

Kwaliteitsstandaard psychosociale zorg verbetert patiëntenzorg bij somatische ziekte

Samenstelling - Redactie | Fotografie - Dreamstime.com

Een op de drie patiënten met een (chronische) somatische ziekte zegt last van psychosociale problemen te ervaren. Dat blijkt uit onderzoeksgegevens van het NIVEL en het Trimbos-instituut. Die problemen manifesteren zich op verschillende momenten tijdens het ziekteproces en erna. Dit kunnen bijvoorbeeld gevoelens van onzekerheid, angst, machteloosheid en depressie zijn. Vooral angst en depressie komen regelmatig voor bij mensen met een somatische ziekte.

Zorgverleners hebben hiervoor niet altijd voldoende aandacht. Dat heeft verschillende redenen zoals onduidelijkheid over verantwoordelijkheid en financiering. Men gaat er vaak ten onrechte vanuit dat psychosociale zorg veel tijd en geld kost. Echter, wetenschappelijk onderzoek dat voor de kwaliteitsstandaard is geraadpleegd, wijst juist uit dat tijdige aandacht voor psychosociale problematiek zich in veelvoud terugbetaalt: in tijd, kosten, behandelresultaten en ook in patiënttevredenheid.

Kritische meelezers

Om te bevorderen dat zorgverleners meer houvast hebben over wie wanneer welke psychosociale zorg dient te bieden, is de kwaliteitsstandaard *Psychosociale zorg bij somatische ziekte* opgesteld. Deze standaard is op 14 november 2019 ingeschreven in het Openbaar Register van het Kwaliteitsinstituut. Namens Huidpatiënten Nederland heeft drs. Hans Blaauwbroek kritisch meegelezen tijdens het schrijfproces, en namens de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie deed dermatoloog Patrick Kemperman dat. Reden om beide betrokkenen nog een paar aanvullende vragen te stellen:

Hoe belangrijk is, in jullie ogen, deze Kwaliteitsstandaard?

Blaauwbroek licht de problemen toe: "Veel patiënten met een chronische huidaandoening hebben last van schaamte, ervaren sociale uitsluiting of krijgen relatieproblemen. Voor hen is deze kwaliteitsstandaard essentieel. Het is de basis voor het verankeren van aandacht voor psychosociale problemen in behandelprogramma's en in opleidingen. Het is tevens een fundament voor het realiseren van financiering." Kemperman onderschrijft die problemen en is blij met deze standaard: "Deze kwaliteitsstandaard is een belangrijke eerste stap om de bewustwording van nut en noodzaak van psychosociale zorg als onderdeel van een lichamelijk behandeltraject te vergroten. Vaak gaat in de spreekkamer de aandacht uit naar lichamelijke klachten, terwijl er in veel gevallen ook psychische klachten zijn die samenhangen met de chronische aandoening."

Wat zijn de belangrijkste leerpunten voor dermatologen en huisartsen?

Voor beide heren gaat de reikwijdte van huidproblemen verder dan de huid *sec*. "Huidaandoeningen zijn veel meer dan een fysiek probleem", aldus Blaauwbroek. "De invloed op kwaliteit van leven is groot. Onlangs sprak ik een vrouw die als gevolg van lichen sclerosus is gescheiden, moest verhuizen en nu geen nieuwe relatie durft aan te gaan. Onderdeel van de zorgverlening is dat dit soort problemen besproken worden. Veel dermatologen en huisartsen doen dit nog onvoldoende."

Een kernachtige Kemperman: "Het belangrijkste leerpunt is dat een chronische aandoening veel invloed kan hebben op het emotioneel en sociaal functioneren, met alle gevolgen van dien."

Zélf doen

Bevat de Kwaliteitsstandaard ook aandachtspunten voor mensen met een chronische huidaandoening?

Voor Kemperman, als dermatoloog, is dat evident: "De impact van een chronische aandoening heeft veel overeenkomsten met die van andere verschillende chronische aandoeningen, zoals diabetes mellitus, hartklachten of darmaandoeningen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan acceptatieproblematiek, angstklachten of stemmingsklachten. Chronische huidaandoeningen onderscheiden zich hierin wel doordat er ook zichtbare afwijkingen zijn, waardoor huidpatiënten zich continu bekeken en anders voelen. Dit noemen we stigmatisatie. Het thema stigmatisatie is relatief onderbelicht in deze kwaliteitsstandaard, maar we moesten natuurlijk zorgen dat alle verschillende chronische aandoeningen vertegenwoordigd zijn in de standaard."

Blaauwbroek geeft een praktisch advies: "Hét belangrijkste aandachtspunt voor patiënten is: praat erover! Denk niet: 'ik los het zelf wel op'. Kijk kritisch in de spiegel en bespreek het. In de kwaliteitsstandaard staat dat 'informele hulpverleners' zoals familieleden de meeste psychosociale ondersteuning bieden. Dit is een belangrijke constatering. Het bespreken van je problemen met familie of naasten is de eerste stap naar een oplossing. Voor veel patiënten blijkt het niet eenvoudig om deze stap te zetten. Zorgverleners kunnen dat stimuleren."

Welke concrete handvatten biedt deze standaard voor betere samenwerking tussen professionals in de 1e, 2e en 3e lijn (huisartsen, medisch en verpleegkundig specialisten en ggz-professionals)?

Kemperman perkt de reikwijdte ietsje in: "De handvatten zijn er met name voor de somatisch zorgverlener zoals huidarts, verpleegkundige of medisch specialist. Het gaat niet alleen om het louter signaleren, maar ook om handelen, iets doen! Hiermee bedoel ik verwijzen naar een psycholoog of een ggz-zorgprofessional als dit nodig is. Deze standaard geeft een goed beeld wat de gevolgen kunnen zijn van een chronische aandoening, en welk type psychosociale zorg ofwel begeleiding het meest aangewezen is. Zo heeft de ene patiënt voldoende baat bij een maatschappelijk werker, en is een andere patiënt beter gebaat met meer specialistische psychologische hulp."

Integrale zorg

De puzzelstukjes beginnen te passen, meent Blaauwbroek: "Het mooie is dat de publicatie van de kwaliteitstandaard Psychosociale zorg samenvalt met het beschikbaar komen van een aantal instrumenten voor mensen met psychosociale ondersteuning. Er is patiënteninformatie beschikbaar op <https://www.huidnederland.com/themas/huid-en-psychosociale-zorg>. Daar vindt men ook instrumenten om te onderzoeken of er sprake is van psychosociale problemen. En er is verwijsinformatie naar gespecialiseerde hulpverleners." Hij vervolgt: "In de ggz zijn de laatste jaren ook veel kwaliteitsstandaarden ontwikkeld."



“Het belangrijkste leerpunt is dat een chronische aandoening veel invloed kan hebben op het emotioneel en sociaal functioneren, met alle gevolgen van dien.”

Een belangrijke is de generieke module Destigmatisering. (<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules>). In de praktijk blijkt er nog sprake van een waterscheiding tussen de somatische en psychische hulpverlening, waardoor men kennis moeizaam uitwisselt. Vanuit patiëntenperspectief is dit een belangrijk aandachtspunt om integrale zorg te realiseren.”

Wat zouden dermatologen bij de inrichting van hun praktijk kunnen doen om meer aandacht te hebben voor psychosociale zorg bij chronische huidaandoeningen?

“Het belangrijkste is om het gesprek aan te gaan”, zegt Kemperman. “Meer tijd in de spreekkamer geeft meer ruimte om de emotionele en sociale impact te bespreken. Bijvoorbeeld wat voor belemmeringen ervaart de patiënt door de huidaandoening? Of wordt de patiënt er somber door? Maar ook het wijzen op een patiëntenvereniging of op de mogelijkheid voor psychologische hulp zou standaard bij een groot deel van de consulten moeten plaatsvinden.”

Er is onvoldoende tijd voor, luidt een vaak gehoord tegenargument. Blaauwbroek is daarvan niet overtuigd: “Wij lopen er tegenaan dat veel dermatologen zeggen geen tijd te hebben voor het bespreken van psychosociale problemen. Dat is een financieel en een organisatieprobleem. Misschien gaat het niet om meer geld, maar om een herverdeling. Ik zie praktijken waar gespecialiseerde dermatologische verpleegkundigen worden ingezet om aanvullende zorg te bieden, waaronder psychosociale zorg. Dat werkt prima en patiënten tonen zich tevreden.” *Hoe kan ondersteunend personeel hierbij worden ingezet?*

Een bondige Kemperman: “Screenen kost tijd. Ondersteunend perso-

neel kan hier een faciliterende rol in hebben.”

Wat zou voor jullie een logische vervolgstap kunnen zijn nu deze standaard is verschenen?

Opnieuw zijn de sprekers eensgezind. Kemperman: “Wie A zegt, moet ook B zeggen. Het is goed om na een bepaalde tijd te evalueren of de komst van deze belangrijke standaard daadwerkelijk heeft geleid tot verbetering van de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen. Het gevaar ligt op de loer dat men denkt: ‘het werk is nu gedaan’. Het tegendeel is waar, nu begint het pas. Natuurlijk kan niet alles in een keer worden verbeterd. Een mooie eerste stap zou zijn om de screening van psychosociale problemen (en dus bewustwording bij arts en patiënt) te verbeteren. Niet alleen aan het begin van het behandeltraject, maar gedurende het gehele traject.

Onlangs is er, in samenwerking met Huidpatiënten Nederland, een screeningsapp geïntroduceerd. Hiermee kan de patiënt zelf de impact van de huidaandoening op de kwaliteit van leven bepalen en monitoren. Zodoende krijgen mensen meer regie over hun eigen gezondheid. Dit is de Happi app, gratis te downloaden in de store, zie: <https://happiapp.nl/happiapp-huid.html>.

Blaauwbroek knikt instemmend: “Er moet een implementatieprogramma komen, vergelijkbaar met programma’s op het gebied van hulpmiddelen rond stomazorg en incontinentie. Het ministerie van VWS betaalt deze programma’s. Als dit niet gebeurt, ben ik bang dat de kwaliteitsstandaard een dode letter blijkt. Vanuit Huidpatiënten Nederland zullen we erop aandringen dat er een dergelijk programma komt.” **H**