krijgt weer behandeling wanneer symptomen verslechteren.
Onderzoeksdesign	Gerandomiseerde gecontroleerde trial; interventieperiode: 1 jaar; follow-up periode: 1 jaar. Meetmomenten: 0, 3, 6, 9, 12, 18, 24 maanden.
Uitkomstmaten	<i>Primaire uitkomstmaten:</i> - Depressieve symptomen - Angstsymptomen <i>Secundaire uitkomstmaten:</i> - Kwaliteit van leven - Ziektespecifieke emotionele klachten - Kosten zorggebruik - Zelfmanagement en leefstijlgedrag - Patiënttevredenheid

Resultaten	Het project loopt nog; nog geen resultaten beschikbaar.
Betrokken organisaties	Universiteit van Tilburg (projectleiding), Praktijkondersteuning Zuidoost-Brabant (PoZoB). Het project wordt uitgevoerd binnen het kader van het ZonMw-programma 'Disease management chronische ziekten'
Financiering	ZonMw financiering.
Opmerkingen	Wanneer de interventie effectief blijkt, bestaat de intentie om een implementatietraject aan het project te verbinden. In dat geval zal is het idee om de POH somatiek de screening te laten uitvoeren, en de POH-GGZ de interventie.
Literatuur	Pommer e.a. (2012). Managing co-morbid depression and anxiety in primary care patients with asthma and/or Chronic Obstructive Pulmonary Disease: study protocol for a randomized controlled trial. <i>Trials</i> , 13, 6. Stoop e.a. (2011). Disease management for co-morbid depression and anxiety in diabetes mellitus: design of a randomised controlled trial in primary care. <i>BMC Family Practice</i> , 12, 139.

Collaborative Care: Depressie Initiatief in de Medische Setting (CC:DIM)	
Doelgroep	Poliklinische patiënten (≥18 jaar) met diabetes (DM) (zowel type 1 als type 2), een cardiologische aandoening, COPD of een maag-darm-lever aandoening, en die daarnaast een depressieve stoornis hebben. <u>Exclusiecriteria:</u> Niet voldoen aan de criteria voor een depressieve stoornis; ernstige psychiatrische problemen (o.a. psychotische of bipolaire stoornis, delier, dementie, suïcidaliteit); alcohol- of drugsverslaving; zwangerschap; onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal; al onder psychiatrische behandeling.
Doel	Vaststellen of een 'collaborative care' model voor de behandeling van een depressieve stoornis bij patiënten met een chronische lichamelijke ziekte (kosten-)effectiever is dan standaard ziekenhuiszorg voor depressie.
Type	Collaborative care model, bestaande uit onder meer <i>problem solving treatment</i> (PST), 'contracting', stapsgewijze ('stepped care') behandeling van de depressieve stoornis en monitoring van depressieve symptomen.
Setting	Poliklinische ziekenhuissetting. Poliklinieken Interne Geneeskunde, Cardiologie, Longziekten en Maag-darm-lever ziekte van 5 ziekenhuizen: Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG), ZGT Ziekenhuisgroep Twente (Almelo en Hengelo), Ziekenhuis Gelderse Vallei, en het Academisch Ziekenhuis Maastricht (azM).
Toeleiding	Alle patiënten die één van bovengenoemde poliklinieken hadden bezocht in het jaar voorafgaand aan het onderzoek werden schriftelijk benaderd. Daarbij ontvingen zij o.a. een screener voor depressie (PHQ-9). Bij de patiënten met een verhoogde screening score werd via een gestandaardiseerd psychiatrisch interview (MINI) dat telefonisch werd afgenomen, bepaald of er sprake was van een depressieve stoornis.
Betrokken zorgverleners	Samen met de consultant psychiater vormt de consultatief psychiatrisch verpleegkundige (CPV) het behandelteam. De daartoe getrainde CPV vervult de rol van 'care manager' (zie hieronder).

<p>Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)</p>	<p>De 'collaborative care' model is oorspronkelijk ontwikkeld in de Verenigde Staten. Voor dit onderzoek is het aangepast aan de Nederlandse poliklinische ziekenhuissituatie. De behandeling omvat de volgende onderdelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psycho-educatie - Gezamenlijk opstellen behandelplan ('contracting') - Monitoren van de voortgang van de behandeling m.b.v. een 'tracking systeem' - Zelfhulpwerkboek - Problem Solving Treatment (PST) - Optioneel: antidepressiva volgens een protocol - Terugvalpreventie - Psychiatrische consultatie <p>De behandeling van de depressieve stoornis begint met een intake gesprek door de care manager (CPV), waarbij de superviserend psychiater de patiënt psycho-educatie geeft en vaststelt in welke mate de patiënt last heeft van depressieve klachten. Ook de optie medicatie wordt daar besproken. De behandeling wordt vastgelegd in de vorm van 'contracting': een behandelplan opgesteld met patiënt, care manager en psychiater samen. Vervolgens wordt gestart met PST en het gebruik van een zelfhulpwerkboek. PST omvat 6 wekelijkse sessies, waarbij gewerkt wordt aan het oplossen van dagelijkse problemen van de patiënt. Het belangrijkste doel is het aanleren van specifieke probleemoplossende vaardigheden aan de patiënt zodat deze die later zelf kan toepassen. Het werkboek is gebaseerd op enkele bestaande zelfhulpboeken en is gericht op activatie, (negatieve) denkpatronen, en een gezonde leefstijl. Terugvalpreventie komt in het laatste hoofdstuk aan de orde. In het werkboek kan de patiënt zelfstandig aan het werk gaan met oefeningen die soms gedurende een week worden uitgevoerd en soms gedurende een maand. Deze oefeningen worden in de wekelijkse sessies besproken met de care manager.</p> <p>Behandeling gebeurt stapsgewijs ('stepped care') volgens een protocol. Elke twee weken wordt de PHQ-9 afgenomen door de care manager en de voortgang besproken. Na 6 weken is er een evaluatiemoment. Wanneer de patiënt voldoende is opgeknapt wordt de behandeling beëindigd in een eindgesprek met de psychiater. Wanneer dat niet het geval is, wordt de behandeling geïntensiveerd door middel van toevoegen dan wel veranderen van behandeling met antidepressiva, of doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg. Wanneer iemand wel is opgeknapt, maar nog niet in remissie is kan er besloten worden om door te gaan met de behandeling. De behandeling wordt dan om de week gegeven en wordt nog met maximaal 6 sessies verlengd. Behandeling met antidepressiva is optioneel, en gebeurt volgens een protocol.</p> <p>Om de care managers te ondersteunen in het volgen van de juiste behandelstappen wordt er gebruik gemaakt van een op maat gemaakt online computer volgsysteem, het 'tracking systeem'. Hierin wordt wekelijks bijgehouden wat er gedaan wordt en het systeem geeft aanwijzingen welke vervolgstappen er genomen kunnen worden. De consulente psychiater kan ook inloggen in het systeem waardoor communicatie tussen de psychiater en de care manager vergemakkelijkt wordt.</p> <p>De care managers hebben ook de consultatiemogelijkheid van de psychiater. Consultatie is laagdrempelig doordat het tracking systeem aangeeft wanneer dit nodig is (o.a. wanneer behandeling onvoldoende aanslaat, bij verhoogd suïciderisico) en de care manager de consultvraag direct via het systeem aan de psychiater kan versturen.</p> <p>De CPV-en die de rol van care manager vervulden volgden vooraf een training van 2,5 dag, waarin de verschillende behandelonderdelen van het collaborative care model aan bod kwamen. De psychiaters werden getraind in het voorschrijven van medicatie volgens een daartoe opgesteld protocol, collaborative care in het algemeen, en in het gebruik van het online tracking systeem.</p>
<p>Onderzoeksdesign</p>	<p>Gerandomiseerde gecontroleerde trial. Meetmomenten: baseline en 4 follow-up metingen (na 3, 6, 9 en 12 maanden).</p>

Uitkomstmaten	<p><i>Primaire uitkomstmaat:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aantal patiënten met respons (een daling van $\geq 50\%$ in de PHQ-9 score) of remissie (PHQ-9 score: 0-4) <p><i>Secundaire uitkomstmaat:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vermindering van depressieve klachten (gemeten met PHQ-9) <p><i>Tertiaire uitkomstmaat:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ongewenste effecten - In de analyses wordt ook gekeken naar de invloed van de ernst van de lichamelijke klachten en de ernst van de depressieve klachten. Daarnaast zal ook de kosteneffectiviteit van het collaborative care model bepaald worden.
Resultaten	De follow-up van de deelnemers is eind 2010 afgerond. Er zijn nog geen resultaten beschikbaar.
Betrokken organisaties	Trimbos-instituut; VU Medisch Centrum; institute for Medical Technology Assessment (iMTA); OLVG, ZGT Ziekenhuisgroep Twente, Ziekenhuis Gelderse Vallei, en azM.
Financiering	Innovatiefonds Zorgverzekeraars en kleine bijdrage van de ziekenhuizen die meegewerkt hebben.
Opmerkingen	Voor de praktische toepassing van het collaborative care model verdient het aanbeveling om de medisch specialist rechtstreeks patiënten naar de psychiatrisch consultatieve dienst te laten verwijzen voor verdere diagnostiek en behandeling. De PHQ-9 kan daarbij als instrument worden gebruikt om de medisch specialist alert te maken op een mogelijke depressieve stoornis.
Literatuur	Van Steenbergen-Weijnenburg e.a. (2010). <i>Collaborative care voor comorbide depressie bij chronisch zieke patiënten in de ziekenhuis polikliniek</i> . Utrecht: Trimbos-instituut. Horn e.a. (2007). Cost-effectiveness of collaborative care for chronically ill patients with comorbid depressive disorder in the general hospital setting, a randomised controlled trial. <i>BMC Health Services Research</i> , 7, 28.

Praktijk

	Leven met een chronische ziekte
Doelgroep	<p>Volwassen patiënten met een chronische somatische aandoening die daarnaast lichte tot matige depressieve en/of angstklachten hebben, of bang zijn deze in de nabije toekomst te krijgen. Patiënten met een zogenaemde 'klassieke' chronische ziekte (bv. diabetes, COPD, hart- en vaatziekten), met een aangeboren chronische aandoening of met een ziekte waarbij geen 'erkende' lichamelijke oorzaak kan worden vastgesteld (bv. chronische vermoeidheid syndroom, fibromyalgie) kunnen deelnemen.</p> <p><u>Richtlijnen voor exclusie zijn o.a.:</u> ernstige depressie, bipolaire stoornis, dreigende suïcidaliteit of een crisissituatie, psychotische kenmerken of verslavingsproblemen, het op de voorgrond staan van een andere psychiatrische aandoening (bv. angststoornis, obsessief-compulsieve stoornis), ernstige gehoorstoornis of slechtziendheid, lees- en/of leerproblemen, het recent hebben verloren van een dierbare, het overbelast zijn door een intensieve behandeling in het kader van de somatische aandoening, het al goed kunnen omgaan met de gevolgen en symptomen van de chronische ziekte.</p>
Doe	Het doel is enerzijds de deelnemers vaardigheden aan te reiken om de eigen stemming beter onder controle te houden en anderzijds bij te dragen aan een vermindering van de depressieve klachten en een verbetering van de kwaliteit van leven.
Type	Een groepscurcus die met name gebaseerd is op cognitieve gedragstherapie.
Setting	<p>Veel GGZ-instellingen bieden de cursus aan: o.a. Arkin (Punt P), Lentis (Welnis/PsyQ), Dimence, GGNet, Eleos (OptiMent), GGZ Westelijk Noord-Brabant, GGZ inGeest (Prezens), en Indigo (landelijke samenwerking tussen een zestal GGZ-instellingen: Altrecht, Parnassia Bavo Groep, Emergis, GGZ Centraal/Meerkanten, GGZ Drenthe en ProPersona/De Gelderse Roos).</p> <p>De cursus wordt aangeboden op locaties van de GGZ-instellingen, of andere locaties zoals een buurt- of verzorgingshuis.</p>
Toeleiding	Aanmelden gebeurt op verschillende manieren: o.a. via de huisarts, de praktijkondersteuner GGZ, de website van de GGZ-instelling, of een revalidatiekliniek.
Betrokken zorgverleners	De groepscurcus wordt veelal begeleid door sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en preventiewerkers van GGZ-instellingen.

<p>Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)</p>	<p>De cursus 'Leven met een chronische ziekte' is grotendeels gebaseerd op de cursus 'Omgaan met depressie'. In de cursus wordt uitgegaan van de gedachte dat mensen die een chronische ziekte krijgen of hebben, kunnen leren omgaan met de symptomen en gevolgen van hun ziekte en daarmee de kwaliteit van leven kunnen verbeteren. Er wordt gebruikt gemaakt van technieken uit de cognitieve gedragstherapie, sociale vaardigheidstraining en van ontspanningstechnieken. Daarbij zijn de theorie, de voorbeelden en de concrete oefensituaties zoveel mogelijk afgestemd op mogelijke psychosociale reacties op het leven met een chronische ziekte. De cursus omvat een aantal elementen, waarvan verondersteld wordt dat zij essentieel zijn voor het succes van kortdurende cognitief-gedragstherapeutische interventies:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In de cursus wordt een uitgewerkte visie op het ontstaan van psychische klachten in relatie tot de chronische ziekte aangeboden, waardoor de deelnemer het vertrouwen krijgt dat hij controle kan hebben over zijn eigen gedrag en zijn psychische klachten. - Gedurende de cursus wordt de deelnemer getraind in vaardigheden die van belang zijn bij het omgaan met stressbronnen die kenmerkend zijn voor het leven met een chronische ziekte. - Het gebruik van deze vaardigheden door de deelnemer wordt geoefend. De deelnemer wordt gestimuleerd de vaardigheden ook buiten de cursussituatie toe te passen. <p>De cursus stimuleert het besef van de deelnemer dat door het gebruik van de aangeboden vaardigheden de klachten verminderen en de kwaliteit van leven verbetert.</p> <p>De cursus bestaat uit 10 wekelijkse bijeenkomsten van 2 uur, waarbij de volgende thema's behandeld worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leven met een chronische ziekte (stressbronnen); - Uw stemming (oorzaken van stemmingsveranderingen); - Ontspannen (vicieuze cirkels bij stress); - Uw mogelijkheden verkennen; - Uw mogelijkheden benutten (energiebeheer); - Denkpatronen (cognitieve technieken); - Denkpatronen doorbreken (Rationeel Emotieve Therapie); - Omgaan met onbegrip (assertiviteit); - Hulp vragen, hulp krijgen (omgaan met afhankelijkheid) - Uw winst behouden (vaardigheden blijven gebruiken) <p>Sommige GGZ-instellingen bieden nog een terugkombijeenkomst een paar maanden na afsluiting van de cursus.</p> <p>Het bijbehorende cursusboek biedt patiënten theoretische achtergrondinformatie en oefeningen rondom bovengenoemde thema's. Het maken van de oefeningen neemt per dag een half uur tot een uur in beslag.</p> <p>Het aantal patiënten dat kan deelnemen aan de cursus verschilt per instelling (met een variatie tussen de 6-12 deelnemers). De cursus wordt door één instelling ook als begeleidde zelfhulpinterventie aangeboden. De patiënt werkt dan zelf het cursusboek door. Hij/zij heeft wel wekelijks (een kwartier) of tweewekelijks (een half uur) telefonisch contact met de cursusbegeleider.</p>
<p>Wetenschappelijke evaluatie</p>	<p>Een kleine pilot studie (17 deelnemers, van wie 9 de interventie kregen) met een quasi-experimenteel design vond dat de cursus 'Leven met een chronische ziekte' leidde tot een vermindering van depressieve symptomen. Dit effect bleek te zijn behouden bij een meting 2 maanden na afloop van de cursus.</p> <p>Daarnaast vond een studie met voor- en nameting dat deelnemers aan de cursus 'Leven met een chronische ziekte' verbeterden wat betreft depressieve symptomen, lichamelijk functioneren en psychische gezondheid. Aangezien de resultaten niet vergeleken zijn met die van een controlegroep, kan niet worden geconcludeerd dat de verbeteringen aan de cursus zijn toe te schrijven.</p>
<p>Eigenaar</p>	<p>Trimbos-instituut.</p>

Opmerkingen	Sommige instellingen gaven aan dat er weinig animo voor de cursus bestaat. Een genoemde mogelijke oorzaak is dat voor patiënten met een chronische somatische aandoening de drempel om naar een GGZ-instelling te gaan te hoog kan liggen. Ook was er bij één instelling veel uitval tijdens de cursus. Samenwerkingsverbanden tussen GGZ-instellingen en bv. thuiszorgorganisaties en andere op somatiek georiënteerde instellingen lijken meer succes op te leveren wat betreft aanmeldingen. Verder werd opgemerkt dat patiënten vaak hulp zoeken via hun patiëntenvereniging. Dit zou een mogelijkheid kunnen zijn om meer bekendheid te geven aan de cursus.
Literatuur	Cuijpers & Van Osch (2009). <i>Leven met een chronische ziekte (cursistenmap)</i> . Utrecht: Trimbos-instituut. Voordouw e.a. (2005). <i>De cursus Leven met een chronische ziekte. Handreiking voor coördinatoren en begeleiders</i> . Utrecht: Trimbos-instituut. Cuijpers (1998). Prevention of depression in chronic general medical disorders: a pilot study. <i>Psychological Reports</i> , 82, 735-738.

BigMove GGZ-programma	
Doelgroep	Volwassen patiënten (≥18 jaar) met een psychische stoornis en/of persoonlijkheidsstoornis, in combinatie met een chronische lichamelijke aandoening en/of sociale problematiek.
Doel	Het verhogen van de functionele capaciteit van de deelnemers, zodat zij meer invloed krijgen op hun gezondheid, deze kunnen verbeteren en de klachten verminderen.
Type	Integrale aanpak van zowel psychische, somatische als sociale problemen. Cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering en groepsdynamiek zijn basisonderdelen van de aanpak.
Setting	Het BigMove GGZ-programma wordt uitgevoerd in ±10 steden in het westen en midden van Nederland. De groepsbijeenkomsten (zie hieronder) vinden plaats in de leefomgeving, zoals een gezondheidscentrum, buurthuis, paramedische praktijk of zwembad. Individuele sessies (zie hieronder) vinden plaats in gezondheidscentra, paramedische en psychologenpraktijken in de wijk.
Toeleiding	Een patiënt komt via een verwijzing van huisarts (via POH), arbo-arts of medisch specialist binnen bij het BigMove GGZ-programma.
Betrokken zorgverleners	<ul style="list-style-type: none"> - 'BigMove-psycholoog' (de hoofdbehandelaar): dit is een psychiater, klinisch psycholoog, GZ-psycholoog of psychotherapeut - 'BigMove-begeleider': een paramedicus, doorgaans een fysiotherapeut - Huisarts

Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	<p>De BigMove-begeleiders en psycholoog bieden intensieve coaching en behandeling gericht op gedragsverandering en gezondheidsverbetering, van individu en groep. De huisarts bewaakt de lichamelijke belastbaarheid en stemt de lopende medische zorg en medicatie af.</p> <p>Het programma van 26 weken bestaat uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intake door BigMove-psycholoog op psychisch functioneren aan de hand van DSM-IV criteria. - Intake door de BigMove-begeleider op gezondheid en functies. Dit gebeurt m.b.v. ICF, een classificatiesysteem van de WHO voor het functioneren van mensen inclusief factoren die op dat functioneren van invloed zijn. - Circa 18 groepssessies (14-16 deelnemers) onder leiding van twee BigMove-begeleiders (evt. ook door de psycholoog): <ul style="list-style-type: none"> • gericht op kennis, kunde en motivatie rondom gezondheid • plezier en groepsdoelen staan centraal - Circa 12 individuele sessies: <ul style="list-style-type: none"> • 6x cognitieve gedragstherapie door de BigMove-psycholoog • 6x coaching door de BigMove-begeleider in functies en activiteiten - Na 6 en na 12 groepssessies een consult bij de huisarts voor het medisch-somatisch beleid: <ul style="list-style-type: none"> • is het programma medisch verantwoord voor deze deelnemer? • zijn er, in relatie tot het bestaande medische beleid, aanpassingen nodig? - Concreet vervolg voor de deelnemer en de groep in activiteiten in de leefomgeving of richting werk. <p>De BigMove-psycholoog is als hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor het BigMove-programma. De psycholoog zorgt ervoor dat de huisarts geïnformeerd wordt. Ook heeft hij/zij maandelijks overleg met de BigMove-begeleider over de ontwikkelingen in het functioneren van alle deelnemers en het groepsproces.</p> <p>De BigMove-psychologen en –begeleiders worden getraind. Er vindt ook supervisie en nascholing plaats.</p>
Wetenschappelijke evaluatie	Nee.
Eigenaar	BigMove Institute (BMI). Het BMI is sinds 1 januari 2011 een zelfstandige, tweedelijns GGZ-instelling.
Opmerkingen	Een BigMove-coördinator coördineert de werkzaamheden van een locatie waar het BigMove GGZ-programma uitgevoerd wordt en is de schakel naar het BigMove Institute.
Informatie	Zie: www.bigmove.nu

Behandelprogramma Somatiek en Psyche (PsyQ)	
Doelgroep	Patiënten met chronische lichamelijke klachten of aandoeningen waarbij psychische klachten ook een grote rol spelen.
Doel	Het behandelen en begeleiden van patiënten met chronische lichamelijke klachten of aandoeningen in samenhang met psychische klachten.
Type	Een behandelprogramma dat een breed behandelaanbod biedt, bestaande uit verschillende behandelvormen, begeleiding, training, en lotgenotencontact (zie hieronder).
Setting	Geestelijke gezondheidszorg: PsyQ. PsyQ is een samenwerkingsverband van een vertaal GGZ-instellingen: Lentis, Mondriaan, Parnassio Bavo groep en RiaggZuid. PsyQ biedt 9 specialistische behandelprogramma's gericht op de meest voorkomende psychische problemen. PsyQ heeft circa 30 vestigingen. Er zijn lokale initiatieven waarbij samengewerkt wordt met ziekenhuizen.
Toeleiding	Via officiële verwijzers, zoals huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of psychiater.

Betrokken zorgverleners	Behandelaren binnen het zorgprogramma Somatiek & Psyche hebben zich gespecialiseerd in de behandeling van mensen met lichamelijke klachten of aandoeningen. Psychologen kunnen helpen met het verkrijgen en behouden van een gezonde leefstijl. Tevens kunnen ze helpen om klachten als bezorgdheid, angst en depressieve gevoelens te verminderen.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	<p>Het behandel aanbod van het programma Somatiek & Psyche bestaat uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Uitleg en voorlichting</i> (oftewel patiënt-educatie) is in de meeste gevallen een belangrijk onderdeel van de behandeling. Bij voorkeur wordt dan ook samengewerkt met andere disciplines (bv. fysiotherapeuten, verpleegkundigen, huisartsen en medisch-consulenten). - <i>Psychosociale begeleiding</i>: hierbij gaat het om verbeterd inzicht in iemands eigen mogelijkheden in het omgaan met de (lichamelijke) klachten. Het gaat hierbij dus om het beter leren leven met klachten en de gevolgen van de klachten. - <i>Psychotherapie</i> in de vorm van cognitieve gedragstherapie, systeemtherapie en interpersoonlijke therapie. - <i>Lichaamsgerichte behandeling</i> vormt vaak een belangrijk onderdeel in de omgang met lichamelijke klachten. Hiervoor kan op verschillende vestigingen gebruik worden gemaakt van fysiotherapie, haptotherapie en Pesso therapie. - <i>Ontspanningstraining</i>. - <i>Medicamenteuze behandeling</i>. - <i>Leefstijl training</i> is vaak een belangrijke ondersteuning van de behandeling. - <i>Lotgenoten contact</i>. - <i>Hulp voor familie en vrienden</i>. - <i>Groepsbehandeling</i>. Het aanbod van groepsbehandelingen is vooral gericht op (ex-)kankerpatiënten of hun partners. Ook zijn er o.a. groepsbehandelingen voor patiënten met het chronische vermoeidheidssyndroom, chronische pijnklachten en fibromyalgie. Tot slot wordt er ook een 'generieke' groepsbehandeling Aandacht & Bewustzijn aangeboden die bedoeld is voor patiënten met lichamelijke en/of psychische klachten. Tijdens deze behandeling wordt patiënten door aandachtsoefeningen en meditatie technieken geleerd om hun gedachten, emoties en lichamelijke sensaties op een andere manier waar te nemen. <p>Het behandel aanbod kan per PsyQ-vestiging verschillen; m.a.w. niet alle interventies worden op elke vestiging aangeboden. Lokaal zijn er initiatieven waarbij er samenwerkt wordt met een ziekenhuis.</p>
Wetenschappelijke evaluatie	Onbekend.
Eigenaar	PsyQ.
Opmerkingen en nadere info	<p>Binnen het behandelprogramma Somatiek en Psyche is er een specifiek behandel aanbod voor patiënten met diabetes.</p> <p>De hier gepresenteerde informatie komt van de website van PsyQ: www.psyq.nl</p>

	Hulpaanbod Psychische klachten na lichamelijke Ziekte (Indigo)
Doelgroep	Patiënten met een chronische of ernstige lichamelijke ziekte en die daarnaast psychische klachten hebben.
Doel	Het bieden van ondersteuning bij het leren omgaan met lichamelijke beperkingen, confrontatie met reactie van anderen, angst voor verergering van de ziekte of complicaties, de invloed van de ziekte op de andere gezinsleden en met de verwerking van alle behandelingen die een patiënt heeft ondergaan.
Type	Behandelaanbod bestaande uit verschillende soorten cursussen en trainingen (zie hieronder).
Setting	Geestelijke gezondheidszorg: Indigo. Indigo is een landelijk samenwerkingsverband van diverse GGZ-instellingen: Altrecht, Emergis, GGZ-Drenthe, GGZ Centraal/Meerkanten, Parnassia Bavo Groep en Pro Persona/De Gelderse Roos. Indigo biedt generalistische zorg, bestaande uit het GGZ-spreekuur, preventie en kortdurende behandelingen.
Toeleiding	Via officiële verwijzers, zoals huisarts, bedrijfsarts, vrijgevestigde psychiaters, psychologen, psychotherapeuten en andere instellingen.
Betrokken zorgverleners	Bij Indigo werken sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, GZ-psychologen, preventiewerkers met opleiding in gezondheidswetenschappen en psychiaters als achterwacht.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	Indigo biedt verschillende cursussen en trainingen voor psychische klachten bij patiënten met een chronische of ernstige lichamelijke ziekte. Het betreft hulpaanbod dat zich niet specifiek richt op chronisch lichamelijk ziekten, maar ook gevolgd kan worden door mensen zonder lichamelijke aandoening. De meeste cursussen en trainingen worden op één vestiging aangeboden, enkele op meerdere locaties. De volgende cursussen en trainingen worden aangeboden: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Depressieve gevoelens? Zelf aan de slag</i>: begeleide zelfhulp voor volwassenen met een sombere stemming en depressieve gevoelens. - <i>Liever bewegen dan moe</i>: met deze training wordt beoogd om door middel van lichaamsbeweging en voorlichting over diverse gezondheidsthema's uit de spiraal van negatieve klachten komen. - <i>Mindfulness</i>: deze groepstraining beoogt ondersteuning te bieden aan mensen die lichamelijke of psychische klachten hebben door stress, veel piekeren en zich vaak zorgen maken, last hebben van rusteloosheid of slaapproblemen, worstelen met somberheid, angstklachten of een negatief zelfbeeld, of chronische pijnklachten hebben. Bij een chronische ziekte of pijnklachten kan de training voor verlichting zorgen. - <i>Mindfulness - MBSR</i>: groepstraining waarin het ontwikkelen van de kwaliteit van aandacht centraal staat. De training is geschikt voor volwassenen met licht depressieve klachten of klachten die samenhangen met stress. - <i>Niet Piekeren</i>: cursus gericht op het leren omgaan met piekeren. - <i>Omgaan met pijn- en spanningsklachten</i>: groepsbijeenkomsten voor vrouwen van niet-Nederlandse afkomst die willen leren beter om te gaan met pijn, stress- en spanningsklachten. - <i>Runningtherapie</i>: groepscursus waarin met behulp van hardlopen actief geprobeerd wordt om lichte tot matige psychische klachten te verminderen eventueel in combinatie met andere vormen van therapie. - <i>Verlies en dan verder</i>: gespreksgroep voor weduwen van 55 jaar en ouder, die langer dan een jaar geleden hun partner hebben verloren.
Wetenschappelijke evaluatie	Onbekend.
Eigenaar	Indigo.
Nadere info	De hier gepresenteerde informatie komt van de website van Indigo: www.indigo.nl

	INTERMED-methode
Doelgroep	Complexe patiënten: patiënten met psychologische/psychiatrische reacties of complex verloopende somatische ziekten of patiënten met complexe interacties tussen somatische ziekten of klachten en psychiatrische stoornissen.
Doel	Om op praktische wijze complexe patiënten vroegtijdig te detecteren en in kaart te brengen, om hen vervolgens met behulp van besliskundige principes geïntegreerde multidisciplinaire zorg te kunnen bieden. De INTERMED-methode biedt daarnaast ook structuur voor interdisciplinaire samenwerking en communicatie.
Type	De INTERMED-methode omvat een instrument (INTERMED) om in de klinische praktijk patiënten te screenen op complexiteit en om complexiteit te analyseren. De analyse van de complexiteit biedt directe aanknopingspunten voor klinisch handelen (<i>decision support</i>), en structuur voor interdisciplinaire samenwerking en communicatie.
Setting	De IM-methode kan in de eerste, tweede en derde lijn bij de zorg aan volwassenen worden gebruikt. De methode wordt momenteel in de reguliere praktijk toegepast bij de afdeling Interne Geneeskunde van het UMCG, bij de afdeling Neurologie van het VUmc (een ICT-aangepaste versie), binnen het revalidatiecentrum Reade en bij de buitenpolikliniek van de afdeling revalidatie van het AMC en de Hogeschool van Amsterdam.
Toeleiding	n.v.t.
Betrokken zorgverleners	Een arts, verpleegkundige of psycholoog kunnen het interview (zie hieronder) met een patiënt afnemen om de klinische gegevens te verkrijgen voor de INTERMED.
Inhoud van interventie (uitgebreide beschrijving)	De INTERMED-methode gaat uit van het biopsychosociaal model en omvat een instrument (de INTERMED) waarmee de mate van zorgcomplexiteit van een patiënt in kaart wordt gebracht. De INTERMED inventariseert de zorgrisico's van een patiënt met betrekking tot vier domeinen: lichamelijke toestand, psychisch functioneren, sociale omstandigheden, en de uitvoering van de zorgverlening. De vier domeinen zijn onderverdeeld op een tijdsas: voorgeschiedenis, huidige toestand en prognose. Hierdoor ontstaat een matrix van 12 cellen waarin de verzamelde informatie wordt geordend en gescoord. Alle afzonderlijke variabelen worden gescoord aan de hand van 'klinische ankerpunten' op een 4-puntsschaal: geen risico, geen actie; licht risico, monitoring of preventieve maatregelen; matig risico, behandeling noodzakelijk; en ernstig risico, onmiddellijke of intensieve behandeling. De gescoorde risico's worden gevisualiseerd met de kleuren van een verkeerslicht. Het resultaat is een overzichtelijk en volledig risicoprofiel van de patiënt waarin tevens de mate van noodzaak tot vervolgacties aangegeven wordt. Aldus biedt de INTERMED-methode ondersteuning bij de klinische besluitvorming. Op basis van het risicoprofiel kan een integraal behandelplan opgesteld worden, waarbij zorgverleners uit verschillende disciplines betrokken kunnen worden. Omdat de INTERMED-methode er voor zorgt dat iedere betrokken zorgverlener beschikt over dezelfde uitgangspunten voor een behandelplan, wordt de communicatie en samenwerking tussen verschillende disciplines vergemakkelijkt. De benodigde gegevens voor het scoren van de variabelen, worden verzameld aan de hand van een interview. Dit interview is opgesteld als een gestandaardiseerde medische anamnese en kan door een arts, verpleegkundige of psycholoog in 15 tot 20 minuten worden uitgevoerd. De verzamelde informatie wordt in de computer gedocumenteerd en gescoord.

Wetenschappelijke evaluatie	<p>De INTERMED-methode is klinisch onderzocht. Uit een latent-class analyse blijkt dat bij patiënten 3 niveaus van complexiteit onderscheiden kunnen worden: geen multidisciplinaire zorg nodig, 'borderline complex', en complex. In diverse (poli)klinische patiëntenpopulaties (interne geneeskunde, neurologie, longziekten, diabetes, rugpijn, dialyse en multiple sclerose) is aangetoond dat de INTERMED een voorspeller is van slechte uitkomsten van zorg.</p> <p>De effecten van de INTERMED-methode zijn tot nog toe in een aantal studies onderzocht, met wisselende resultaten. In een RCT die werd uitgevoerd in een ziekenhuis in Zwitserland werd gekeken naar de effecten van het aanbieden van een <i>multifaceted</i> psychiatrische interventie aan patiënten met DM of reumatoïde artritis die met behulp van de INTERMED-methode als complexe patiënten aangemerkt waren (Stiefel et al., 2008). Meer dan de helft van de complexe patiënten bleek aan het begin van de studie een depressieve stoornis te hebben. Voor de meerderheid van de patiënten bestond de interventie uit een behandeling uitgevoerd door een psychiatrisch verpleegkundige en/of verwijzing naar de psychiater, gevolgd door een psychiatrisch advies aan de behandelend arts of een multidisciplinaire patiëntbespreking. Gevonden werd dat de interventie leidde tot een vermindering van de prevalentie van depressieve stoornis, een vermindering van depressieve symptomen en een verbetering van de kwaliteit van leven (zowel lichamenlijk als emotioneel) (Stiefel e.a., 2008).</p> <p>In een RCT uitgevoerd in Nederland werd gekeken naar het effect van casemanagement bij patiënten die net ontslagen waren uit het ziekenhuis (Latour e.a., 2006). Kort na ziekenhuisontslag werd de complexiteit van de patiënt door een getrainde gespecialiseerde verpleegkundige (de casemanager) in kaart gebracht met de INTERMED-methode. Op basis hiervan werd een individueel zorgplan voor thuis opgesteld, in samenspraak met een medische supervisor, de patiënt, de huisarts en eventuele andere betrokken zorgverleners. De zorg kon bestaan uit psychosociale ondersteuning, coördinatie en afstemming tussen zorgverleners, leefstijladviezen, aandacht voor therapietrouw, en bevorderen van zelfmanagement. De casemanager bezocht de patiënt regelmatig thuis - ten minste eens in de 2 maanden - gedurende het half jaar dat de interventie duurde. Uit de analyses bleek dat casemanagement geen effecten had op de verschillende onderzochte uitkomstmaten, waaronder het psychologisch functioneren en kwaliteit van leven, en het aantal heropnames.</p> <p>Tot slot, werden in een eerdere studie aanwijzingen gevonden dat het coördineren van zorg volgens de INTERMED-methode de opnameduur in het ziekenhuis van oudere complexe patiënten kan doen verminderen (De Jonge e.a., 2003).</p>
Eigenaar	INTERMED Foundation.
Literatuur	<p>Voor meer informatie over de INTERMED-methode (inclusief literatuurverwijzingen) zie: www.intermedfoundation.org</p> <p>Huysse e.a. (2010). Complexiteit: screening en analyse. In: Leentjens, Gans, Schols en Van Weel (redactie). <i>Handboek multidisciplinaire zorg</i>. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij BV.</p> <p>Stiefel e.a. (2008). Effects of a multifaceted psychiatric intervention targeted for the complex medically ill: a randomized controlled trial. <i>Psychotherapy and Psychosomatics</i>, 77, 247-256.</p> <p>Latour e.a. (2006). Effectiveness of post-discharge case management in general-medical outpatients: a randomized, controlled trial. <i>Psychosomatics</i>, 47, 421-429.</p> <p>De Jonge e.a. (2003). Implementing psychiatric interventions on a medical ward: effects on patients' quality of life and length of hospital stay. <i>Psychosomatic Medicine</i>, 65, 997-1002.</p>

Bijlage 3

Geïnterviewde en geraadpleegde personen

- Prof. dr. A.-J. Beekman, hoogleraar Psychiatrische Epidemiologie (VU medisch centrum; GGZ inGeest)
- Drs. I. van den Broek, adviseur (De Hart&Vaatgroep)
- Drs. M. Caers, coördinator GGZ/onderzoeker (PoZoB, Praktijkondersteuning Zuid-Oost Brabant)^a
- Dr. N.H. Chavannes, huisarts-onderzoeker (Leids Universitair Medisch Centrum)
- Prof. dr. J. Dekker, hoogleraar Paramedische Zorg (VU medisch centrum)
- Prof. dr. J. Th. M. van Eijk, emeritus hoogleraar Sociale Geneeskunde (CAPHRI, Universiteit Maastricht)
- Drs. T. Gootzen, senior beleidsadviseur Zorginnovatie (CZ)^b
- Dr. W.J.C. de Grauw, huisarts-onderzoeker (Universitair Medisch Centrum St. Radboud Nijmegen¹)
- Prof. dr. A. Honig, hoogleraar Ziekenhuispsychiatrie (Sint Lucas Andreas Ziekenhuis; VU medisch centrum)
- Dr. F.J. Huyse, voormalig consultatief psychiater, voorzitter INTERMED foundation
- Prof. dr. A.A. Kaptein, hoogleraar Medische Psychologie (Leids Universitair Medisch Centrum)
- Dr. J.C. Keers, gezondheidspsycholoog, hoofd onderzoekscentrum (Martini Ziekenhuis)
- Drs. I. Kersten, medisch psycholoog (Sint Lucas Andreas Ziekenhuis), Werkgroep Cardiopsychologie^c
- Drs. S. Kusters, beleidsmedewerker Zorginnovatie (CZ)^b
- Drs. L. Naber, woordvoerdster Belangenvereniging voor Longfibrose (Astma Fonds, binnenkort Longfonds)^d
- Dr. P.M.J.C. Kuijpers, cardioloog (Universitair Medisch Centrum Maastricht)
- Drs. V. Oostendorp, gezondheidszorgpsycholoog (Reade), Werkgroep Cardiopsychologie^c
- Prof. dr. S.S. Pedersen, hoogleraar Cardiale Psychologie (Universiteit van Tilburg)
- Drs. M.J.E. Raymakers, medisch psycholoog (St. Jansdal Ziekenhuis)
- Dr. A. de Rijk, universitair hoofddocent Vakgroep Sociale Geneeskunde (Universiteit Maastricht)
- Prof. dr. O. van Schayck, hoogleraar Huisartsgeneeskunde (CAPHRI, Universiteit Maastricht)
- Prof. R. Sanderman, hoogleraar Gezondheidspsychologie (Rijksuniversiteit Groningen)^e
- Prof. dr. F.G. Schellevis, hoogleraar Huisartsgeneeskunde (VU medisch centrum; NIVEL)

Prof. dr. F.J. Snoek, hoogleraar Medische Psychologie (VU medisch centrum)
Drs. C.H. Stoop, promovenda (Universiteit van Tilburg)^a
Drs. K.M. van Steenberg-Weijnenburg, promovenda (Trimbos-instituut)
Dr. D.M. Tulner, ziekenhuispsychiater, voorzitter NFZP (Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie)
Dr. J.C.C.M. in 't Veen, longarts (St. Franciscus Gasthuis Rotterdam)
Dr. J.H.M.M. Vercoulen, klinisch psycholoog/psychotherapeut. Sectieleider Medische Psychologie locatie Dekkerswald (Universitair Medisch Centrum St. Radboud¹)
Drs. L. Vredeling, projectleider Kwaliteit van Zorg (Astma Fonds, binnenkort Longfond)^d
Prof. dr. H.J.M. Vrijhoef, hoogleraar Chronische Zorg (Universiteit van Tilburg)
Prof. dr. C. van Weel, hoogleraar Huisartsgeneeskunde (Universitair Medisch Centrum St. Radboud¹)
Drs. W.S. Wierenga, klinisch psycholoog/psychotherapeut (Meander Medisch Centrum), voorzitter PAZ (Psychologen Algemene/academische Ziekenhuizen) en LVMP (Landelijke Vereniging van Medisch Psychologen)^e
Dr. R. Wittgen, huisarts (PoZoB, Praktijkondersteuning Zuid-Oost Brabant)^a

^{a, b, c, d, e} geeft aan met welke personen gezamenlijk gesproken is;

¹ binnenkort Radboud Universiteit Medisch Centrum



Psychosociale problemen (zoals depressie, angst, problemen met werkhervatting) komen vaak voor bij personen met een chronische lichamelijke ziekte en hebben belangrijke nadelige gevolgen, ook voor de samenleving als geheel. Desondanks vormt psychosociale zorg nog geen standaard onderdeel van de zorg voor chronisch lichamelijke ziekten.

Dit rapport geeft aanknopingspunten om het verlenen van psychosociale zorg aan chronisch lichamelijke ziekten te stimuleren. Daarbij is gefocust op drie aandoeningen met een hoge ziektelast: coronaire hartziekte, diabetes type 2 en COPD.

Allereerst is gekeken naar de *stand van zaken* op twee terreinen. Zorgstandaarden en richtlijnen zijn doorgenomen om na te gaan in hoeverre ze aandacht hebben voor psychosociale aspecten. Daarnaast is een scan uitgevoerd naar interventies op psychosociaal gebied die worden onderzocht, geïmplementeerd of aangeboden in de praktijk bij de drie aandoeningen. Op basis van de bevindingen worden aanbevelingen geformuleerd. Vervolgens is naar de *toekomst* gekeken, door het interviewen van deskundigen uit uiteenlopende disciplines. Hen is gevraagd hoe een betere integratie van psychosociale zorg in de bestaande zorg voor chronisch lichamelijke ziekten gerealiseerd kan worden.

Dit rapport is de tweede van twee themarapportages die het Trimbos-instituut dit jaar uitbrengt in het kader van de Trendrapportage GGZ. Publicaties in het kader van de Trendrapportage GGZ worden jaarlijks opgesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.