

GGZ Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 17-05-2021 om 14:44. Bekijk de meest actuele versie op
<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/comorbiditeit>

Autorisatiedatum 20-06-2018 Beoordelingsdatum 20-06-2018

Generieke module
Comorbiditeit

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	4
1.1 Introductie	4
2. Samenvatting	6
2.1 Samenvatting	6
2.1.1 Het onderwerp van de module	6
2.1.2 Patiëntenperspectief	6
2.1.3 Kernelementen van goede zorg	6
2.1.4 Organisatie van zorg	8
3. Inleiding	9
3.1 Algemeen	9
3.2 Doelstelling van deze standaard	10
3.3 Doelgroepen van deze standaard	11
3.4 Uitgangspunten	11
3.4.1 Begrippen en definities	12
3.4.2 Knelpunten in de zorg	13
3.4.3 Algemeen	14
3.5 Deze standaard staat in het Register	15
4. Patiëntenperspectief	16
4.1 Wensen en ervaringen van patiënten	16
4.2 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	16
5. Zorg voor patiënten met co- of multimorbiditeit	17
5.1 Inleiding	17
5.2 Vroege onderkenning en preventie	17
5.3 Diagnostiek	17
5.3.1 Inventarisatie problemen en informatieverzameling	18
5.3.2 Analyse en evaluatie van de problematiek	18
5.4 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie	20
5.4.1 Bepalen behandeldoelen	20
5.4.2 Zelfmanagement	22
5.4.3 Medicatiebeleid	22
5.5 Monitoring	24
5.6 Herstel, participatie en re-integratie	24
6. Organisatie van zorg	25
6.1 Inleiding	25
6.2 Betrokken zorgverleners	25
6.2.1 Casemanagement	25

6.3 Samenwerking	26
6.3.1 Coördinatie van zorg op transitie momenten	26
6.3.2 Zorgregistratie en communicatie	27
6.3.3 Individueel zorgplan	27
6.4 Competenties	28
6.5 Kwaliteitsbeleid	28
6.6 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	28
6.7 Financiering	29
7. Kwaliteitsindicatoren	30
7.1 Kwaliteitsindicatoren	30
8. Implementatieplan	31
8.1 Kwaliteitsstandaarden	31
8.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden	32
8.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen	33
8.4 Bestaande afspraken	33
8.5 Algemene implementatie thema's	33
8.5.1 Bewustwording en kennisdeling	34
8.5.2 Samenwerking	35
8.5.3 Capaciteit	36
8.5.4 Behandelaanbod	37
8.5.5 Financiering	37
8.5.6 ICT	38
8.6 Specifieke implementatie thema's	39
8.6.1 Bewustwording en kennisdeling	39
8.6.2 Samenwerking	39
8.6.3 Capaciteit	40
8.6.4 Behandelaanbod	40
8.6.5 Financiering	40
8.6.6 ICT	40
9. Achtergrond documenten	41
9.1 Samenstelling werkgroep	41
9.2 Literatuuronderzoek	43
9.2.1 Zoeken en selecteren	43
9.2.2 2a. Literatuursearch	46
9.2.3 2b. Trefwoorden voor literatuurselectie	50
9.3 Zorgmodellen	51
9.3.1 Collaborative care	52
9.3.2 Guided care	54

1. Introductie

Autorisatiedatum 03-04-2020 Beoordelingsdatum 13-07-2020

1.1 Introductie

Iedereen is het eens dat lichamelijke en psychische aandoeningen elkaar beïnvloeden. Comorbiditeit betekent dat je [één of meer \(chronische\) aandoeningen](#) hebt naast de hoofddiagnose waar de meeste aandacht naar uitgaat. Mensen met ernstige psychische aandoeningen hebben een aanzienlijk kortere levensduur dan mensen die dat niet hebben. Voor een deel komt dit door de lichamelijke aandoeningen die zij vaak hebben naast, of soms als gevolg van, de psychische aandoening(en) en de medicatie die zij daarvoor gebruiken. Comorbiditeit is dus een belangrijk onderwerp.

Comorbiditeit komen veel voor. Meer dan de helft van de mensen ouder dan 55 jaar met een chronische aandoening heeft één of meer andere aandoeningen. Van de mensen ouder dan 50 jaar met een depressie of angststoornis heeft 80% somatische comorbiditeit.

Voorkom een tunnelvisie op één aandoening

Deze module helpt professionals om [breder te kijken](#) dan alleen naar de aandoening waarvoor hij of zij behandelaar is. Aandoeningen kunnen anders over het hoofd worden gezien. Dat kan ernstige gevolgen hebben. Deze module leert behandelaars om mensen niet te “reduceren” tot die ene kwaal, maar om rekening te houden met comorbiditeit.



2. Samenvatting

Autorisatiedatum 20-06-2018 Beoordelingsdatum 13-07-2020

2.1 Samenvatting

Van deze generieke module kan je [hier de samenvattingskaart Comorbiditeit downloaden](#). Deze behandelt de volgende onderwerpen:

1. Het onderwerp van de module
2. Patiëntenperspectief
3. Kernelementen van goede zorg
4. Organisatie van zorg

2.1.1 Het onderwerp van de module

Comorbiditeit is het bestaan van één of meer (chronische) aandoeningen naast de zogenoemde indexziekte/hoofddiagnose waar de meeste aandacht naar uitgaat. Als iemand meerdere chronische aandoeningen heeft die even belangrijk zijn, spreekt men van multimorbiditeit. Co- en multimorbiditeit komen veel voor.

Meer dan de helft van de mensen ouder dan 55 jaar met een chronische aandoening heeft één of meer andere aandoeningen. Van de mensen ouder dan 50 jaar met een depressie of angststoornis heeft 80% somatische comorbiditeit.

2.1.2 Patiëntenperspectief

Voor volwassen patiënten met chronische somatisch-psychische of psychiatrische co- of multimorbiditeit die met verschillende zorgverleners te maken hebben kan het moeilijk zijn om hun dagelijkse zorg goed te regelen. Kritische punten zijn vaak de overgangen in de zorg, bijvoorbeeld van het ziekenhuis naar de eerste lijn. Andere knelpunten zijn bijvoorbeeld de kans op verminderde therapietrouw, juist ook vanwege de aandoeningen, en beperkte mogelijkheden voor zelfmanagement.

Aandachtspunten vanuit patiëntenperspectief

- Stel de kwaliteit van leven van de patiënt centraal en neem daarbij alle aandoeningen van de patiënt in ogenschouw.
- Betrek, in overleg met de patiënt, naastbetrokkenen bij de zorg.
- Stimuleer het nemen van verantwoordelijkheid en participatie van de patiënt.
- Informeer de patiënt zo goed mogelijk, zodat deze weloverwogen keuzes kan maken.

2.1.3 Kernelementen van goede zorg

- Voldoende beschikbare tijd om de aandoeningen en alle relevante problemen in samenhang te

bespreken.

- Een multidisciplinaire benadering waarbij meerdere disciplines aan dezelfde problematiek en behandeldoelen werken gedurende een langere periode.
- Alle zorgverleners die bij de zorg voor een patiënt met co-/multimorbiditeit betrokken zijn en de patiënt zelf (en/of diens naaste) dienen ten minste te beschikken over een actueel overzicht van relevante delen van:
 - de probleemlijst, resp. lijst van aandoeningen;
 - een medicatielijst, inclusief zelfzorgmedicatie;
 - de betrokken zorgverleners en hun rollen/verantwoordelijkheden en interventies;
 - de behandeldoelen en beleid bij calamiteiten;
 - de inzet/mogelijkheden van patiënten (en naasten).

Voor een goede samenwerking en coördinatie van zorg is de registratie en uitwisseling van gegevens van cruciaal belang. Voorwaarde is dat de patiënt hier expliciet toestemming voor geeft en weet wat de implicaties zijn. Indien de patiënt dit niet kan beoordelen (bijvoorbeeld vanwege de aard of consequenties van zijn aandoeningen), hoort een geautoriseerde vertegenwoordiger van de patiënt geraadpleegd

- De zorgverlener die inzage heeft in alle zorgprocessen rondom de patiënt, bijvoorbeeld de hoofbehandelaar / regiebehandelaar of casemanager, stelt het overzicht op samen met de patiënt (en/of naasten).

Vroege onderkenning en preventie

- Neem (nieuwe) klachten bij elke patiënt serieus, ook al zijn zij in eerste instantie moeilijk te duiden.
 - Besef dat niet iedere patiënt met (nieuwe) klachten zich hiermee zal presenteren.
- Naastbetrokkenen en eerder betrokken hulpverleners kunnen informatie verschaffen.

Diagnostiek

- Start de diagnostiek met het samen met de patiënt inventariseren van de problemen en de hulpvraag.
- Wees bij patiënten met een sociaaleconomisch zwakke achtergrond en migranten extra bedacht op mogelijke bijkomende psychosociale problematiek.
- Ga na of de patiënt adequaat is geïnformeerd over zijn aandoeningen, en/of er mogelijk sprake is van verminderd inzicht en/of zorgmijndend gedrag.
- Schat het niveau van zelfmanagement in (evt. met naasten) en mogelijkheden tot verbetering hiervan.
- Wees alert op problemen die samenhangen met het medicatiegebruik.

Behandeling en begeleiding

- Stel in samenspraak met de patiënt (en indien gewenst diens naasten) de behandeldoelen en het behandelplan vast en bespreek hierbij de verwachtingen van de patiënt en die van u als zorgverlener.
- Prioriteer de behandel- en zorgdoelen met de patiënt en eventueel naastbetrokkenen. Houd daarbij rekening met de wens van de patiënt, de prognose en levensverwachting van de patiënt en de haalbaarheid om de doelen. Draag samen met de patiënt (en/of naasten) zorg voor de

beschikbaarheid en het bijhouden van het medicatieoverzicht. Betrek de patiënt actief bij de besluitvorming over elke wijziging van de medicatie.

- Evalueer de medicatie van de patiënt ten minste jaarlijks.
- Houd bij het voorschrijven van medicatie rekening met therapietrouw bevorderende maatregelen.

Monitoring

- Ga bij elk contact na in hoeverre de doelen zijn gerealiseerd en wat er nodig is om deze verder te realiseren. De doelen kunnen variëren in de tijd.

Herstel, participatie en re-integratie

- Bevorder het herstel in brede zin, met aandacht voor de functionele en persoonlijke doelen.

2.1.4 Organisatie van zorg

- Leg de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners helder vast. Hierbij kunnen drie verantwoordelijkheden worden onderscheiden:
 - het aanspreekpunt voor vragen van de patiënt of diens vertegenwoordiger (casemanager);
 - de inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënt;
 - de coördinatie en regie over de zorgverlening en het zorgproces.

Het verdient aanbeveling deze verantwoordelijkheden bij één persoon te beleggen.

- Realiseer dat u niet de enige zorgverlener bent voor deze patiënten en dat u een verantwoordelijkheid heeft voor wat betreft de communicatie en afstemming met andere bij de patiënt betrokken zorgverleners en de patiënt zelf (en/of diens naaste).
- Een efficiënte manier van uitwisseling en delen van informatie is een gedeeld elektronisch patiëntendossier, eventueel met gebruikmaking van een individueel zorgplan. Hierbij moet een balans gevonden worden tussen volledigheid en privacy van de patiënt.
- Vermijd jargon en afkortingen zoveel mogelijk bij de registratie en verslaglegging zodat ook patiënten en naastbetrokkenen bij inzage in het dossier de informatie kunnen begrijpen.

3. Inleiding

Autorisatiedatum 20-06-2018 Beoordelingsdatum 13-07-2020

3.1 Algemeen

Comorbiditeit is het bestaan van één of meer (chronische) aandoeningen naast de zogenoemde indexziekte/hoofddiagnose waar de meeste aandacht naar uitgaat. Indien er geen indexziekte/hoofddiagnose wordt onderscheiden, en er wel sprake is van meerdere chronische aandoeningen, spreekt men van multimorbiditeit.

Co- en multimorbiditeit komen veel voor. Meer dan de helft van de mensen ouder dan 55 jaar met een chronische aandoening heeft één of meer andere aandoeningen.

Bron: Oostrom SH van, Picavet HS, van Gelder BM, Lemmens LC, Hoeymans N, Verheij RA, Schellevis FG, Baan CA. Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking – gegevens van huisartsenpraktijken. Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A3193.

Van de mensen ouder dan 50 jaar met een depressie of angststoornis heeft 80% somatische comorbiditeit. De behandeling van patiënten met zowel een psychische als een somatische aandoening is complex en vereist optimale communicatie en samenwerking tussen zorgverleners.

Bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg. Psychiatrie en somatiek erkennen noodzaak tot samenwerking bij psychiatrische patiënten met somatische comorbiditeit. Utrecht: IGZ, oktober 2013.

Kritische punten zijn vaak de overgangen in de zorg, bijvoorbeeld van het ziekenhuis naar de eerste lijn.

Bron: Coleman EA, Berenson RA. Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. Ann Intern Med 2004; 141: 533-6.

Andere knelpunten zijn bijvoorbeeld de kans op verminderde therapietrouw, juist ook vanwege de aandoeningen, en beperkte mogelijkheden voor zelfmanagement.

Multimorbiditeit gaat ook vaak samen met het gebruik van veel verschillende medicijnen

(polyfarmacie) waardoor de kans op complicaties is verhoogd

Bron: Van den Bemt PMLA, Egberts ACG, Leendertse A. Hospital Admissions Related to Medication (HARM). Een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames. Eindrapport. Utrecht: Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, 2006.

. De [richtlijn Polyfarmacie bij ouderen](#) beveelt aan om bij oudere, kwetsbare patiënten die chronisch 5 of meer geneesmiddelen gebruiken, jaarlijks een medicatiebeoordeling uit te voeren om het risico op complicaties te beperken.

Bron: Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), Orde van Medisch Specialisten (OMS). Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012. Utrecht: NHG, 2012.

Patiënten met co- of multimorbiditeit worden vaak uitgesloten bij wetenschappelijk onderzoek.

Bron: Boyd CM, Vollenweider D, Puhon MA. Informing evidence-based decision making for patients with comorbidity: availability of necessary information in clinical trials for chronic diseases. PLoS One. 2012;7:e41601.

Daardoor is er relatief weinig evidence voor de optimale aanpak bij co-/multimorbiditeit. Aanbevelingen in richtlijnen voor de afzonderlijke aandoeningen kunnen elkaar bovendien tegenspreken, bijvoorbeeld op gebied van medicatie en leefstijl. Bij het combineren van medicatie is extra aandacht nodig voor de interacties, (lange termijn-) bijwerkingen en risico op schadelijke effecten van medicatie (bijvoorbeeld vallen, delier) en therapietrouw.

Deze module gaat in op de generieke (dat wil zeggen niet ziektespecifieke) problemen bij de zorg voor patiënten met chronisch somatisch-psychische comorbiditeit. De aanbevelingen voor de praktijk zijn geformuleerd op basis van literatuuronderzoek, professionele expertise en patiëntervaringen.

3.2 Doelstelling van deze standaard

Deze generieke module geeft aanbevelingen voor de benadering van volwassen patiënten met chronische somatisch-psychische co- of multimorbiditeit (verder in deze module genoemd co-/multimorbiditeit) in de eerste lijn, de ambulante ggz en in verpleeghuizen. De module kan ook daarbuiten gebruikt worden, bijvoorbeeld voor patiënten die in een ggz-instelling of ziekenhuis opgenomen zijn. Naarmate de zorg rondom de patiënt complexer is en er meer zorgverleners betrokken zijn, des te relevanter zijn de aanbevelingen. Als voorbeeld kan worden genoemd de groep

kwetsbare ouderen met psychische aandoeningen en COPD.

De patiënt staat centraal, waarbij de aandacht vooral uitgaat naar het bereiken van patiëntgerelateerde doelstellingen boven de ziektegerelateerde uitkomsten. Er wordt ingegaan op de diagnostiek, de behandeling en begeleiding, en de organisatie van de zorg.

Het doel van deze generieke module is om aandacht te genereren voor professionals in de ggz voor het bestaan van co- en multimorbiditeit. Zorgstandaarden en richtlijnen richten zich meestal op één aandoening of conditie. Terwijl in de praktijk co- en multimorbiditeit veel voorkomt en niet altijd duidelijk is wat de optimale aanpak is, zowel voor de zorgprofessional als voor de patiënt. In de generieke module wordt ingegaan op het aandacht hebben voor de mogelijkheid van co- en multimorbiditeit in de verschillende fasen van de zorg en is daarom bedoeld voor alle professionals in de brede ggz.

Daarnaast geeft de module aanbevelingen voor zorgstandaard- en richtlijnontwikkelaars hoe in zorgstandaarden en richtlijnen aandacht besteed kan worden aan relevante co- of multimorbiditeit in het algemeen.

3.3 Doelgroepen van deze standaard

De doelgroep van deze module zijn volwassen patiënten met co-/multimorbiditeit die met verschillende zorgverleners te maken hebben en het moeilijk vinden om hun dagelijkse zorg goed te regelen. De primaire professionele doelgroepen voor deze module zijn: huisartsen, praktijkondersteuners, psychologen, psychiaters en specialisten ouderengeneeskunde. Ook artsen, apothekers, paramedici en hulpverleners die in het sociale domein werkzaam zijn (bijvoorbeeld algemeen maatschappelijk werkers, buurt- of wijkteams) kunnen met de aanbevelingen uit deze module hun voordeel doen.

De zorg aan patiënten met co-/multimorbiditeit in algemene ziekenhuizen wordt beschreven in de [generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#). De somatische zorg aan opgenomen patiënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA) wordt beschreven in de generieke module Ernstige psychische aandoeningen.

3.4 Uitgangspunten

Voor de ontwikkeling van deze module is een multidisciplinaire werkgroep samengesteld (zie achtergronddocument [Samenstelling werkgroep en consultatieronde](#)). De werkgroep definieert een aantal begrippen en benoemd knelpunten vanuit de praktijk waar deze module zich op richt.

Voor een aantal knelpunten heeft het projectteam literatuuronderzoek uitgevoerd, om met behulp van evidence aanbevelingen voor de praktijk te kunnen formuleren (zie achtergronddocument [Literatuuronderzoek](#)). Het projectteam heeft de conceptmodule opgesteld, die bediscussieerd is in de werkgroep. Naast aanbevelingen voor de diagnostiek, begeleiding en behandeling van patiënten met co-/multimorbiditeit en de organisatie van zorg voor patiënten met co-/multimorbiditeit in de eerste lijn, ambulante ggz en verpleeghuizen, zijn ook aanbevelingen geformuleerd voor ontwikkelaars van richtlijnen en zorgstandaarden met betrekking tot het thema co-/multimorbiditeit.

Omdat voor de oplossing van de meeste knelpunten nauwelijks of geen wetenschappelijke evidentie is, zijn de aanbevelingen in deze module grotendeels gebaseerd op ervaringen en expertise van de werkgroepleden, waaronder ook patiëntvertegenwoordigers, en op consensus binnen de werkgroep. Daarna is de concepttekst van de module door veel partijen becommentarieerd in een schriftelijke commentaarronde. Ook hebben praktijktesten met de module plaatsgevonden, om het gebruik van de module in de praktijk te kunnen beoordelen.

De commentaren uit de commentaarronde en de feedback uit de praktijktesten zijn verwerkt in de definitieve versie van de module.

3.4.1 Begrippen en definities

Chronische aandoening: een aandoening die minstens één jaar of langer duurt en doorlopend om medische aandacht vraagt en/of de dagelijkse activiteiten beperkt. Het kan hierbij gaan om een lichamelijke aandoening, zoals diabetes mellitus, COPD of diverse vormen van reuma, of een psychische of cognitieve aandoening, zoals een depressie, middelenmisbruik of dementie.

Bron: Tinetti ME, Basu J. Research on multiple chronic conditions: where are we and where we need to go. Med Care. 2014;52 Suppl 3:S3-6

De symptomen en problemen kunnen episodisch optreden, zoals bij een bipolaire stoornis, waarbij de medische aandacht varieert in de tijd maar niet geheel kan worden stopgezet. Symptomen en klachten bij (kwetsbare) ouderen die snel tot forse achteruitgang van het functioneren kunnen leiden, zoals geheugenproblemen, vallen en urine-incontinentie, worden in deze module ook als een chronische aandoening beschouwd.

Comorbiditeit: de aanwezigheid van een aandoening naast een primaire, centraal staande ziekte of aandoening.

Multimorbiditeit: de aanwezigheid van twee of meer chronische aandoeningen waarbij de ene aandoening niet méér centraal staat dan een andere.

Bron: Boyd CM, Fortin M. Future of Multimorbidity Research: How Should Understanding of Multimorbidity Inform Health System Design? Public Health Reviews. 2010; 32(2):451-74.

Chronische somatisch-psychische co-/multimorbiditeit: co-/multimorbiditeit waarbij er sprake is van een combinatie van een chronische somatische en een chronische psychische aandoening.

Complexe chronische somatisch-psychische co-/multimorbiditeit: het gelijktijdig voorkomen van een somatische en psychische aandoening waarbij er sprake is van een onderlinge negatieve beïnvloeding van de aandoening(en) of de ernst en/of aard van de somatische en/of psychische

aandoening gelijktijdig somatische specialistische behandeling en behandeling in de ggz vereist.

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Visiedocument afdeling Consultatieve en Ziekenhuispsychiatrie 2015-2019. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2015.

Ziektelast: totale impact van de verschillende aandoeningen op de (kwaliteit van leven van de) patiënt waarbij rekening wordt gehouden met de ernst van deze aandoeningen.

Bron: Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. Ann Fam Med. 2009;7:357-63.

Zelfmanagement:

Acties en vaardigheden gericht op:

- het zelf omgaan met de aandoening, symptomen en psychosociale gevolgen van de aandoening
- het zelf omgaan met factoren die de symptomen kunnen verergeren (risicofactoren)
- het zelf werken aan leefstijlveranderingen
- het zelf keuzes maken zowel in het alledaagse leven als in het zorg-, behandel- en ondersteuningsaanbod
- het zelf werken aan symptomatisch, functioneel, persoonlijk en maatschappelijk herstel
- het zelf zo veel mogelijk de verantwoordelijkheid dragen zowel in de behandeling als in het leven met een aandoening
- de regie voeren over het eigen leven; regie over het leven dat iemand wil hebben of krijgen
- Zelfmanagement kan men dan ook zien als het beslissen en handelen van een individu op basis van persoonlijke keuzes om de effecten en gevolgen van een aandoening op het leven van het individu te reguleren. Zelfmanagement omvat zelfzorg, zelfhulp en zelfregie. Waar wenselijk gebeurt dit in samenwerking met naasten met ondersteuning van professionals.

In deze module is gekozen voor het begrip patiënt. Hiervoor kan ook cliënt gelezen worden. Waar hij staat, kan ook zij gelezen worden.

3.4.2 Knelpunten in de zorg

De module besteedt aandacht aan de volgende knelpunten:

Diagnostiek

- Miskennis van somatische, respectievelijk psychische aandoeningen. Er is een verhoogd risico op het miskennen van een lichamelijke aandoening bij patiënten met een psychische aandoening en omgekeerd.
- Gebrek aan tijd en aandacht. Bij patiënten met co-/multimorbiditeit is het extra van belang alle medische en psychosociale problemen te inventariseren en mogelijke oplossingen met de patiënt te

bespreken. De huidige organisatie van de zorg voorziet hier wat aard en duur van consulten betreft onvoldoende in.

- Diversiteit. Co-/multimorbiditeit komen vaker voor bij sociaaleconomisch zwakke groepen en bij migranten, een belangrijk facet van sociale ongelijkheid. Deze groepen krijgen weinig bijzondere aandacht en de zorg weet hen niet altijd te bereiken.

Behandeling en begeleiding

- Bijwerkingen van medicatie. Patiënten met co-/multimorbiditeit gebruiken vaak veel medicatie. Er is weinig systematische en vroegtijdige aandacht voor de mogelijke ernstige (somatische) bijwerkingen van psychofarmaca en van de (psychische) bijwerkingen van medicatie voor somatische aandoeningen.
- Verminderd inzicht en zelfmanagement. Bij patiënten met co-/multimorbiditeit bestaat een groter risico dat zij inadequaat omgaan met de (behandeling van de) (somatische) ziekte, met kans op bijvoorbeeld problemen met therapietrouw en het mijden van zorg.
- Onvoldoende aandacht voor psychosociale aspecten. Somatisch specialisten zijn veelal (te) sterk gericht op de biomedische aspecten van de ziekte, en hebben minder oog voor de psychosociale gevolgen ervan voor de patiënt. In de behandeldoelen wordt dan ook met dit laatste niet genoeg rekening houden.
- Onvoldoende individualisering. Prognose en levensverwachting worden onvoldoende in ogenschouw genomen bij het opstellen van behandeldoelen. Prioriteiten van patiënten worden hierbij ook onvoldoende betrokken.
- Onvoldoende somatische expertise bij niet-somatische zorgverleners. De begeleiding van patiënten met co-/multimorbiditeit vindt vaak plaats door niet-medisch onderlegde zorgverleners die onvoldoende inzicht hebben in het beleid bij intercurrente ziektes en somatische comorbiditeit.

Organisatie van zorg

- Gebrek aan coördinatie van zorg. Er zijn veel verschillende zorgverleners in diverse zorgsettings betrokken bij de zorg voor mensen met co-/multimorbiditeit (en hun naasten). Onderling overleg en afstemming tussen zorgverleners is vaak verre van optimaal en een integrale multidisciplinaire aanpak ontbreekt regelmatig.
- Onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling. Het is soms onduidelijk wie de regiebehandelaar van patiënten met co-/multimorbiditeit is en wat de rol van de huisarts is.
- Onduidelijk aanspreekpunt. Voor de patiënt is het vaak niet duidelijk bij wie hij terecht kan als hij een (nieuwe) klacht heeft of zich ergens ongerust over maakt. Dit eerste aanspreekpunt kan een andere zorgverlener zijn dan de regiebehandelaar.
- Gebrek aan patiëntvertegenwoordiging. Er is geen vaste voorziening voor vertegenwoordiging van de patiënt in de diverse zorgsettings en bij transitie tussen zorgsettings.
- Privacygevoeligheid. De uitwisseling van gegevens over patiënten met co-/multimorbiditeit is precair vanwege privacygevoelige informatie en het gevaar van stigmatisering. Dit zou kunnen leiden tot onvolledige informatie.

3.4.3 Algemeen

Een generieke module beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt.

Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

3.5 Deze standaard staat in het Register

4. Patiëntenperspectief

Autorisatiedatum 20-06-2018 Beoordelingsdatum 13-07-2020

4.1 Wensen en ervaringen van patiënten

In de werkgroep die deze module heeft ontwikkeld waren Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid en de Patiëntenfederatie Nederland vertegenwoordigd. Deze werkgroepleden hebben uitdrukkelijk bijgedragen aan de inhoud van de module en daarbij de wensen en ervaringen van patiënten ingebracht.

4.2 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief

In deze module is uitgegaan van het cliënten- en familieperspectief zoals beschreven in de [Basisset kwaliteitscriteria GGZ](#) en de [Basisset Kwaliteitscriteria: het patiëntenperspectief op de zorg voor chronisch zieken](#). Hierin worden de wensen, eisen en verwachtingen beschreven die patiënten en naasten hebben ten aanzien van de zorg.

Voor deze module zijn de criteria geselecteerd, die, wanneer er sprake is van co-/multimorbiditeit, extra van belang zijn. Algemene criteria die voor alle fasen van de zorg gelden, staan hieronder vermeld:

- De zorgverlener stelt de kwaliteit van leven van de individuele patiënt centraal in de zorg en neemt daarbij alle aandoeningen van de patiënt in ogenschouw.
- De zorgverlener betreft, in overleg met (en met toestemming van) de patiënt, naastbetrokkenen bij de zorg.
- De zorgverlener stimuleert het nemen van de verantwoordelijkheid en participatie van de patiënt, indien dit mogelijk is, en naasten. De patiënt met co-/multimorbiditeit wordt geholpen de regie te behouden en het maken van keuzes door de patiënt wordt gefaciliteerd.
- De zorgverlener geeft de patiënt en naasten informatie op maat die nodig is om weloverwogen keuzes over de zorg te kunnen maken, waarbij de invloed van die keuzes op de individuele doelen van de patiënt zoveel mogelijk helder moet zijn, en waarbij de verschillende aandoeningen van de patiënt worden betrokken.

Meer specifieke criteria zijn in de inhoudelijke delen van de module opgenomen.

5. Zorg voor patiënten met co- of multimorbiditeit

Autorisatiedatum 20-06-2018 Beoordelingsdatum 13-07-2020

5.1 Inleiding

Bij een patiënt met co-/multimorbiditeit wordt de persoonlijke situatie in kaart gebracht. Daarbij zijn vooral de individuele behoeften en mogelijkheden van de patiënt met co-/multimorbiditeit en het stimuleren van zelfmanagement van belang. Op de inhoud van de zorg, die sterk afhankelijk is van de individuele problematiek, wordt hier niet ingegaan. Daarvoor wordt verwezen naar aandoeningsspecifieke zorgstandaarden en richtlijnen. Wel wordt aandacht besteed aan het medicatiebeleid in algemene zin vanwege de risico's van polyfarmacie.

Deze module heeft geen indeling in zorgprofielen omdat de patiëntengroep met co-/multimorbiditeit te heterogeen is. Bovendien lijkt een dergelijke indeling niet bij te dragen aan een effectievere behandeling of begeleiding. De zorg bij deze patiënten is per definitie complex waarbij altijd zorg op maat gewenst is.

5.2 Vroege onderkenning en preventie

Onderkenning somatische aandoeningen bij psychische patiënten en vice versa.

(Nieuwe) klachten dienen bij elke patiënt serieus genomen te worden, ook al zijn zij in eerste instantie moeilijk te duiden. Bij patiënten met co-/multimorbiditeit zijn de klachten vaak niet door één aandoening te verklaren. Een integrale visie helpt om inzicht te krijgen in wat de aandoeningen voor de patiënt betekenen. Aan patiënten met nieuwe (acute of minder acute) somatische klachten die onder behandeling zijn in de generalistische basis ggz wordt geadviseerd om contact op te nemen met hun huisarts voor nadere diagnostiek. Dit wordt ook geadviseerd aan patiënten met nieuwe psychische klachten die onder behandeling zijn van een somatisch medisch specialist.

Niet iedere patiënt met (nieuwe) klachten zal deze zelf melden. Ook naasten en hulpverleners die al betrokken zijn in de zorg, kunnen de nieuwe klachten signaleren.

Er zijn aanwijzingen dat somatische aandoeningen de symptomen van de psychische aandoening kunnen verergeren en vice versa.

5.3 Diagnostiek

Vanuit patiëntenperspectief zijn de volgende kwaliteitscriteria in het kader van de diagnostiek bij co-/multimorbiditeit van belang:

- de betrokken zorgverleners zijn op de hoogte van de verschillende aandoeningen van de patiënt
- de regiebehandelaar stelt met de patiënt de totale ziektelast vast

- de regiebehandelaar weegt de verschillende voor- en nadelen professioneel af en adviseert op die gronden de patiënt

5.3.1 Inventarisatie problemen en informatieverzameling

De patiënt en zorgverlener starten samen de diagnostiek met een inventarisatie van de problemen en de hulpvraag. De patiënt kan hierbij bijgestaan worden door een vertrouwenspersoon of patiëntondersteuner naar keuze, zoals de partner.

De problemen of hulpvraag kunnen direct samenhangen met de aandoeningen van de patiënt (bijvoorbeeld benauwdheid bij COPD of slaapklachten bij depressie), maar ook de beperkingen en zorgen betreffen waar de patiënt in het dagelijks leven mee wordt geconfronteerd (bijvoorbeeld niet meer zelf boodschappen kunnen doen of niet meer naar buiten durven). Daarbij wordt gelet op de onderlinge samenhang tussen klachten en symptomen en de invloed van de verschillende aandoeningen op elkaar en op het functioneren.

Randvoorwaarden

Het is van belang dat de zorgverlener de expertise heeft en voldoende tijd neemt om met de patiënt niet alleen de aandoeningen te bespreken maar ook alle relevante problemen die daarbij een rol spelen.

Diversiteit

Co-/multimorbiditeit komt vaker voor bij sociaaleconomisch zwakke groepen en bij oudere migranten. De laagdrempelige toegang tot de eerste lijn zou deze ongelijkheid moeten verminderen en mogelijkheden moeten bieden ook psychosociale problemen te bespreken. Toch kunnen taalproblemen, culturele verschillen en het taboe op psychische hulpverlening een barrière vormen voor het vragen én bieden van zorg op maat. De zorgverlener dient bij patiënten met een sociaaleconomisch zwakke achtergrond en migranten, extra bedacht te zijn op mogelijke bijkomende psychosociale problematiek. In de generieke module Diversiteit wordt een diversiteitsperspectief geschetst dat de effectiviteit van preventie en behandeling voor de populatie migranten en vluchtelingen kan verbeteren.

5.3.2 Analyse en evaluatie van de problematiek

Na de probleeminventarisatie en informatieverzameling volgt analyse van de vastgestelde problematiek.

Inzicht en zelfmanagement

Bij patiënten met somatische en psychische co-/multimorbiditeit worden hoge eisen gesteld aan het begrip van en inzicht in de verschillende aandoeningen. Patiënten hebben soms de neiging tot verminderde therapietrouw zodra het beter met ze gaat en zij minder of geen klachten ervaren. Zo vereist een chronische aandoening als diabetes mellitus dagelijkse alertheid met betrekking tot de voeding in relatie tot bewegen. Veel patiënten controleren hun bloedsuikergehalte zelf. Een depressie kan de motivatie voor een gezonde leefstijl en de regulatie van de diabetes echter verminderen. Omgekeerd kan een slecht ingestelde diabetes een nadelig effect hebben op

depressieve symptomen. De aard van de psychische aandoening of symptomen (angst of somberheid met bijvoorbeeld misselijkheid, moeheid, pijn) kunnen nadelig zijn voor de motivatie voor de behandeling of therapie. De betrokken zorgverleners dienen alert te zijn op het (risico op) therapieontrouw.

Er wordt nagegaan of de patiënt adequaat is geïnformeerd over zijn aandoeningen en of er mogelijk sprake is van verminderd inzicht en/of zorgmijndend gedrag. Ook wordt een inschatting gemaakt van het niveau van zelfmanagement, eventueel met inschakeling van naasten, en in hoeverre daarin verbetering mogelijk is. Eerdere ervaringen met behandelingen en begeleiding worden hierin meegenomen.

Medicatie

De zorgverlener dient alert te zijn op problemen die samenhangen met het medicatiegebruik. Naarmate er meer aandoeningen zijn (bijvoorbeeld patiënten met COPD, reuma en depressie), er meer medicatievoorschrijvende zorgverleners zijn betrokken bij de zorg en er meer medicatie wordt gebruikt, is de kans groter dat er bijwerkingen, interacties of andere ongewenste effecten optreden.

Bron: Calderon-Larrañaga A, Poblador-Plou B, Gonzales-Rubio F, Gimeno-Feliu LA, Abad-Diez JM, Prados-Torres A. Multimorbidity, polypharmacy, referrals, and adverse drug events: are we doing this well? Br J Gen Pract. 2012;62:821-6.

In ongeveer 30% van de gevallen zijn potentieel vermijdbare geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames te wijten aan ongewenste combinaties van geneesmiddelen.

Bron: Van den Bemt PMLA, Egberts ACG, Leendertse A. Hospital Admissions Related to Medication (HARM). Een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames. Eindrapport. Utrecht: Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, 2006.

Voorals meerdere zorgverleners met uiteenlopende disciplines (bijvoorbeeld huisartsen, medisch specialisten, ggz-zorgverleners, apothekers) betrokken zijn, is het van belang extra te letten op interacties en bijwerkingen. Bij patiënten die (langdurig) psychofarmaca gebruiken kunnen er bovendien schadelijke somatische effecten bijwerkingen optreden, zoals sufheid, lusteloosheid, gewichtstoename en andere metabole effecten, spierstijfheid (met ook risico op vallen), verminderde kwaliteit van leven en toename van cardiovasculair risico, als ook mogelijk onomkeerbare cognitieve schade.

Bron: Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), Orde van Medisch Specialisten (OMS). Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012. Utrecht: NHG, 2012.

Voor de analyse van de medicatie (inclusief inzicht in mogelijke interacties en schadelijke bijwerkingen) is het van belang dat iedere voorschrijver beschikt over een actueel en volledig medicatieoverzicht en toegang heeft tot relevante informatie uit het medisch dossier.

Bron: Voorschrijver is hiervoor afhankelijk van de patiënt: deze dient hiervoor toestemming te geven maar is hiertoe niet verplicht.

Daarnaast is goede samenwerking vereist met de apotheker die de medicatie aan de patiënt verstrekt, en met andere (voorschrijvende) zorgverleners. Voor de analyse van medicatie bij oudere patiënten met polyfarmacie (gelijktijdig chronisch gebruik van vijf of meer geneesmiddelen) wordt verwezen naar de [richtlijn Polyfarmacie bij ouderen](#).

Bron: Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), Orde van Medisch Specialisten (OMS). Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012. Utrecht: NHG, 2012.

5.4 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie

Bij de behandeling en begeleiding zijn vanuit patiëntenperspectief de volgende kwaliteitscriteria van belang bij co-/multimorbiditeit:

- De zorgverlener stelt samen met de patiënt (en indien gewenst diens naasten) de behandeldoelen en het behandelplan vast en bespreekt de verwachtingen hierbij. Hij werkt samen om de afgesproken behandeldoelen te bereiken, waarbij alle verschillende aandoeningen in ogenschouw worden genomen, inclusief de invloed van (behandeling van) de diverse aandoeningen op elkaar.
- De zorgverlener brengt de patiënt op de hoogte van de verschillende mogelijkheden van behandeling en/of begeleiding (inclusief de mogelijkheid om geen aanvullend onderzoek te doen, of niet te behandelen en/of begeleiden).
- De zorgverlener en de patiënt maken afspraken over de rol van de patiënt binnen de behandeling of begeleiding. Daarbij is ook oog voor het bevorderen van therapietrouw.

5.4.1 Bepalen behandeldoelen

De behandeling en begeleiding richt zich vooral op de kwaliteit van leven en op de aandoeningen van de patiënt. De doelen van de behandeling zijn sterk afhankelijk van de individuele mogelijkheden en beperkingen van de patiënt in diens leefomgeving en hoe deze door de patiënt worden ervaren en gewaardeerd.

Bij de inventarisatie van de behandeldoelen kan onderscheid worden gemaakt tussen persoonlijke doelen, functionele doelen en aandoening-gerelateerde doelen, die elkaar kunnen beïnvloeden.

Bron: Berntsen GK, Gammon D, Steinsbekk A, Salamonsen A, Foss N, Ruland C, Fønnebø V. How do we deal with multiple goals for care within an individual patient trajectory? A document content analysis of health service research papers on goals for care. *BMJ Open*. 2015;5:e009403.

Dit voorkomt een te sterke gerichtheid op de biomedische aspecten van de aandoeningen en leidt tot meer aandacht voor de (psychosociale) gevolgen van de behandeling voor de patiënt.

- De persoonlijke doelen worden individueel bepaald. Het kan bijvoorbeeld gaan om de wens tot minder afhankelijkheid en meer autonomie, participatie in het familieleven en de samenleving, of een betekenisvolle invulling van het leven (zie ook Handreiking Gezamenlijke Besluitvorming over doelen en zorgafspraken).
- De functionele doelen hebben betrekking op het in stand houden of verbeteren van het functioneren in het dagelijks leven (bijvoorbeeld het verminderen van beperkingen), waarbij rekening gehouden moet worden met bijvoorbeeld vermoeidheid, benauwdheid of urine-incontinentie.
- De aandoening gerelateerde doelen worden veelal beschreven in beschikbare klinische richtlijnen. Persoonlijke doelen van de patiënt kunnen het bereiken van deze doelen in de weg staan en kunnen ertoe leiden dat deze aandoening gerelateerde doelen worden aangepast, bijvoorbeeld een minder scherpe diabetesregulatie vanwege nare ervaringen met hypoglycemie.

Nadat de behandel- en zorgdoelen zijn geïnventariseerd worden deze gezamenlijk met de patiënt en eventueel naasten geprioriteerd. Bij de prioritering wordt rekening gehouden met de wens van de patiënt, de prognose en levensverwachting van de patiënt en de haalbaarheid om de doelen ook daadwerkelijk te kunnen realiseren.

Voorwaarden

Voor het vaststellen van de behandel- en zorgdoelen is het gesprek met de patiënt cruciaal. Van belang is door te vragen naar wat de patiënt belangrijk vindt en wat de onderliggende waarden zijn. De principes van gezamenlijke besluitvorming zijn hier van toepassing. Voor het gesprek dient voldoende tijd te worden ingeruimd. Soms is het raadzaam om de probleeminventarisatie en de inventarisatie van behandel- en zorgdoelen te spreiden over twee contacten. In de tussentijd kan de zorgverlener de problemen nader analyseren en kan de patiënt nadenken over zijn persoonlijke behoeften en wensen. Bij anderstaligen is het van groot belang, voor wederzijds begrip, dat er een tolkdienst beschikbaar is.

Omdat er bij de patiënt met co-/multimorbiditeit per definitie sprake is van meerdere aandoeningen

tegelijkertijd, kunnen verschillende aandoening-gerelateerde richtlijnen van toepassing zijn. Het is mogelijk dat deze richtlijnen tegenstrijdige adviezen bevatten. Daarom is het van belang bij deze patiënten niet te rigide uit te gaan van het bereiken van doelen uit aandoening gerelateerde richtlijnen en deze af te stemmen met de persoonlijke doelen met de patiënt.

5.4.2 Zelfmanagement

Bij patiënten met co-/multimorbiditeit worden hoge eisen gesteld aan het omgaan met hun aandoeningen en het (her)nemen van de regie over het leven. Zij hebben voor hun behandeling te maken met meerdere zorgverleners en kunnen overvoerd worden met adviezen die tegenstrijdig of moeilijk te realiseren zijn of die niet aansluiten bij de eigen motivatie. Bij zelfmanagement gaat het om de inspanningen die de patiënt zelf kan doen (bijvoorbeeld met betrekking tot leefstijl) voor een zo goed mogelijke kwaliteit van leven.

Patiënten met co-/multimorbiditeit zijn extra kwetsbaar. Zij willen wellicht goed voor zichzelf zorgen maar kunnen bijvoorbeeld het overzicht verliezen door alle eisen en adviezen die op hen afkomen. Een naastbetrokkene (mantelzorger of patiëntvertegenwoordiger) kan de patiënt helpen bij het behoud van overzicht en het versterken van de eigen regie over de zorg en het leven. Deze persoon kan de patiënt begeleiden bij bezoek aan zorgverleners. Bij de ondersteuning en het versterken van zelfmanagement wordt aandacht besteed aan het zelfvertrouwen en de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt in zijn leefomgeving. Een casemanager kan hierbij helpen.

In de generieke module Zelfmanagement worden drie aandachtsgebieden van zelfmanagement benoemd: leven met de ziekte, eigen aandeel in de zorg en het organiseren van zorg- en hulpbronnen. Ook wordt een model gepresenteerd dat zorgverleners en zorgteams helpt de zorg zodanig aan te passen dat zelfmanagementondersteuning integraal onderdeel is van de zorg voor chronisch zieken. De zorgmodule is generiek en kan ook worden gebruikt voor het versterken van zelfmanagement bij patiënten met co-/multimorbiditeit(zie ook de [generieke module Zelfmanagement](#)).

Bron: CBO Zorgmodule Zelfmanagement 1.0, Diemen: Zorginstituut Nederland, januari 2014.

Ter voorbereiding van elk contact met een zorgverlener kunnen de [drie goede vragen](#) houvast bieden.

5.4.3 Medicatiebeleid

Bij patiënten met co-/multimorbiditeit kan het medicatiebeleid complex zijn, omdat er vaak sprake is van polyfarmacie, er interactie kan zijn tussen geneesmiddelen en omdat problemen met therapietrouw een rol kunnen spelen. Als leidraad voor de adequate toepassing van geneesmiddelen bij patiënten met co-/multimorbiditeit kan de [richtlijn Polyfarmacie bij ouderen](#) worden gebruikt, ook bij personen jonger dan 65 jaar. Hierin zijn de zogenoemde STOPP-criteria en [START-criteria](#) opgenomen die over- en onderbehandeling helpen te voorkomen. Ook wordt ten minste een jaarlijks

evaluatiemoment aanbevelen.

Voorwaarde voor het kunnen stoppen met bestaande medicatie of het beginnen met nieuwe medicatie is dat er een actueel medicatieoverzicht beschikbaar is.

Voorwaarde voor het kunnen stoppen met bestaande medicatie of het beginnen met nieuwe medicatie is dat er een actueel medicatieoverzicht beschikbaar is.:

Voorschrijver is hiervoor afhankelijk van de patiënt: deze dient hiervoor toestemming te geven maar is hiertoe niet verplicht.

Alle betrokken zorgverleners dragen samen met de patiënt (en/of naasten) zorg voor de beschikbaarheid en het bijhouden van dit medicatieoverzicht. Bij elke wijziging van de medicatie wordt de patiënt actief betrokken bij de besluitvorming. Het doel van de medicatie behoort aan te sluiten bij de behandeldoelen van de patiënt en niet alleen betrekking te hebben op het optimaliseren van de ziektecontrole. Bij elke wijziging van de medicatie wordt na één tot zes weken (afhankelijk van het middel) het effect geëvalueerd.

Redenen om het gebruik van medicatie te heroverwegen zijn:

- een onduidelijke of niet meer geldende klinische indicatie
- overschrijding van de aanbevolen gebruiksduur
- dubbelmedicatie (verschillende medicijnen uit dezelfde geneesmiddelgroep)
- middelen met tegengestelde werking
- het niet opwegen van het effect van de medicatie tegen de ervaren bijwerkingen

Ook hierbij wordt de patiënt actief bij de besluitvorming betrokken, waarbij de voor- en nadelen op de korte en langere termijn tegen elkaar worden afgewogen. Zo kan het staken van psychofarmaca die gepaard gaan met tolerantieontwikkeling, leiden tot hinderlijke en risicovolle onttrekkingsverschijnselen maar op de langere termijn meer energie, minder afhankelijkheid en meer zelfstandigheid opleveren. Afbouwen van dergelijke medicatie dient zeer geleidelijk te geschieden onder nauwlettende en deskundige begeleiding.

Als de patiënt onder behandeling en begeleiding is van niet-medisch onderlegde zorgverleners, overleggen die regelmatig met de voorschrijvende arts(en).

Als de patiënt onder behandeling en begeleiding is van niet-medisch onderlegde zorgverleners, overleggen die regelmatig met de voorschrijvende arts(en).: Strikt genomen zijn ook enkele andere beroepsgroepen bevoegd om voor te schrijven.

De voorschrijvers moeten op de hoogte zijn van de gevolgen van langdurig psychofarmacagebruik (zie ook generieke module Ernstige psychische aandoeningen). Zij evalueren minimaal jaarlijks de effecten van de medicatie met de patiënt, inclusief de afwegingen om de medicatie af te bouwen of te

stoppen.

Bij het voorschrijven van medicatie verdient het aanbeveling rekening te houden met therapietrouw bevorderende maatregelen, zoals het synchroniseren van inname momenten voor verschillende soorten medicatie, het beperken van het aantal inname momenten op een dag, het faciliteren van het gebruik van medicatie door hulpmiddelen (zoals medicijnen verpakt per dagelijks inname moment), het gebruik van geheugensteuntjes (zoals SMS-alerts) en het aanwenden van motiverende gesprekstechnieken.

Bij elke medicatiewijziging worden het effect en mogelijke bijwerkingen geëvalueerd, waarbij veranderde farmacokinetiek en -dynamiek, medicatiekenmerken en mogelijke problemen gerelateerd aan polyfarmacie en multimorbiditeit op het niveau van de individuele patiënt worden beoordeeld.

5.5 Monitoring

Bij elk contact wordt nagegaan in hoeverre de doelen zijn gerealiseerd en wat er nodig is om deze verder te realiseren. De doelen kunnen variëren in de tijd en er kunnen nieuwe doelen bijkomen, afhankelijk van het beloop van de aandoeningen en verandering van wensen en levensomstandigheden (bijvoorbeeld bij wijzigingen in mantelzorg). Indien gebruik wordt gemaakt van een individueel zorgplan, dan wordt dit regelmatig geactualiseerd en bijgesteld.

5.6 Herstel, participatie en re-integratie

Indien er zich acute situaties hebben voorgedaan waardoor de toestand van de patiënt is verslechterd en die bijvoorbeeld tot een ziekenhuisopname hebben geleid, staat het 'beter worden' in de vorm van herstel, participatie en re-integratie op de voorgrond. Tijdens en na een ziekenhuisopname is het doel van de behandeling en de zorg het herpakken van het leven zoals voor de opname, voor zover haalbaar. Zowel de behandelend artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis als de zorgverleners in de thuissituatie zijn verantwoordelijk voor het bevorderen van het herstel in brede zin, met aandacht voor de functionele en persoonlijke doelen. De doelen kunnen worden bijgesteld als de toestand van de patiënt hiertoe aanleiding geeft.

6. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 20-06-2018 Beoordelingsdatum 13-07-2020

6.1 Inleiding

Patiënten met co-/multimorbiditeit hebben te maken met diverse zorgverleners in verschillende zorgsettings. Er zijn diverse modellen voor de organisatie van zorg voor patiënten met chronische aandoeningen; zie voor een beschrijving achtergronddocument [Zorgmodellen](#).

Voor de organisatie van zorg zijn de volgende kwaliteitscriteria vanuit het perspectief van patiënten van toepassing:

- De betrokken zorgverleners stemmen de behandeling, begeleiding en verantwoordelijkheidsverdeling tijdig met elkaar af.
- De patiënt weet wie zijn regiebehandelaar is, wie zijn aanspreekpunt is en waar hij in acute situaties terecht kan.

6.2 Betrokken zorgverleners

De zorg aan patiënten met co-/multimorbiditeit vereist een multidisciplinaire benadering. Daarbij werken meerdere disciplines aan dezelfde problematiek en behandeldoelen gedurende een langere periode. De taken en verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners dienen helder te zijn. Hierbij kunnen drie verantwoordelijkheden worden onderscheiden:

- het beantwoorden van vragen van de patiënt of diens vertegenwoordiger (casemanager)
- de inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënt
- de coördinatie en regie over de zorgverlening en het zorgproces

Het verdient aanbeveling deze verantwoordelijkheden bij één persoon te beleggen, maar juist bij patiënten met co-/multimorbiditeit is dit in de praktijk vaak moeilijk te realiseren.

In alle zorgsettings kan een gespecialiseerde verpleegkundige (of verpleegkundig specialist, eerst verantwoordelijke verzorgende of praktijkondersteuner) het aanspreekpunt voor vragen zijn. De inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de behandeling en begeleiding berust bij patiënten met medicamenteuze behandeling (waarvan bij patiënten met co-/multimorbiditeit doorgaans sprake is) bij een arts. De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor het zorgproces en hoeft in de ggz niet altijd een arts te zijn.

6.2.1 Casemanagement

Een casemanager is een aanspreekpersoon voor de patiënt en diens naasten, die de totale problematiek en zorg rondom de patiënt helpt te overzien. De casemanager ondersteunt de patiënt bij zelfmanagement en neemt alleen taken over als de patiënt en de naasten hiertoe niet in staat zijn.

Voorbeelden:

- Binnen de huisartsenvoorziening kan een praktijkondersteuner als casemanager optreden en het zelfmanagement van patiënten met co-/multimorbiditeit ondersteunen met kennis van de persoonlijke ziekte-/levensgeschiedenis en leefomgeving van de patiënt.
- Bij patiënten met chronische psychische aandoeningen die intensieve begeleiding nodig hebben, kan een gespecialiseerde verpleegkundige (of dementieconsulent, in geval van patiënten met dementie) de rol als casemanager vervullen.
- Voor patiënten die intensieve thuiszorg nodig hebben omwille van somatische redenen, kan een wijkverpleegkundige of praktijkverpleegkundige als casemanager optreden.
- Bij patiënten met co-/multimorbiditeit die langdurig in het verpleeghuis verblijven, is doorgaans geen of beperkt zelfmanagement mogelijk en heeft de eerstverantwoordelijk verzorgende (EVV-er) de rol van casemanager.

6.3 Samenwerking

Het is belangrijk dat zorgverleners zich bij patiënten met co-/multimorbiditeit realiseren dat zij niet de enige zorgverlener zijn voor deze patiënten en dat zij een verantwoordelijkheid hebben voor de communicatie en afstemming met andere bij de patiënt betrokken zorgverleners en de patiënt zelf (en/of diens naaste). Dat geldt ook voor communicatie met hulpverleners in het sociale domein.

Voorwaarden

Alle zorgverleners die bij de zorg voor een patiënt met co-/multimorbiditeit betrokken zijn en de patiënt zelf (en/of diens naaste) dienen ten minste te beschikken over een actueel overzicht van relevante delen van:

- de probleemlijst, respectievelijk lijst van aandoeningen
- een medicatielijst, inclusief zelfzorgmedicatie
- de betrokken zorgverleners en hun rollen/verantwoordelijkheden en interventies
- de behandeldoelen en het beleid bij calamiteiten
- de inzet/mogelijkheden van patiënten (en naasten)

De zorgverlener die inzage heeft in alle zorgprocessen rondom de patiënt, bijvoorbeeld de regiebehandelaar of casemanager, stelt samen met de patiënt (en/of naasten) het overzicht op. Dit overzicht dient geactualiseerd te worden bij iedere verandering die zich voordoet, zoals bij nieuwe klachten, bij transities (bijvoorbeeld verwijzingen) en bij nieuwe zorgverleners.

Een efficiënte manier om dit te realiseren is een gedeeld elektronisch patiëntendossier, eventueel met gebruikmaking van een individueel zorgplan. Bij het delen van informatie moet een balans gevonden worden tussen volledigheid en privacy. Voor de realisatie van een volledig gedeeld elektronisch patiëntendossier bestaan nog praktische en juridische knelpunten.

6.3.1 Coördinatie van zorg op transitiemomenten

De eisen met betrekking tot de coördinatie van zorg worden extra op de proef gesteld als de patiënt wordt opgenomen in een ziekenhuis of andere setting, vooral als de patiënt erg ziek is en minder

goed in staat is te communiceren. De regiebehandelaar houdt de verantwoordelijkheid en een casemanager is het aanspreekpunt voor de patiënt en dienst naasten. Een naaste kan in de transitiefasen (bijvoorbeeld bij opname, ontslag en andere overdrachtssituaties) zinvolle ondersteuning geven. Hij of zij kan aanvullende informatie geven over de verschillende aandoeningen en de situatie van de patiënt, en helpen om de informatie en adviezen van de zorgverleners goed over te brengen naar de patiënt.

6.3.2 Zorgregistratie en communicatie

Voor een goede samenwerking en coördinatie van zorg is de registratie en uitwisseling van gegevens van cruciaal belang. De meest relevante gegevens in het medisch dossier, waaronder het individueel zorgplan, moeten toegankelijk zijn voor alle betrokken zorgverleners. Voorwaarde is dat de patiënt hier expliciet toestemming voor geeft en weet wat de implicaties zijn. Indien de patiënt dit niet kan beoordelen (bijvoorbeeld vanwege de aard of consequenties van zijn aandoeningen), hoort een geautoriseerde vertegenwoordiger van de patiënt geraadpleegd te worden.

Gegevens over patiënten met psychische comorbiditeit kunnen precair zijn vanwege privacygevoelige informatie en gevaar van stigmatisering. Bijvoorbeeld informatie over een verslavingsverleden of uitspraken over persoonlijkheidskenmerken. Patiënten hebben het recht het dossier in te zien voordat ze toestemming geven voor inzage door andere zorgverleners.

Om de patiënten en naasten goed te kunnen betrekken bij de zorg is het van belang dat zowel de mondelinge als de schriftelijke communicatie voor hen te begrijpen is. Het vermijden van jargon en afkortingen in communicatie tussen zorgverleners onderling maakt deze informatie ook toegankelijk voor niet-medisch onderlegde zorgverleners. Dit kan de vertaling van de informatie naar de patiënt vereenvoudigen.

Naast alle ziektegerelateerde informatie zou in de communicatie met en over de patiënt expliciet ingegaan moeten worden op de vraag in hoeverre aan de vooraf opgestelde behandeldoelen, zoals vastgesteld in het individueel zorgplan, is voldaan en welk beleid hiervoor is afgesproken. Deze informatie is leidend bij elk volgend contact met de patiënt. Op deze wijze wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd, ook al zijn er verschillende zorgverleners betrokken. De zorgverleners en patiënt zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het actueel houden van het dossier en het individueel zorgplan.

Een classificatiecode of ruiter in het dossier die aangeeft dat het om een patiënt met co-/multimorbiditeit gaat, is een praktische manier om de zorgverlener hierop alert te houden, zodat afgestemd kan worden met andere zorgverleners.

6.3.3 Individueel zorgplan

Een individueel zorgplan (IZP) is een dynamische set van afspraken van de patiënt en de zorgverlener(s) over zorg, zelfmanagement en onderlinge communicatie, gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van de patiënt, die in gezamenlijke besluitvorming tot stand zijn gekomen.

Bron: NHG, NPCF, Vilans. Plan van eisen generiek Individueel ZorgPlan. Utrecht: Vilans, januari 2014.

Een dergelijk plan lijkt vooral nuttig als er sprake is van complexe problematiek waarbij meerdere zorgverleners betrokken zijn, voor patiënten (dan wel naasten) die gemotiveerd en in staat zijn zelfmanagement toe te passen. Wanneer er wordt gekozen om te werken met een individueel zorgplan, dan is van belang dat er één zorgplan is waarin de aanpak en behandeldoelen van alle aandoeningen worden opgenomen. Het individueel zorgplan wordt in principe opgemaakt door de casemanager in samenspraak met de patiënt en is ook voor de andere betrokken zorgverleners van toepassing en toegankelijk.

Voorwaarden

Het individueel zorgplan maakt deel uit van het (elektronisch) medisch dossier en, indien beschikbaar, van het persoonlijk gezondheidsdossier. Voor een effectief en efficiënt gebruik van het zorgplan is adequate en actuele registratie vereist. De administratieve lasten hiervan moeten zoveel mogelijk beperkt en gefaciliteerd worden, zodat deze opwegen tegen de voordelen. Registratie mag het contact met de patiënt niet verstoren.

Het werken met het individueel zorgplan staat ten dienste aan het zorgproces en is geen doel op zich. De betrokken zorgverleners en de patiënt (en eventueel diens naaste) zijn samen verantwoordelijk voor het actueel houden van het individueel zorgplan.

6.4 Competenties

Voor optimale zorg aan patiënten met co-/multimorbiditeit is het van belang dat zorgverleners goed kunnen samenwerken, goed kunnen communiceren met patiënt (en naasten) en de overige betrokken zorgverleners en dat zij vaardigheden hebben met betrekking tot coördinatie van zorg.

6.5 Kwaliteitsbeleid

Huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundigen en andere hulpverleners zijn verantwoordelijk voor hun eigen professionele handelen, inclusief samenwerking, conform de eisen die de beroepsverenigingen en wet- en regelgeving hiertoe stellen. De BIG geregistreerde hulpverleners nemen deel aan de visitatie-, toetsing- en nascholingstrajecten van hun beroepsorganisatie die nodig zijn voor de herregistratie. Hiervoor worden kwaliteitsinstrumenten ingezet om de kwaliteit te borgen en eventueel te verbeteren. Zorgstandaarden, zorgmodules en hiervan afgeleide indicatoren om de kwaliteit van zorg te meten, kunnen worden gebruikt bij visitatie en onderlinge toetsing. Ook het patiëntenperspectief dient onderdeel te zijn van het kwaliteitsbeleid, bijvoorbeeld in de vorm van evaluaties door patiëntervaringenvragenlijsten.

6.6 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Onderzoek naar de kosteneffectiviteit van aanbevelingen uit deze module is complex, omdat de

patiëntpopulatie zeer heterogeen is en er vaak meerdere interventies tegelijk moeten worden ingezet. Nieuwe initiatieven kunnen geëvalueerd worden op effectiviteit en doelmatigheid, waarbij ook aandacht zou moeten zijn voor resultaten van sectoroverstijgende samenwerking.

Verondersteld wordt dat samenwerking en coördinatie van zorg doelmatigheid in de hand werkt door minder duplicatie van diagnostisch onderzoek, minder overbehandeling, reductie van ongeplande ziekenhuisopnames door geneesmiddelbijwerkingen en interacties, vermindering van klinische opnames in ggz-instellingen en betere therapietrouw.

6.7 Financiering

Huisartsenzorg, ggz, en verpleeghuiszorg worden uit verschillende bronnen gefinancierd. De huisartsenzorg, inclusief POH-GGZ, wordt geheel vanuit de basiszorg vergoed. Hiervoor geldt geen eigen bijdrage, in tegenstelling tot de generalistische en gespecialiseerde ggz. Voor sommige patiënten (sociaaleconomisch zwakkere groepen, zoals migranten en vluchtelingen) vormt de eigen bijdrage een beletsel waardoor ze optimale zorg moeten ontberen. De laatste jaren kunnen de huisarts, POH-GGZ en andere ggz-zorgverleners gebruik maken van een regeling waarbij een psychiater kan worden geconsulteerd zonder kosten voor de patiënt. Met name chronisch psychische patiënten met comorbiditeit kunnen hierbij baat hebben. Ook de specialist ouderengeneeskunde kan in de meeste gevallen in consult worden gevraagd. De zorg voor verpleeghuispatiënten valt onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Ook hiervoor geldt een eigen bijdrage.

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

7. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 20-06-2018 Beoordelingsdatum 13-07-2020

7.1 Kwaliteitsindicatoren

Akwa GGZ begeleidt het project 'doorontwikkeling ROM' waarin gekeken wordt hoe de professional de patiënt kan monitoren. Afhankelijk van de in het individueel zorgplan opgenomen doelen, kunnen patiënt en behandelaar samen beslissen hoe en wanneer er geëvalueerd wordt. Dit evalueren kan aan de hand van een set indicatoren en bijhorende meetinstrumenten.

8. Implementatieplan

Autorisatiedatum 09-07-2019 Beoordelingsdatum 13-07-2020

8.1 Kwaliteitsstandaarden

Volgens de definitie van Zorginstituut Nederland beschrijft een kwaliteitsstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Zowel richtlijnen, zorgstandaarden als generieke modules vallen onder de verzamelnaam 'kwaliteitsstandaard'.

'kwaliteitsstandaard': Kwaliteitsstandaarden zijn niet statisch maar worden periodiek beoordeeld of aanpassing c.q. uitbreiding nodig is. Vanaf publicatie van een standaard vindt jaarlijks een eenvoudige beoordeling plaats waarbij (kleine) aanpassingen waar nodig worden verwerkt. Eens in de 4 jaar start een volledige revisiebeoordeling van iedere standaard.

Een zorgstandaard biedt voor álle professionals, patiënten en hun naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg bij een bepaalde aandoening er uit ziet vanuit het perspectief van de patiënt (beschrijving optimale zorg). Een zorgstandaard beschrijft het complete zorgcontinuüm (ofwel alle fases waar een patiënt mee te maken krijgt of kan krijgen) voor een bepaalde psychische aandoening. In een zorgstandaard komt niet alleen een groot aantal mogelijke zorgproblemen aan de orde, maar wordt ook expliciet de organisatie van het zorgproces beschreven. Dat alles gezien vanuit het perspectief van de patiënt.

Een richtlijn is een document met aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met psychische aandoeningen, gebruikmakend van wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van professionals, patiënten en naasten. Voor specifieke situaties gebruiken professionals de richtlijnen die relevant zijn voor hun specifieke beroepsgroep en specifiekere dan de zorgstandaard ingaan op wat er op dát moment aan zorg geleverd kan worden (beschrijving minimale zorg). Aan één zorgstandaard kunnen dus meerdere richtlijnen ten grondslag liggen (bijvoorbeeld de NHG-richtlijnen van huisartsen, een MDR opgesteld en geautoriseerd door psychiaters en psychologen, richtlijnen voor verpleegkundigen, etc.).

Een generieke module biedt, net als een zorgstandaard, professionals, patiënten en naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg er uit ziet vanuit het perspectief van een patiënt. Het verschil tussen een zorgstandaard en een generieke module is dat een zorgstandaard stoornis specifiek is en een generieke module juist zorgcomponenten of zorgonderwerpen beschrijft die relevant zijn voor meerdere psychische aandoeningen. De zorg die wordt beschreven in een generieke module kan, afhankelijk van de aandoening, in één of meerdere fases van het zorgproces van toepassing zijn.

Zorgstandaarden, richtlijnen en generieke modules vormen een eenheid. Hiermee kunnen de

professional en de patiënt samen de behandeling vormgeven.

8.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden en generieke modules vormen samen met multidisciplinaire richtlijnen, wet- en regelgeving en beroepsethiek de basis voor de zorgprofessional om tot goede zorg te komen (de professionele standaard).

(de professionele standaard): De professionele standaard in de gezondheidszorg is het geheel van professionele medische normen dat beschrijft wat in een bepaalde situatie 'goed handelen' is. De professionele standaard zorgt ervoor dat zorgverleners goede, veilige en verantwoorde zorg leveren. De professionele standaard is als zodanig geen regel, maar een 'kapstok', die nader is uitgewerkt in wetten, richtlijnen, protocollen, beroepscode, uitspraken van de tuchtrechter, kwaliteitsstandaarden, gedragsregels en handreikingen. De professionele standaard kan dus gezien worden als de gedeelde waarden en normen binnen een beroepsgroep.

[Meer informatie](#)

De zorgprofessional kan er beargumenteerd van afwijken als - naar zijn oordeel en in samenspraak met de patiënt - de belangen van de patiënt daarmee beter zijn gediend vanwege diens specifieke situatie en voorkeuren.

De toepassing van professionele standaarden komt voort uit het [Burgerlijk wetboek, artikel 453](#). Daarin staat dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.'

professionele standaard.: Artikel 1 van de Zorgverzekeringswet geeft de definitie van een professionele standaard: een richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces. Een professionele standaard legt vast wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de patiënt goede zorg te verlenen en is in een openbaar register opgenomen.

[Meer informatie](#)

Een kwaliteitsstandaard beschrijft in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Kwaliteitsstandaarden zijn echter geen doel op zich. Zij hebben een functie in het proces van kwaliteitsbevordering. Kwaliteitsstandaarden vervullen een onmisbare functie in de kwaliteitscyclus. In die context bevorderen ze de [kwaliteit en doelmatigheid van de zorg](#). Op welke wijze zorgaanbieders en financiers, maar ook patiënten/burgers en zorgverzekeraars kwaliteitsstandaarden gebruiken in de respectievelijk zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt is

aan hen om in te vullen.

8.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft grotendeels de bestaande praktijk ten aanzien van de zorg voor mensen met psychische klachten en aandoeningen. In de standaard zijn verwijzingen opgenomen naar onderliggende richtlijnen en veldnormen van de afzonderlijke beroepsgroepen. Zo is de standaard voor een groot deel al ingebed in het dagelijks werk van de zorgprofessional.

Deels bevat de kwaliteitsstandaard nieuwe elementen of komen bestaande elementen prominenter naar voren in de inhoud en organisatie van zorg. De kwaliteitsstandaard is geschreven vanuit het perspectief van de patiënt en diens naaste. Aandacht voor herstel en eigen regie komen daardoor nadrukkelijker aan bod dan in bijvoorbeeld richtlijnen; gezamenlijke besluitvorming over de behandeling door patiënt en professional vormt in alle standaarden een kernelement. Andere elementen zijn bijvoorbeeld de wijze waarop de verschillende zorgonderwerpen met elkaar in verband gebracht worden (multidisciplinair en integraal), het betrekken van naasten en ervaringsdeskundigen en het monitoren van de behandeling. De opstellers van deze kwaliteitsstandaard zijn zich ervan bewust dat de implementatie van deze elementen een transitie betekent die een gemeenschappelijke inspanning vraagt van zorgverleners, zorgaanbieders, patiënten en financiers. Al deze partijen zetten zich gezamenlijk in om deze kwaliteitsstandaard zo goed en zo snel mogelijk te implementeren.

8.4 Bestaande afspraken

Zorgprofessionals en zorgaanbieders in de 'brede ggz' zijn nu aan zet. Zij moeten kennisnemen van de inhoud van deze kwaliteitsstandaard en vervolgens aan de slag gaan met de implementatie ervan. Zorgprofessionals en zorgaanbieders hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor implementatie in hun eigen organisatie. Koepel-, branche en beroepsorganisaties helpen hun leden hierbij.

Een aantal algemene thema's speelt bij de implementatie van (vrijwel) alle standaarden een rol. Dit zijn thema's waar in algemene zin aandacht voor moet zijn én aandacht voor moet blijven om de kwaliteit van de zorg steeds verder te verbeteren. Het gaat om de zes thema's bewustwording en kennisdeling, samenwerking, capaciteit, behandelaanbod, financiering en ICT. Dit zijn ook thema's waar in sommige gevallen zorgen over zijn en knelpunten worden gezien bij implementatie van de standaarden. Implementatie-activiteiten voor deze zes thema's moeten geen losstaande actiepunten zijn. In de meeste gevallen zijn deze actiepunten al onderdeel van bestaande afspraken zoals onder andere verwoord in het [Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg \(ggz\) 2019 t/m 2022](#) en [Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022](#). Landelijke implementatie van de kwaliteitsstandaarden in het veld is daarmee direct gekoppeld aan de planning en gemaakte afspraken in deze bestuurlijk akkoorden.

8.5 Algemene implementatie thema's

De implementatie van de kwaliteitsstandaard vraagt tijd en energie van alle partijen. Maar dat is niet voor niks: werken volgens kwaliteitsstandaarden biedt ook kansen voor effectievere en doelmatiger

behandelingen.

De afspraken in het algemene deel van het plan richten zich daarom vooral op uitvoerbaarheidsissues die een landelijke aanpak vragen om implementatie op lokaal/regionaal niveau mogelijk te maken. Iedere regio en iedere zorgaanbieder is anders. De hoeveelheid informatie die nog geïmplementeerd moet worden en hoe dat het beste gedaan kan worden, verschilt per situatie. Op lokaal niveau moet implementatie verder worden ingevuld, bijvoorbeeld in de vorm van een (lokaal) uitvoeringsplan.

8.5.1 Bewustwording en kennisdeling

Verandering begint bij bewustwording. Ook in de ggz. De zorgstandaarden en generieke modules stellen, meer dan zorgverleners tot nu toe gewend waren van professionele standaarden, expliciet het perspectief van patiënten centraal. Dat kan misschien wel tot een ander gesprek in de behandelkamer leiden, waarin via gezamenlijke besluitvorming mogelijk ook andere keuzes voor behandeling en begeleiding worden gemaakt. Kennisdeling en bewustwording zijn de sleutelwoorden om deze verandering te realiseren.

Kennisdeling draagt bij aan het beter begrijpen van de impact die psychische aandoeningen op een patiënt hebben en van hun wensen en ideeën over behandeling en herstel. Kennis delen gebeurt op verschillende niveaus: in de (basis)opleiding tot zorgprofessionals, tijdens bij- en nascholing van professionals maar kan ook bijvoorbeeld via een landelijke campagne. Het delen van kennis kan hierdoor bijdragen aan:

- het verminderen van stigma over mensen met psychische aandoeningen, in de zorg maar ook daarbuiten;
- het realiseren van een cultuuromslag in eigen organisatie;
- het creëren van een draagvlak voor het gebruik en de inhoud van de standaard;
- oog hebben voor specifieke problematiek;
- oog hebben voor eventuele risico's.

Landelijke afspraken

Iedere professional zorgt ervoor dat hij de kwaliteitsstandaarden kent die voor uitoefening van zijn beroep nodig zijn. Zorgaanbieders faciliteren hun medewerkers, zodat zij deel kunnen nemen aan de benodigde bij- en nascholing.

Het bestuurlijk akkoord bevat een groot aantal actiepunten die kennisdeling over en bewustwording van de kwaliteitsstandaarden stimuleren:

- Partijen benadrukken dat het belangrijk is dat professionals kunnen werken volgens de geldende kwaliteitsstandaarden. Daartoe moeten professionals voldoende in de gelegenheid worden gesteld om bij- en nascholing te volgen. De financiering daarvan is onderdeel van de contracteringsafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
- Partijen hebben met elkaar afgesproken dat beroepsgroepen structureel de doorontwikkeling van opleidingen borgen die betrekking hebben op de ggz en op begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering). De zorgstandaarden worden ingebed in de opleidingen.

- Het akkoord bevat afspraken over bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

Deze afspraken ten aanzien van opleiding dragen bij aan het verankeren van kennis over en gebruik van kwaliteitsstandaarden in de praktijk. Onderstaande partijen zetten zich in voor de uitvoering van deze afspraken op landelijk niveau.

Lokale oplossingsrichtingen

Professionals in de ggz hebben de 'verantwoordelijkheid' om hun collega's in aanpalende domeinen daar waar nodig kennis bij te brengen over psychische aandoeningen en over de (inhoud van) de daarbij behorende kwaliteitsstandaard. Denk hierbij aan het organiseren van een cursus of voorlichting over psychische aandoeningen aan collega's van de somatische afdelingen in het ziekenhuis of een informatiebijeenkomst over jeugd-ggz aan gemeenten.

8.5.2 Samenwerking

Zorgverleners functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein. Vaak zijn er meerdere professionals betrokken bij de behandeling en is een duidelijke rolverdeling tussen die professionals (binnen en tussen organisaties) nodig. Voor een goede implementatie van kwaliteitsstandaarden maken professionals (in en buiten de ggz), aanbieders, financiers en andere betrokkenen duidelijke samenwerkingsafspraken zodat de continuïteit en kwaliteit van de zorg niet in het geding komt. Goede en snelle informatie-uitwisseling (met respect voor privacy-wetgeving) en toegankelijkheid van informatie zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden om de samenwerking goed te laten verlopen. Het [Landelijk Schakelpunt](#), waarin zorgverleners met toestemming van de patiënt eenvoudig inzicht hebben in het medicatieoverzicht van de patiënt is een voorbeeld van een hulpmiddel voor uitwisseling van en toegang tot informatie. Steeds meer GGZ-instellingen sluiten zich hier al bij aan.

Landelijke afspraken

Het bestuurlijk akkoord bevat een aantal actiepunten die de benodigde samenwerking in het kader van implementatie van de kwaliteitsstandaarden stimuleren: in de (door)ontwikkeling van opleidingen die betrekking hebben op de ggz en op begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering) wordt meer aandacht besteed aan samenwerking tussen verschillende domeinen en het organiseren van integrale zorg.

Ondertekende partijen schatten in dat de invoering van het kwaliteitsstatuut en de afspraken over samenwerking in het bestuurlijk akkoord voldoende helder zijn en dat voor implementatie van de standaard geen aanvullende afspraken nodig zijn.

Lokale oplossingsrichtingen

Zowel zorgprofessionals, zorgaanbieders als samenwerkingspartners besteden nu al veel aandacht aan lokale en regionale samenwerking. Dankzij deze samenwerking kunnen zij onnodige en dure zorg voorkomen. Iedere professional werkt binnen de eigen lokale en regionale context uiteraard samen met collega's, maar ook met partners zoals huisartsen, jeugdzorg, wijkteams, gemeenten, ziekenhuis, school, woningcoöperaties of UWV.

Als leidraad voor deze samenwerkingsafspraken dienen:

- De Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken: deze vormen de basis van afspraken tussen huisartsen, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.
- Het kwaliteitsstatuut: hierin staan werkafspraken die de zorgaanbieder maakt over het vormgeven van de afstemming en samenwerking tussen professionals, over op- en afschalen van zorg en over een goede overdracht.
- In het kader van het bestuurlijk akkoord maken gemeenten en zorgverzekeraars stapsgewijs regionale afspraken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Zorgaanbieders en gemeenten maken afspraken over de betrokkenheid van ggz-hulpverleners bij het wijknetwerk.
- In het bestuurlijk akkoord is ook vastgelegd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de manier waarop de zorgprofessional voldoende ruimte en tijd krijgt voor goede samenwerking en afstemming.

8.5.3 Capaciteit

Een succesvolle uitvoering van de kwaliteitsstandaarden vereist voldoende capaciteit en tijd van professionals. In de huidige praktijk staan beschikbare tijd en capaciteit van professionals onder druk. Waar in sommige gevallen sprake is van een personeelstekort is in andere gevallen sprake van een probleem rondom optimale inzet van bepaalde professionals. Het organiseren en leveren van de zorg zoals beschreven in de kwaliteitsstandaarden kan resulteren in extra druk op bepaalde beroepsgroepen, verschuiving van inzet van de ene naar de andere beroepsgroep, maar mogelijk ook in minder werkdruk doordat de standaard goed wordt uitgevoerd en/of professionals beter samenwerken.

Ook blijken er in de praktijk behoorlijk wat problemen te zijn bij verwijzingen, met name veel te lange wachttijden voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen die verwezen worden naar de SGGZ.

Landelijke afspraken

In het bestuurlijk akkoord is benoemd dat op dit moment sprake is van (ernstige) arbeidsmarktproblematiek. Voor zorg en welzijn wordt in 2022 een groot personeelstekort verwacht. De bestuurlijke akkoorden (ggz en huisartsenzorg) bevatten hiervoor een aantal actiepunten:

- Bestaande (behandel)capaciteit kan beter worden ingezet via vermindering van administratieve lasten en een betere taakverdeling, beter benutten van de mogelijkheden die functiedifferentiatie en taakherschikking bieden, alsook het opleiden van professionals in de ggz, bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het gericht in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.
- (Tijdelijk) verruimen van capaciteit van regiebehandelaren en investeren in optimaal gebruik van (behandel)capaciteit door mee te werken aan het actieprogramma 'werken in de zorg'.
- Meer inzet van praktijkondersteuners ggz of consultatie van ggz-expertise in de huisartsenpraktijk.

Met de acties zoals beschreven in de bestuurlijke akkoorden en met inzicht in de juiste capaciteitsbehoefte, wordt een basis gelegd voor de aanpak van de arbeidsmarktnelpunten in de ggz.

8.5.4 Behandel aanbod

Landelijke afspraken

De ggz-sector kent een divers zorgaanbod: grote en kleinere ggz-instellingen met eigen personeel en een groot aantal vrijgevestigde zorgverleners. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken gezamenlijk afspraken over het benodigde behandel aanbod in de regio. Gemeenten bepalen zelf de omvang van het budget voor zorg maar ook de manier waarop zij de verschillende onderdelen van het sociaal domein willen organiseren. Als blijkt dat zorgaanbieders te maken hebben met capaciteitsproblemen of budgetplafonds, dan moet het voor patiënten helder zijn waar zij terecht kunnen voor zorg. Zorgaanbieders en financiers in de regio hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de wachttijden aan te pakken. Als er te weinig behandelaren zijn, dan is het de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om mensen te wijzen op de zorgbemiddeling

zorgbemiddeling: Zie hiervoor ook het document Q&A Wachttijden Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg, november 2018.

[Meer informatie](#)

door hun eigen zorgverzekeraar. Hierover zijn ook afspraken gemaakt in het bestuurlijk akkoord.

Lokale oplossingsrichtingen

Betere samenwerking tussen ggz-instellingen in de regio, bijvoorbeeld als het gaat om het draaien van ANW-diensten. Een voorbeeld: in sommige regio's worden ANW-diensten bijna geheel door een klein clubje psychiaters in vaste dienst gedaan, terwijl ook psychiaters die niet in vaste dienst zijn, bereid zijn mee te draaien in deze diensten. Door hier goede afspraken over te maken, kan er voldoende capaciteit en aanbod geregeld worden in de regio.

8.5.5 Financiering

Landelijke afspraken

In het 'Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022' hebben alle betrokken partijen de ambitie uitgesproken om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren en eraan bij te dragen dat zorg zowel nu als op de lange termijn fysiek, tijdig én financieel toegankelijk blijft voor iedereen die dat nodig heeft. Ook is afgesproken er naar te streven om op termijn de kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei.

Lokale oplossingsrichtingen

Het bestuurlijk akkoord regelt dat gemeenten en zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders in de 'brede ggz' stapsgewijs regionaal afspraken maken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Het cliënt- en familieperspectief is hierbij vertegenwoordigd. De volgende thema's zullen,

afhankelijk van de regionale situatie, in meerdere of mindere mate aan de orde zijn:

- Preventie en vroegsignalering.
- De aanpak van personen met verward gedrag.
- Brede triage en consultatie.
- De opbouw van ambulante zorg en ondersteuning.
- De bekostiging van samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein.
- De benodigde aanpak met betrekking tot de (financiering van) EPA / multiproblematiek-doelgroep.
- Overgang 18-/18+.
- De invulling van crisis- en ANW-uren.
- De rol en bekostiging van herstelacademies en zelfregiecentra.

Hoewel afspraken zijn gemaakt om toe te werken naar regionale afspraken over integrale zorg en daaruit volgend een integrale bekostiging zijn we daar nu nog niet. Dat is ook te merken aan de knelpunten ten aanzien van financiering die worden genoemd rondom implementatie van de kwaliteitsstandaarden:

- Hoe is de continuïteit van zorg én bekostiging te borgen, bijvoorbeeld bij de overgang 18-/18+, continueren van dagbesteding als de behandeling stopt of het financieren van contingentie management bij verslaving.
- Hoe kunnen we komen tot integrale bekostiging bij specifieke doelgroepen zoals kwetsbare ouderen, mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) of mensen met zowel somatische als psychiatrische problematiek?
- Hoe kunnen we komen tot een passende bekostiging voor bijvoorbeeld inzet ervaringsdeskundigen, inzet op preventie, zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid (ZB), zorg aan patiënten met eetstoornissen in een gespecialiseerd centrum of inzet diëtist bij deze groep patiënten.

In het bestuurlijk akkoord zijn afspraken gemaakt over hoe deze vraagstukken de komende jaren kunnen worden opgelost. Zo hebben partijen zich gecommitteerd aan afspraken uit het actieprogramma 'Zorg voor de Jeugd' voor wat betreft het inzetten van acties gericht op het soepel laten verlopen van de overgang naar volwassenheid (18-/18+). En subsidieert VWS op dit moment preventiecoalities, bedoeld om structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventieactiviteiten voor risicogroepen te stimuleren en activeren.

8.5.6 ICT

(Goede en snelle) informatie uitwisseling en toegankelijkheid van informatie, waarbij de privacy van de patiënt optimaal wordt geborgd, zijn belangrijke randvoorwaarden voor samenwerking tussen zorgprofessionals binnen hun professionele netwerk. De implementatie van kwaliteitsstandaarden vraagt om verdere optimalisatie van gegevensuitwisseling via ICT.

Landelijke afspraken

In het zorgbrede '[Actieplan \(Ont\)Regel de zorg](#)' is een sectoraal actieplan curatieve ggz vastgesteld. Daar waar stroomlijning van gegevensuitwisseling bij ICT-toepassingen niet mogelijk of wenselijk is treden partijen met elkaar in overleg in het Informatieberaad Zorg en kunnen partijen gezamenlijk tot besluitvorming komen. Ook besteedt het actieplan aandacht aan vermindering van administratieve

last als gevolg van het EPD en aan ICT-problematiek.

Daarnaast wordt er door het ministerie van VWS geïnvesteerd in het [Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional \(VIPP\) GGZ](#). Het gaat om een budget voor instellingen die Zvw-zorg leveren om de informatievoorziening in de curatieve geestelijke gezondheidszorg te verbeteren door het implementeren van standaarden voor gegevensuitwisseling tussen patiënt en professional, het beschikbaar stellen van deze informatie aan de patiënt, het veilig verstrekken van (informatie over) medicatie en de inzet van eHealth bij de behandeling.

Lokale oplossingsrichtingen

Welke informatie, voor welke professionals, bij welke doelgroepen en bij welke aanbieders nodig is, is een keuze die lokaal gemaakt dient te worden. Of informatie over een eerdere suïcidepoging of informatie over medicatiegebruik en mogelijke bijwerkingen bijvoorbeeld standaard beschikbaar moet zijn óf dat alle informatie over een patiënt ook voor vaktherapeuten en huisartsen via het ICT systeem van de instelling te raadplegen moet zijn, zijn keuzes die binnen het professionele netwerk en met betrokken zorgaanbieders worden gemaakt. Dát zorgprofessionals (snel) toegang moeten hebben tot (goede) informatie, gegeven bestaande werkafspraken (zie hiervoor het Kwaliteitsstatuut waar iedere zorgaanbieder over dient te beschikken) én beschikbare ICT toepassingen om de continuïteit én de kwaliteit van de zorg die men met elkaar nastreeft te waarborgen, is hierbij het uitgangspunt. Dit zou bijvoorbeeld gerealiseerd kunnen worden via een zorginfrastructuur of schakelpunt.

8.6 Specifieke implementatie thema's

8.6.1 Bewustwording en kennisdeling

Succesvolle implementatie van de module is deels afhankelijk van of de patiënt zich bewust is van de problematiek van comorbiditeit en of de professional dit goed uitvraagt bij de patiënt. De ervaring leert dat in de praktijk weinig aandacht is voor comorbiditeit.

Landelijke afspraken

1. Wat betreft de scholing van professionals bieden [de landelijke afspraken](#) zoals vermeld in het algemene deel van het implementatieplan voldoende antwoord op dit implementatievraagstuk.
2. Om het bewustzijn van de patiënten rondom comorbiditeit te vergroten zou publieksvoorlichting kunnen worden ingezet. Als het algemene publiek begrijpt dat comorbiditeit vaak voorkomt, en dat er veel oplossingen beschikbaar zijn, zullen zij naar verwachting sneller geneigd zijn om hun klachten bespreekbaar te maken en de juiste zorg te zoeken. Dit leidt mogelijk ook tot een minder intensieve zorgvraag.

8.6.2 Samenwerking

De zorg aan patiënten met co-/multimorbiditeit vereist een multidisciplinaire benadering. Daarbij werken meerdere disciplines aan dezelfde problematiek en behandeldoelen gedurende een langere periode. De indruk bestaat dat de samenwerking tussen professionals nog verder moet worden

verbeterd om comorbiditeit beter te behandelen.

Landelijke afspraken

De [landelijke afspraken](#) zoals vermeld in het algemene deel van het implementatieplan bieden voldoende antwoord op dit implementatievraagstuk.

Lokale oplossingsrichtingen

1. Op regionaal niveau bestaat op dit moment al een aantal goede initiatieven m.b.t. het organiseren van reguliere overleggen en vastleggen van aanspreekpunten in de regio. Zorgaanbiederse in andere regio's kunnen inspiratie op doen uit deze best practices voor het organiseren van goede ketensamenwerking.

2. Aanbieders kunnen overwegen zich aan te sluiten bij het [Landelijke schakelpunt](#), zodat informatie over medische gegevens makkelijker gedeeld kan worden. Daarnaast kan gedacht worden aan aansluiten bij [Zorgdomein](#).

8.6.3 Capaciteit

Landelijke afspraken

De landelijke afspraken zoals vermeld in het algemene deel van het implementatieplan bieden voldoende antwoord op dit implementatievraagstuk.

8.6.4 Behandelaanbod

Landelijke afspraken

De landelijke afspraken zoals vermeld in het algemene deel van het implementatieplan bieden voldoende antwoord op dit implementatievraagstuk.

8.6.5 Financiering

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

8.6.6 ICT

Aangaande comorbiditeit is zowel het ad-hoc als structureel uitwisselen van informatie tussen verscheidene behandelaren van groot belang. Deze informatie-uitwisseling dient transparant en vlot te verlopen en daarbij eveneens te voldoen aan AVG wet- en regelgeving. ICT-systemen kunnen hierin een belangrijke rol spelen. Om al deze punten te waarborgen is het van belang dat deze systemen met elkaar communiceren. In dit kader valt daarom aan te bevelen te onderzoeken welke systemen hiervoor geschikt zijn.

9. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 20-06-2018 Beoordelingsdatum 13-07-2020

9.1 Samenstelling werkgroep

Projectteam

Het projectteam dat het literatuuronderzoek uitvoerde en de conceptmodule schreef bestond uit de volgende personen:

- De heer prof.dr. F.G. Schellevis, NIVEL en VUmc, voorzitter
 - De heer prof.dr. J.S. Burgers, huisarts, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, namens het Nederlands Huisartsen Genootschap, projectleider
 - Mevrouw drs. M.K. Tuut, epidemioloog, PROVA, wetenschappelijk medewerker in opdracht van het Nederlands Huisartsen Genootschap, sinds september 2015
 - De heer G. Kleinnibbelink, BSc, arts in opleiding, PROVA, wetenschappelijk medewerker in opdracht van het Nederlands Huisartsen Genootschap, sinds september 2015
-

Werkgroep

De werkgroep die de knelpunten vaststelde en de conceptmodule bediscussieerde bestond uit de volgende personen:

De heer prof. dr. F.G. Schellevis De heer prof. dr. J.S. Burgers	NIVEL en VUmc, voorzitter Huisarts, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, namens het Nederlands Huisartsen Genootschap, projectleider
Mevrouw drs. M.K. Tuut	Epidemioloog, PROVA, wetenschappelijk medewerker in opdracht van het Nederlands Huisartsen Genootschap, sinds september 2015
De heer G. Kleinnibbelink	BSc, arts in opleiding, PROVA, wetenschappelijk medewerker in opdracht van het Nederlands Huisartsen Genootschap, sinds september 2015
De heer dr. J.A.A. de Beer	Epidemioloog, Guide2Guidance, wetenschappelijk medewerker in opdracht van het Nederlands Huisartsen Genootschap, tot oktober 2015
Mevrouw drs. A.G.J.M. Busch	Klinisch psycholoog, Antonius Ziekenhuis, Sneek, namens Nederlands Instituut van Psychologen, sectie PAZ (Psychologen Algemene/Academische Ziekenhuizen)
Mevrouw dr. C.T. Feldmann Mevrouw R. Kranenburg, MSc. De heer dr. C. Leue, psychiater	namens Landelijk Platform GGZ namens Patiëntenfederatie Nederland Maastricht Universitair Medisch Centrum, namens Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
Mevrouw dr. B.C. van Munster	Internist-ouderengeneeskunde, Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn/Universitair Medisch Centrum Groningen, namens de Nederlandse Internisten Vereniging (tot februari 2016)
Mevrouw drs. L.C. Nicolai	Praktijkondersteuner-GGZ/psycholoog, huisartspraktijk Vrijheidslaan Leiden/HOED Rotterdam-Overschie/HAP Zoeterwoude, namens Landelijke Vereniging POH-GGZ
De heer dr. J. Nuijen, Trimbos-instituut	Extern expert op het gebied van comorbiditeit binnen de GGZ
Mevrouw drs. B.M. Pastoors-Lubberink	Klinisch geriater, Pro Persona, Nijmegen, namens Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (tot februari 2016)
De heer dr. M. Smalbrugge	Specialist ouderengeneeskunde, Vrije Universiteit Medisch Centrum, namens Verenso, specialisten in ouderengeneeskunde

Bij de werkgroepvergaderingen was daarnaast aanwezig:

De heer drs. M.A. van Schijndel, psychiater, Rijnstate en Erasmus MC, als projectleider van de Generieke module ziekenhuispsychiatrie

In de commentaarronde is de conceptmodule voor commentaar gestuurd naar alle partijen die deel uitmaken van werkgroep, de Agendaraad, de Implementatieraad, en naar de volgende organisaties:

- GGZ Nederland*
- InEen*
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)*
- Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP)*
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)*
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)*
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)

- Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)
- Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH)
- Stichting TOPGGz

* nemen ook zitting in Agendaraad

9.2 Literatuuronderzoek

De werkgroep heeft een aantal knelpunten benoemd die in de generieke module comorbiditeit geadresseerd moeten worden en daarbij keuzes gemaakt welke knelpunten in aanmerking kwamen voor literatuuronderzoek.

9.2.1 Zoeken en selecteren

Zoeken

Voor het zoeken naar literatuur is een tweesporenbeleid gevolgd:

- Er is gebruik gemaakt van de website van de International Research Community on Multimorbidity (IRCM), waarop op systematische wijze periodiek publicaties die relevant zijn voor het thema multimorbiditeit beschikbaar worden gesteld (zie www.usherbrooke.ca).
- Daarnaast is een systematisch literatuuronderzoek verricht in MEDLINE. De hiervoor gebruikte zoekstrategie is geënt op de strategie van Smith voor het onderzoek 'Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings'. Er werd gezocht naar onderzoeken die de laatste 10 jaar werden gepubliceerd. In achtergronddocument 2a zijn de details van de zoekstrategie beschreven.

Selecteren

- IRCM-verzameling van referenties

Voor elk knelpunt is in het document van de IRCM met behulp van enkele relevante trefwoorden gezocht naar titels die relevant leken. Zie voor verdere details wat trefwoorden betreft achtergronddocument b. Van de onderzoeken die potentieel relevant zijn is de volledige tekst opgevraagd, op basis waarvan nadere selectie plaatsvond. De relevante onderzoeken zijn in evidencetabellen samengevat.

- Systematisch literatuuronderzoek in MEDLINE.

In totaal werden 6363 potentieel relevante onderzoeken gevonden. Voor een eerste selectie hieruit is gezocht naar titels waarin de begrippen 'guided care' of 'collaborative care' werden gebruikt. Er werden 12 onderzoeken over 'guided care' en 32 onderzoeken over 'collaborative care' gevonden. Vervolgens is onderzocht met welke van deze 44 onderzoeken de knelpunten kunnen worden geadresseerd.

Resultaten

Van de geselecteerde artikelen is op basis van de full-text artikelen nagegaan of deze bijdragen aan het onderbouwen van oplossingen voor de knelpunten. Voor knelpunt 1 en 3 werd 1 artikel relevant geacht.

Bron: Lyketsos CG, Dunn G, Kaminsky MJ, Breakey WR. Medical comorbidity in psychiatric inpatients: relation to clinical outcomes and hospital length of stay. *Psychosomatics*. 2002;3:24-30.

Voor knelpunt 4 werden 2 artikelen relevant geacht.

Bron: Calderon-Larrañaga A, Poblador-Plou B, Gonzalez-Rubio F, Gimeno-Feliu LA, Abad-Diez JM, Prados-Torres A. Multimorbidity, polypharmacy, referrals, and adverse drug events: are we doing things well? *Br J Gen Pract*. 2012; 62: 821-6.

Lin HY, Liao CC, Cheng SH, Wang PC, Hsueh YS. Association of potentially inappropriate medication use with adverse outcomes in ambulatory elderly patients with chronic diseases: experience in a Taiwanese medical setting. *Drugs Aging*. 2008; 25: 49-59.

Voor knelpunt 5 werden 4 artikelen relevant geacht.

Bron: Atlantis E, Fahey P, Foster J. Collaborative care for comorbid depression and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2014; 4:e004706.

Ekers D, Murphy R, Archer J, Ebenezer C, Kemp D, Gilbody S. Nurse-delivered collaborative care for depression and long-term physical conditions: a systematic review and meta analysis. *J Affect Dis*. 2013; 149:14-22

Huang Y, Wei X, Wu T, Chen R, Guo A. Collaborative care for patients with depression and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2013; 13:260

Katon WJ, Lin EH, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman EJ, Young B, et al. (2010). Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med*. 2010; 363: 2611-20.

De evidence is kort in de hoofdstukken van de module én onderstaand in evidence-tabellen samengevat. Voor knelpunten 6, 7, 8, 11 en 12 werden geen artikelen relevant geacht.

Evidence-tabel knelpunt 1. *Risico op het miskennen van een lichamelijke aandoening bij psychische patiënten door zorgverleners.*

Auteur (jaartal)	Niveau van bewijs	Onderzoeks-type	Setting	Doel van het onderzoek	Populatie	Relevante gegevens
Lyketsos (2002) ²	B	Cohortstudie	Psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis, Baltimore, Verenigde staten	Bepalen prevalentie somatische comorbiditeit en invloed op de psychiatrische aandoening	950 patiënten opgenomen op de psychiatrie afdeling	Bij 20% van de patiënten was er aandacht voor somatische comorbiditeit. Serieuze somatische comorbiditeit was aanwezig bij 15% van de patiënten, en bij 12% op het moment van ontslag. Somatische comorbiditeit is geassocieerd met 10-15% toename van psychiatrische symptomen en functionele beperkingen bij ontslag. Bij focus op somatische comorbiditeit was de gemiddelde opname duur 3,25 dagen langer

Evidence-tabel knelpunt 3. *Comorbiditeit en multimorbiditeit komen vaker voor bij sociaaleconomisch zwakke groepen en bij migranten, een belangrijk facet van sociale ongelijkheid. Hoe kunnen deze groepen beter worden bereikt?*

Auteur (jaartal)	Niveau van bewijs	Onderzoeks-type	Setting	Doel van het onderzoek	Populatie	Relevante gegevens
De Maeseneer (2012) ³	D	Review	Eerste lijn	Bespreken methode om zorg te leveren aan patiënten met multimorbiditeit	Patiënten met multimorbiditeit	Bepaalt wordt een model waarbij behandeldoelen van de patiënt centraal staan (<i>goal oriented care</i>) in plaats van de ziekte (<i>disease/problem oriented care</i>). Bij <i>goal oriented care</i> is op individueel niveau echter ongelijkheid, in bijvoorbeeld de SES, dat van invloed zou kunnen zijn op de behandeldoelen van de patiënt. Een patiënt met een lage SES heeft over het algemeen lagere verwachtingen dan een patiënt met een hoge SES wat betreft kwantiteit en kwaliteit van leven. Bij <i>goal oriented care</i> zou de ongelijkheid (<i>inequity</i>) tussen deze groepen toenemen. Dit probleem is overkomelijk door <i>community-oriented primary care</i> (COPC) waarbij op populatieniveau wordt gekeken naar de medische behoeften op populatieniveau in het kader van gezondheidsproblemen

SES = sociaal economische status;

Evidence-tabel knelpunt 4. *Er is geen systematische en vroegtijdige aandacht voor de mogelijke ernstige (somatische) bijwerkingen van psychofarmaca.*

Auteur (jaartal)	Niveau van bewijs	Onderzoeks-type	Setting	Doel van het onderzoek	Populatie	Relevante gegevens
Calderon-Larranaga (2012) ⁴	C	Retrospectieve, observationele studie	Multi-center, eerste lijn	Analyseren invloed multimorbiditeit, polyfarmacie en meerdere verwijzingen op frequentie <i>adverse drug events</i> (ADE)	Volwassen patiënten behandeld in eerstelijnscentra	Prevalentie van tenminste één ADE: 0,88%. Gerelateerd aan: very high morbidity OR: 45,26; high morbidity OR: 17,58; moderate morbidity OR: 4,25; polyfarmacie OR: 1,34; vrouw OR: 1,31; aantal verschillende specialisten OR: 1,20
Lin (2008) ⁵	B	Prospectieve, observationele cohortstudie	Tertiair medisch centrum, Taiwan	Onderzoeken prevalentie en risicofactoren voor bijwerkingen bij potentieel ongeschikt medicatie gebruik	Ambulante oudere patiënten (> 65 jaar) met chronische aandoeningen	Prevalentie potentieel ongeschikt medicatie gebruik 23,7%. Incidentie ernstige bijwerkingen bij patiënten die potentieel ongeschikte medicatie gebruikten: 25,1%. Prevalentie hoog risico psychofarmaca: amitriptyline 3,8%, diazepam 2%, fluoxetine 1,8%, chloordiazepoxide 1,6%

Evidence-tabel knelpunt 5 Bij psychische patiënten met somatische comorbiditeit bestaat een groter risico dat zij inadequaet omgaan met de (behandeling van de) somatische ziekte.

Auteur (jaartal) ⁶	Niveau van bewijs	Onderzoekstype	Setting	Doel van het onderzoek	Populatie	Relevante gegevens
Atlantis (2014) ⁶	A1	Systematisch literatuuronderzoek	Australië	Beoordelen effectiviteit collaborative care bij patiënten met depressie en diabetes mellitus	Patiënten met depressie en diabetes	Significante verbetering van depressie score en HbA1c; regulatie bij collaborative care groep t.o.v. controlegroep. Gestandaardiseerd gemiddeld verschil depressie score -0,32 (95%-BI: -0,53 – -0,11), gemiddeld verschil HbA1c level -0,33% (95%-BI: -0,66% – -0,00%)
Ekers (2013) ⁷	A1	Systematisch literatuuronderzoek	Groot Britannië	Beoordelen effectiviteit collaborative care bij patiënten met depressie en langdurige somatische problematiek	Patiënten met depressie en somatische problematiek zoals artritis, diabetes mellitus, CVA, coronair syndroom, HIV	Significante verbetering depressie en langdurige somatische problematiek (m.u.v. HIV) bij collaborative care groep versus controlegroep
Huang (2013) ⁸	A1	Systematisch literatuuronderzoek	China	Beoordelen effectiviteit collaborative care bij patiënten met depressie en diabetes mellitus	Patiënten met depressie en diabetes mellitus	Significante verbetering depressie scores (depression treatment score RR 1,33, 95%-BI 1,05-1,68; depression remission adjusted RR 1,53, 95%-BI 1,11-2,12; adherence to antidepressant medication RR 1,79, 95%-BI 1,19-2,69 en hypoglycemic agent RR 2,18, 95%-BI 1,61-2,96) maar geen significante vermindering van HbA1c waarden (mean difference -0,13, 95%-BI -0,46 – 0,19)
Katon (2010) ⁹	B	Randomized controlled trial, single blind	14 eerstelijnspraktijken in Washington, Verenigde staten	Beoordelen effectiviteit collaborative care bij patiënten met depressie en chronische aandoeningen	Patiënten met depressie en chronische aandoeningen (slecht gereguleerde diabetes mellitus en/of coronair syndroom)	Significante verbetering collaborative care groep t.o.v. controlegroep van depressie, HbA1c, LDL cholesterol, systolische bloeddruk

9.2.2 2a. Literatuursearch

Onderstaande search werd uitgevoerd d.d. 11 juni 2015. In totaal werden 6687 potentieel relevante onderzoeken gevonden. Na ontdebellen resteerden 6363 potentieel relevante onderzoeken.

1	Comorbidity/	74216
2	(comorbid\$ or co-morbid\$).ti,ab.	96484
3	(multimorbid\$ or multi-morbid\$).ti,ab.	1816
4	(multidisease? or multi-disease? or (multiple adj (ill\$ or disease? or condition? or syndrom\$ or disorder?))).ti,ab.	2892
5	1 or 2 or 3 or 4	149879
6	Chronic disease/	224804
7	(chronic\$ adj3 (disease? or ill\$ or care or condition? or disorder\$ or health\$ or medication\$ or syndrom\$ or symptom\$)).ti,ab.	251592
8	or/6-7	427259
9	5 or 8	560139
10	exp diabetes mellitus/ or diabet\$.ti,ab.	499918
11	exp hypertension/ or hypertens\$.ti,ab.	388297
12	exp heart diseases/ or (((heart or cardiac or cardiovascular or coronary) adj (disease? or disorder? or failure)) or arrhythmia?).ti,ab.	1080190
13	exp cerebrovascular disorders/ or ((cerebrovascular or vascular or carotid\$ or arter\$) adj (disorder? or disease?)).ti,ab.	401885
14	exp asthma/ or asthma\$.ti,ab.	144402
15	exp pulmonary disease chronic obstructive/ or (copd or (pulmonary adj2 (disease? or disorder?))).ti,ab.	78057
16	exp hyperlipidemia/ or (hyperlipidem\$ or Hypercholesterolemia\$ or hypertriglyceridemia\$).ti,ab.	78478
17	exp Thyroid diseases/ or ((thyroid adj (disease? or disorder)) or hyperthyroid\$ or hypothyroid\$).ti,ab.	135273
18	exp arthritis rheumatoid/ or rheumatoid arthritis.ti,ab.	119999
19	exp mental disorders/ or (((mental or anxiety or mood or psychological or sleep) adj (disease? or disorder?)) or ((substance or drug or marijuana or cocaine or Amphetamine) adj2 abuse) or depression or schizophren\$ or psychos\$ or 'substance abuse' or addiction?).ti,ab.	1228634
20	exp epilepsy/ or (epileps\$ or seizure?).ti,ab.	176862
21	exp hiv infections/ or (HIV or acquired immune\$ deficiency syndrome? or (aids adj (associated or related or arteritis))).ti,ab.	320027
22	exp neoplasms/ or (neoplasm? or cancer?).ti,ab.	2969997
23	exp kidney diseases/ or (kidney adj (disease? or disorder?)).ti,ab.	439940
24	exp liver diseases/ or (liver adj (disease? or disorder?)).ti,ab.	467265
25	exp osteoporosis/ or osteoporosis.ti,ab.	65327
26	or/10-25	7292797
27	((coocur\$ or co-ocur\$ or coexist\$ or co-exist\$ or multipl\$) adj3 (disease? or ill\$ or care or condition? or disorder\$ or health\$ or medication\$ or symptom\$ or syndrom\$)).ti,ab.	51969
28	chronic\$.ti,ab,hw.	1051443
29	27 or 28	1095778
30	26 and 29	638043

31	exp *education, continuing/	30835
32	(education\$ adj2 (program\$ or intervention? or meeting? or session? or strateg\$ or workshop? or visit?)).tv.	47787
33	(behavior?r\$ adj2 intervention?).tv.	8864
34	*pamphlets/	1449
35	(leaflet? or booklet? or poster or posters).tv.	22770
36	((written or printed or oral) adj information).tv.	1597
37	(information\$ adj2 campaign).tv.	382
38	(education\$ adj1 (method? or material?)).tv.	5113
39	*advance directives/	2989
40	outreach.tv.	8711
41	((opinion or education\$ or influential) adj1 leader?).tv.	1099
42	facilitator?.tv.	14425
43	academic detailing.tv.	374
44	consensus conference?.tv.	4356
45	*guideline adherence/	10591
46	practice guideline?.tv.	15917
47	(guideline? adj2 (introduc\$ or issu\$ or impact or effect? or disseminat\$ or distribut\$)).tv.	3448
48	((effect? or impact or evaluat\$ or introduc\$ or compar\$) adj2 training program\$).tv.	631
49	*reminder systems/	1459
50	reminder?.tv.	7845
51	(recall adj2 system\$).tv.	399
52	(prompter? or prompting).tv.	5438
53	algorithm?.tv.	148700
54	*feedback/ or feedback.tv.	92548
55	chart review\$.tv.	25877
56	((effect? or impact or records or chart?) adj2 audit).tv.	827
57	compliance.tv.	84998
58	marketing.tv.	18224
59	or/31-58	534452
60	exp *reimbursement mechanisms/	17369
61	fee for service.tv.	3768
62	*capitation fee/	1999
63	**deductibles and coinsurance"/	651
64	cost shar\$.tv.	1288
65	(copayment? or co payment?).tv.	1411
66	(prepay\$ or prepaid or prospective payment?).tv.	4165
67	*hospital charges/	1009
68	formular?.tv.	3091
69	fundhold?.tv.	1
70	*medicaid/	10321
71	*medicare/	17943
72	blue cross.tv.	1125

73	or/60-72	52997
74	*nurse clinicians/	5560
75	*nurse midwives/	4679
76	*nurse practitioners/	11048
77	(nurse adj (rehabilitator? or clinician? or practitioner? or midwi\$)).tw.	10592
78	*pharmacists/	7506
79	clinical pharmacist?.tw.	1574
80	paramedic?.tw.	3553
81	*patient care team/	21840
82	exp *patient care planning/	23890
83	(team? adj2 (care or treatment or assessment or consultation)).tw.	10943
84	(integrat\$ adj2 (care or service?)).tw.	8247
85	(care adj2 (coordinat\$ or program\$ or continuity)).tw.	20615
86	(case adj1 management).tw.	8190
87	exp *ambulatory care facilities/	25625
88	*ambulatory care/	16099
89	or/74-88	156988
90	*home care services/	20168
91	*hospices/	3316
92	*nursing homes/	20357
93	*office visits/	2301
94	*house calls/	1496
95	*day care/	2903
96	*aftercare/	2799
97	*community health nursing/	14881
98	(chang\$ adj1 location?).tw.	394
99	domiciliary.tw.	2262
100	(home adj1 treat\$.tw.	1440
101	day surgery.tw.	2051
102	*medical records/	15981
103	*medical records systems, computerized/	12788
104	(information adj2 (management or system?)).tw.	28284
105	*peer review/	3190
106	*utilization review/	2552
107	exp *health services misuse/	3955
108	or/90-107	133124
109	*physician's practice patterns/	26692
110	quality assurance.tw.	19372
111	*process assessment/ [health care]	1541
112	*program evaluation/	7690
113	*length of stay/	8017
114	(early adj1 discharg\$).tw.	2252
115	discharge planning.tw.	2296

116	offset.tw.	20469
117	triage.tw.	10695
118	exp "Referral and Consultation"/ and "consultation"/	19938
119	*drug therapy, computer assisted/	1114
120	near patient testing.tw.	189
121	*medical history taking/	4499
122	*telephone/	4311
123	(physician patient adj (interaction? or relationship?)).tw.	1999
124	*health maintenance organizations/	9316
125	managed care.tw.	16173
126	(hospital? adj1 merg\$).tw.	377
127	or/109-126	151134
128	((standard or usual or routine or regular or traditional or conventional or pattern) adj2 care).tw.	43664
129	(program\$ adj2 (reduc\$ or increas\$ or decreas\$ or chang\$ or improv\$ or modify\$ or monitor\$ or care)).tw.	43940
130	(program\$ adj1 (health or care or intervention?)).tw.	31469
131	((effect? or impact or evaluat\$ or introduc\$ or compar\$) adj2 treatment program\$).tw.	307
132	((effect? or impact or evaluat\$ or introduc\$ or compar\$) adj2 care program\$).tw.	139
133	((effect? or impact or evaluat\$ or introduc\$ or compar\$) adj2 screening program\$).tw.	556
134	((effect? or impact or evaluat\$ or introduc\$ or compar\$) adj2 prevent\$ program\$).tw.	446
135	(computer\$ adj2 (dosage or dosing or diagnosis or therapy or decision?)).tw.	4230
136	((introduc\$ or impact or effect? or implement\$ or computer\$) adj2 protocol?).tw.	3092
137	((effect or impact or introduc\$) adj2 (legislation or regulations or policy)).tw.	1684
138	or/128-137	116506
139	or/59,73,89,108,127,138	1031033
140	randomized controlled trial.pt.	397682
141	controlled clinical trial.pt.	89704
142	random\$.ti.ab.	774985
143	(control\$ adj2 (trial? or study or studies)).ti.ab.	310551
144	double-blind method/ or random allocation/ or single-blind method/	224389
145	((double or single or triple or treble) adj2 blind\$).ti.ab.	133871
146	(quasi-experiment\$ or quasiexperiment\$).ti.ab.	7163
147	interrupt\$ time series.ti.ab.	1246
148	systematic review {No Related Terms}	12088
149	or/140-148	1156544
150	9 and 139 and 149	7952
151	30 and 139 and 149	5784
152	150 or 151	9940
153	3 or 4	4654
154	153 and 148	10
155	152 or 154	9946
156	limit 155 to yr="2006 -Current"	6687

9.2.3 2b. Trefwoorden voor literatuurselectie

Knelpunten	Trefwoorden
1a. Medische specialisten zijn veelal (te) sterk gericht op de biomedische aspecten van de ziekte, en hebben minder oog voor de psychosociale gevolgen ervan voor de patiënt. In de behandeldoelen wordt dan ook met dit laatste niet genoeg rekening houden.	shared decision making; integrated care; collaborative care; guided care; treatment goals; goal-oriented care; patient-centered care; patient preference; life expectancy; individualized care.
1b. Prognose en levensverwachting worden onvoldoende in ogenschouw genomen bij het opstellen van behandeldoelen. Prioriteiten van patiënten of cliënten worden hierbij ook onvoldoende betrokken.	
2. Comorbiditeit en multimorbiditeit komen vaker voor bij sociaaleconomisch zwakke groepen en bij migranten, een belangrijk facet van sociale ongelijkheid. Hoe kunnen deze groepen beter worden bereikt?	social class; socioeconomic status; socioeconomic deprivation; migrant; equity; inequity; marginalized
3a. Bij psychische patiënten met somatische comorbiditeit bestaat een groter risico dat zij inadequaet omgaan met de (behandeling van de) somatische ziekte.	somatic; somatic comorbidity; somatic comorbidities
3b. Risico op het miskennen van een lichamelijke aandoening bij psychische patiënten door zorgverleners.	
4a. Voor de patiënt is het vaak niet duidelijk bij wie hij terecht kan als hij een (nieuwe) klacht heeft of zich ergens ongerust over maakt. Ofwel: wie is 'casemanager'? Deze functie hoeft niet samen te vallen met die van 'regiebehandelaar' (in de ambulante setting, zou de huisarts of diens 'verlengde arm' een POH, idealiter de 'casemanager' zijn).	shared decision making; integrated care; collaborative care; guided care; treatment goals; goal-oriented care; patient-centered care; patient preference; life expectancy; individualized care
4b. Ten aanzien van (integrated) collaborative care modellen: er is geen cliëntvertegenwoordiger die meeloopt in 1e lijn. Casemanager maakt geen deel uit van de ziekenhuisorganisatie.	
5. Er is geen systematische en vroegtijdige aandacht voor de mogelijke ernstige (somatische) bijwerkingen van psychofarmaca.	Monitoring; adverse effects; drug therapy.

9.3 Zorgmodellen

Er zijn internationaal diverse modellen ontwikkeld voor de coördinatie en verbetering van zorg aan patiënten met chronische aandoeningen, zoals het Collaborative Care Model, Chronic Care Model, en Guided Care.

Bron: Katon W, Von Korff M, Lin E, Walker E, Simon GE, Bush T, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines impact on depression in primary care. J Am Med Assoc. 1995;273:1026-31.

Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Aff (Millwood). 2001;20:64-78.

Coleman EA, Berenson RA. Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. Ann Intern Med. 2004;141:533-6.

Boyd CM, Boulton C, Shadmi E, Leff B, Brager R, Dunbar L, Wolff JL, Wegener S. Guided care for multimorbid older adults. Gerontologist 2007; 47:697-704.

Bij patiënten met depressie en somatische comorbiditeit kan bijvoorbeeld 'collaborative care' een

gunstig effect hebben op zowel de regulatie van de diabetes als de depressieve symptomen.

Bron: Atlantis E, Fahey P, Foster J. Collaborative care for comorbid depression and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2014;4:e004706.

Ekers D, Murphy R, Archer J, Ebenezer C, Kemp D, Gilbody S. Nurse-delivered collaborative care for depression and long-term physical conditions: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Dis*. 2013;149:14-22.

Huang Y, wei X, Wu T, Chen R, Guo A. Collaborative care for patients with depression and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2013;13:260.

Katon WJ, Lin EH, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman EJ, Young B, et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med*. 2010;363:2611-20.

De genoemde modellen gaan uit van het Amerikaanse zorgsysteem waar de eerstelijnsgezondheidszorg anders is georganiseerd dan in Nederland en waarbij (oudere) patiënten met co-/multimorbiditeit geen goede toegang hebben tot de aanbevolen zorg (onder andere door hoge eigen bijdragen en grotere afstanden). Het wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit en meerwaarde van deze modellen is niet zonder meer te extrapoleren naar de Nederlandse situatie. Bovendien is ook niet in alle onderzoeken bewijs te vinden dat de somatische situatie als gevolg van collaboratieve zorg bij co-/multimorbiditeit verbetert.

Bron: Archer J, Brower P, Gilbody S, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 10, CD006525.

In alle modellen wordt aanbevolen binnen de multidisciplinaire samenwerking heldere afspraken te maken over de coördinatie van zorg en het aanspreekpunt voor de patiënt. Deze principes zijn overgenomen in deze module zonder een keuze te maken voor een specifiek model. Onderstaand wordt meer specifieke informatie gegeven over de zorg volgens de modellen van 'collaborative care' en 'guided care' met relevantie voor de ambulante integrale zorg.

9.3.1 Collaborative care

Een breed geaccepteerde definitie van collaborative care is dat het voldoet aan een viertal criteria:

1. er is sprake van een multidisciplinaire/multiprofessionele benadering van patiëntenzorg;
2. het bevat een gestructureerd behandelplan;
3. er zijn geplande patiënten follow-ups;
4. er is sprake van adequate interprofessionele communicatie.

Een voorbeeld van een beschrijving van dit model staat benoemd in een artikel van Van der Feltz-Cornelis.

Bron: Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Adèr HJ, Van Dyck R. Collaborative care voor lichamelijk onverklaarde klachten in de huisartsenpraktijk. Uitkomst en opbrengst voor de huisarts. Huisarts Wet 2006; 49: 342-7.

Collaborative care gaat uit van drie hoofdprincipes:

1. De patiënt moet gemotiveerd zijn voor de behandeling en actief meedoen; de arts moet hem daartoe motiveren en systematisch uitnodigen door samen een behandelplan op te stellen waaraan beiden zich in een contract binden. In een collaborative care model stelt de zorgverlener dan ook systematisch de vraag wat hij moet doen om de patiënt te motiveren om actief aan de behandeling deel te nemen.
2. Collaborative care volgt het principe van ketenzorg met een ingebouwde verbetercyclus. Dat wil zeggen: er wordt een stap gezet in de behandeling; die wordt vervolgens geëvalueerd. Op grond van de bevindingen wordt de volgende stap gezet en afgestemd met andere zorgverleners. Deze vorm van procesbewaking wordt uitgevoerd in casemanagement. In het onderzoek van Van der Feltz-Cornelis is de huisarts de casemanager. Het stapsgewijs evalueren en doorzetten van fases wordt ook wel stepped care genoemd.
3. In deze keten worden verschillende domeinen van hulpverlening met elkaar gecombineerd, doordat de huisarts als eerstelijnsprofessional in de algemene gezondheidszorg en de psychiater als tweedelijnsprofessional uit de GGZ of als zelfstandig gevestigd psychiater met elkaar samenwerken om continuïteit van zorg voor de patiënt te bewerkstelligen.

Naast deze principes bevat collaborative care de volgende elementen:

1. Er wordt psycho-educatie gegeven.
2. De huisarts gaat een behandelovereenkomst aan met de patiënt waarbij de patiënt keuzes kan maken (contractering); met deze voorkeuren van de patiënt wordt expliciet rekening gehouden.
3. De huisarts past therapietrouwbevorderende technieken toe.
4. De fysiotherapeut geeft adviezen om de leefstijl en de conditie te verbeteren.
5. De huisarts doet korte gedragsmatige interventies na hiervoor een training te hebben gevolgd.
6. Zo nodig bijgestaan door de eerstelijnspsycholoog.
7. Bij voldoende ernst van het beeld schrijft de huisarts medicatie voor. Bij een angststoornis of een depressie gaat de voorkeur uit naar een antidepressivum boven een benzodiazepine.

Toegesplitst op het collaborative-caremodel in het onderzoek van Van der Feltz-Cornelis doet de psychiater ook consulten in de huisartsenpraktijk. De psychiater ziet de patiënt samen met de huisarts, stelt een diagnose en maakt in overleg met patiënt en huisarts een behandelplan in de zogenaamde contracteerfase van het consult. De psychiater vat de reattributie samen, geeft de diagnostische overwegingen en behandelopties, stemt het behandelplan af op de voorkeuren van patiënt en huisarts, en vat dit samen in een consultverslag dat aan patiënt en huisarts wordt verstrekt. Deze consulten worden gecombineerd met training van de huisartsen in casemanagement,

CGT-technieken (cognitieve gedragstherapie) met een focus op reattributie, en training in diverse CGT-behandelmodellen zoals werken met scoreopdrachten of het geven van rouwtherapie in drie sessies door de huisarts.

Het consult heeft als doel bijkomende psychische stoornissen te diagnosticeren die zo ernstig zijn dat medicamenteuze behandeling aangewezen is. De psychiater kan ook inventariseren of er intra- dan wel interpersoonlijke problematiek is waar psychotherapeutisch interventie voor nodig is. Patiënten met levensproblematiek krijgen het advies in psychotherapie te gaan. Hun huisartsen krijgen casemanagementadvies. Patiënten met bijkomende depressie of angststoornis krijgen psycho-educatie en verdere behandeladviezen per ICD-10-categorie.

9.3.2 Guided care

Guided care is een zorgmodel dat kan worden toegepast in de eerste lijn met als doel het verbeteren van de uitkomst van patiënten met chronische aandoeningen.

Bron: Boyd CM, Boulton C, Shadmi E, Leff B, Brager R, Dunbar L, et al. Guided care for multimorbid older adults. *Gerontologist*. 2007;47(5):697-704.

Boulton C, Reider L, Leff B, Frick KD, Boyd CM, Wolff JL, et al. The effect of guided care teams on the use of health services: results from a cluster-randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2011;171(5):460-6.

Daarbij wordt uitgegaan van zeven principes die bewezen effectief zijn op klinische en/of financiële uitkomsten:

- disease management;
- zelfmanagement;
- casemanagement;
- leefstijlaanpassing;
- overdrachtelijke zorg;
- educatie en ondersteuning door zorgverlener;
- geriatrische evaluatie.

Met het Guided care model wordt getracht te voldoen aan de voortvloeiende complexe zorgbehoeften die multimorbide patiënten hebben. De doelgroep van het model zijn mensen van 65 jaar en ouder die tot bovenste kwartiel behoren wat betreft risico op intensief gebruik van de gezondheidszorg berekend op basis van scores van de hierarchical condition category (HCC) predictive model. Een guided-care-verpleegkundige die een speciale opleiding hiervoor heeft gevolgd, werkt samen met één of meer huisartsen en kan op deze manier zorg dragen voor 50 tot 60 oudere patiënten met multimorbiditeit.

Het takenpakket van de guided-care-verpleegkundige bestaat uit grofweg acht processen:

- beoordelen van de patiënt;

- maken van een evidence-based zorgplan: Care Guide voor de zorgprofessionals en een Action Plan voor de patiënt en zorgverlener (thuiszorg);
- stimuleren van zelfmanagement;
- maandelijkse monitoring;
- coaching en stimuleren van gezond gedrag;
- coördineren van zorg tussen de verschillende betrokken zorgverleners;
- educatie voor mantelzorgers;
- het faciliteren van toegang tot gemeenschappelijke bronnen.

De huisarts kan een ondersteunende rol bieden bij deze taken. Om de taken te volbrengen heeft de guided-care-verpleegkundige toegang tot het elektronisch patiëntendossier. In onderstaande tabel staat een overzicht van de taken en toelichting hierop van de guided-care-verpleegkundige.

Beoordelen patiënt	De patiënt wordt door de guided-care-verpleegkundige beoordeeld in de thuissituatie op diverse domeinen: medisch, functioneel, cognitief, affectief, psychosociaal, voeding, en omgeving. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van diverse instrumenten, namelijk een ADL lijst, Mini Mental State Examination, Get Up & Go test, Geriatric Depression Scale, CAGE alcoholisme schaal en screeningsvragen voor gehoorverlies, vallen en urine-incontinentie. Daarnaast wordt de patiënt gevraagd naar zijn of haar doelen.
Evidence-based zorgplan	De verzamelde gegevens worden samengevoegd in het elektronisch patiëntendossier en aan de hand van <i>evidence-based best practice</i> aanbevelingen wordt een voorlopige Care Guide samengesteld die een medisch en gedragsplan omvat voor het managen en monitoren van de verschillende chronische aandoeningen van de patiënt. Vervolgens wordt deze voorlopige Care Guide samen met de huisarts afgestemd op de omstandigheden en wensen van de individuele patiënt. De laatste stap is het bespreken van de Care Guide met de patiënt en zijn of haar zorgverlener (thuiszorg). De Care Guide wordt waar nodig nog aangepast naar hun voorkeuren, prioriteiten en voornemens. De uiteindelijke Care Guide voorziet alle betrokken zorgprofessionals met een beknopte samenvatting van de status en zorgplannen van de patiënt en wordt regelmatig geactualiseerd door de <i>guided-care-verpleegkundige</i> . Van de Care Guide wordt ook een patiëntvriendelijke versie in lektaal vervaardigd, Mijn Actie Plan, welke op een prominente plek in het huis van de patiënt komt te liggen.
Zelfmanagement	De <i>guided-care-verpleegkundige</i> stimuleert de doeltreffendheid en zelfredzaamheid van de patiënt in het managen van de chronische aandoeningen door hem of haar te verwijzen naar een kosteloze zelfmanagement cursus voor chronische aandoeningen. De cursus wordt geleid door leken en ondersteund door de <i>guided-care-verpleegkundige</i> . In deze cursus, ontwikkeld door de Stanford University, leert de patiënt om Mijn Actie Plan te implementeren en te verfijnen. Versterkt door simpele, makkelijk leesbare roosters en herinneringen faciliteert Mijn Actie Plan stapjes voorwaarts richting een gezonde leefstijl, op de juiste manier de voorgeschreven medicatie gebruiken, en ook het op de juiste manier gebruik maken van het zorgsysteem.
Monitoring	Ten minste één keer per maand monitort en inventariseert de <i>guided-care-verpleegkundige</i> telefonisch of er nieuwe problemen zijn. Indien er sprake is van een nieuw probleem, dan wordt dit besproken met de huisarts en wordt zo nodig actie ondernomen. Op weekdays is de <i>guided-care-verpleegkundige</i> direct beschikbaar voor patiënt en zorgverlener (thuiszorg) voor vragen en problemen.
Coaching	Het maandelijkse telefoongesprek wordt ook gebruikt voor motiverende gespreksvoering om deelname van de patiënt in de zorg te bevorderen en de naleving van Mijn Actie Plan te versterken. Deze manier van coaching is gebaseerd op de Transtheoretical Model van Change van Prochaska & DiClemente waarbij wordt gekeken in welk stadium van gedragsverandering een patiënt zit. De <i>guided-care-verpleegkundigen</i> zijn getraind in de principes en strategieën van motiverende gespreksvoering. Deze worden gebruikt om patiëntvoorkeuren te identificeren, om de patiënt te helpen bij het ontwikkelen en vasthouden van gedragsveranderingen, en om de patiënt en zorgverlener (thuiszorg) deel te laten nemen aan de zelfmanagement cursus.

	Tijdens de coach sessies toont de <i>guided-care-verpleegkundige</i> empathie, verheldert discrepanties tussen huidig gedrag en de gezondheidsdoelen, vermijdt discussies en ondersteunt doeltreffendheid en zelfredzaamheid.
Coördineren	De <i>guided-care-verpleegkundige</i> coördineert de inspanningen van alle zorgprofessionals die de patiënt behandelen. Elke patiënt wordt aangemoedigd eerst contact op te nemen met de <i>guided-care-verpleegkundige</i> alvorens een bezoek aan het ziekenhuis te brengen. De <i>guided-care-verpleegkundige</i> neemt niet de taken van andere zorgprofessionals over maar zorgt voor de meest recente informatie van de patiënt (de Guided Care), bezoekt de patiënt tijdens opnames en geeft hulp bij het plannen en uitvoeren van de follow-up. Op deze manier draagt de <i>guided-care-verpleegkundige</i> zorg voor een soepele overgang tussen de verschillende zorgprofessionals, en dan met name bij transities tussen ziekenhuis en thuis en houdt de huisarts op de hoogte van de status van de patiënt.
Educatie en steun	Voor patiënten met functionele problemen of die moeite hebben met de zorgtaken, biedt de <i>guided-care-verpleegkundige</i> individuele steun of steun in groepsverband (bijvoorbeeld zelfmanagement cursus voor mantelzorgers, maandelijkse groepsbijeenkomsten, en ad hoc telefoon consultaties).
Faciliteren van toegang tot gemeenschappelijke bronnen	De <i>guided-care-verpleegkundige</i> faciliteert toegang tot gemeenschappelijke bronnen/faciliteiten (bijvoorbeeld voor vervoer, maaltijden en patiëntencontact) om zo aan de behoeften van de patiënt en de zorgverlener (thuiszorg) te voldoen.