

Eindrapport

Somatische zorg in de GGz

Regionaal Expert Team (RET) Amsterdam en Noord-Holland



februari 2014

zorg belang
Noord-Holland

Clïëntenbelang
AMSTERDAM

Somatische zorg in de GGz

Eindrapport

Regionaal Expert Team (RET) Amsterdam en Noord-Holland

Colofon

Cliëntenbelang Amsterdam:

Márian Vink
Plantage Middenlaan 14-1
1018 DD Amsterdam
Tel. 020-7525121
m.vink@clientenbelangamsterdam.nl

Zorgbelang Noord-Holland:

Steven Haverkamp
Schipholpoort 48
2034 MB Haarlem
023 - 530 00 00
s.haverkamp@zorgbelang-noordholland.nl

RET Amsterdam en Noord-Holland:

Marijke Burger
Sebastiaan Koning
Peter Köpping
Anita Kruys
Jannie de Langen
Nico de Louw
Jiska Sharon

Februari 2014

Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt door een subsidie van de Stichting Achmea
Gezondheidszorg (SAG)

Inhoudsopgave

COLOFON	2
INHOUDSOPGAVE	4
VOORWOORD	6
SAMENVATTING.....	8
1 INLEIDING EN VERANTWOORDING.....	10
1.1 Inleiding.....	10
1.2 RET GGz.....	10
1.3 Somatische zorg in de GGz	11
1.4 Doel van het project	12
1.5 Afbakening van het project	12
1.6 Samenstelling RET GGz Somatiek.....	12
1.7 Werkwijze.....	13
1.8 Financiering.....	13
2 ACHTERGRONDINFORMATIE	14
2.1 Somatische complicaties: literatuur	14
2.2 Gesprekken met professionals	14
2.3 Brief Inspectie voor de Gezondheidszorg	15
2.4 Rol huisartsen	16
2.5 Conclusies.....	16
3 SOMATISCHE ZORG IN DE GGZ.....	18
3.1 Beleid t.a.v. somatische zorg	18
3.2 Somatische screening.....	19
3.3 Voorlichting	19
3.4 Leefstijlprogramma's	19
3.5 Dossiers	20
3.6 Voorzieningen	20
3.7 Conclusies.....	21
4 GOEDE SOMATISCHE ZORG VOLGENS CLIËNTEN: SPIEGELGESPREKKEN	22
4.1 De methode spiegelgesprekken	22
4.2 Spiegelgesprekken bij Instelling C en Instelling D	22
4.2.1 <i>Beleid ten aanzien van de somatische zorg</i>	23
4.2.2 <i>Somatische screening</i>	24
4.2.3 <i>Voorlichting</i>	25
4.2.4 <i>Begeleiden van gezonde leefstijl</i>	27
4.2.5 <i>Behandelplan/behandeldossier</i>	28

4.2.6	<i>Voorzieningen</i>	28
4.2.7	<i>Scholing</i>	28
4.3	Goede somatische zorg volgens cliënten: conclusies	28
5	AANBEVELINGEN EN AANPAK	30
	BIJLAGE 1 – SAMENSTELLING RET	34
	BIJLAGE 2 – LITERATUURLIJST	37
	BIJLAGE 3 – LIJST VAN GEÏNTERVIEWDE PROFESSIONALS/EXPERTS	38
	BIJLAGE 4 – MATRIX	39
	BIJLAGE 5 – BRIEF AAN DE INSTELLINGEN.....	41

Voorwoord

Dagelijks wordt er hard gewerkt door patiënten, familie, hulpverleners en onderzoekers om de zorg voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen te verbeteren. Desondanks is het vandaag de dag nog steeds een feit dat veel van deze kwetsbare patiënten twintig jaar eerder komen te overlijden dan de algemene bevolking.

De zorg voor de lichamelijke gezondheidstoestand van patiënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA) krijgt steeds meer aandacht in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Somatische screening en hierop volgende behandeling zijn van cruciaal belang voor een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid van deze patiënten.

Vroege herkenning van somatische complicaties en vroegtijdige behandeling met o.a. leefstijlinterventies, dragen positief bij aan het verbeteren van de gezondheidstoestand van de patiënt, zijn functioneren en de kwaliteit van leven.

Ondanks bovenstaande wetenschap blijft de implementatie van systematische somatische screening en behandeling een moeizaam proces en gaan verbeteringen langzaam. Te vaak blijven goede bedoelingen en ambities steken in vuistdikke rapporten, protocollen en beleidsnotities binnen GGZ-instellingen.

De grote verschillen in levensverwachting tussen mensen met een EPA en de mensen uit algemene bevolking blijven onverminderd groot.

Recente studies laten zien dat door de somatische comorbiditeit de levensverwachting van deze patiënten met 15-25 jaar bekort wordt.

Naast onnatuurlijke vroegsterfte door suïcide en ongelukken, zijn cardiovasculaire aandoeningen de belangrijkste oorzaak voor deze verhoogde mortaliteit.

De risicofactoren voor somatische complicaties en hart- en vaatziekten, zoals veel roken, slecht voedingspatroon, overgewicht, verhoogde kans op diabetes en weinig lichaamsbeweging, zijn vrijwel allemaal aanwezig bij patiënten met EPA. Daarnaast staan symptomen van de psychische aandoening en apathie vaak gezondheidsbevorderend gedrag in de weg.

De soms moeizame wijze waarop EPA-patiënten hun gezondheidsproblemen signaleren, ervaren en presenteren, draagt ertoe bij dat behandelaren de klachten en aandoeningen vaak niet of pas laat ontdekken. Ook spelen soms een beperkt ziektebesef, angst en een grotere pijntolerantie een belangrijke rol om gezondheidszoekend gedrag en een bezoek aan de huisarts uit te stellen.

Ook de beperkte motivatie van patiënten om een gezonde levensstijl toe te passen en gezondheidsbevorderend gedrag aan te nemen houden de huidige situatie in stand.

Tot slot dragen ook het gebrek aan urgentiebesef en een tekort aan kennis en vaardigheden binnen de GGZ op het gebied van somatische problematiek, bij aan de instandhouding van de genoemde problemen. Het beperkte urgentiebesef leidt er mede toe dat de noodzakelijke samenwerking tussen huisartsen en GGZ-professionals slechts moeizaam tot stand komt.

Het is van het grootste belang dat de somatische zorg voor patiënten met EPA op korte termijn fundamenteel wordt verbeterd. Leefstijlprogramma's, gericht op ondersteuning bij het verbeteren van een gezonde leefstijl (roken, bewegen en voeding), zijn daarbij van groot belang.

Dit rapport van de RET legt belangrijke knelpunten bloot en doet waardevolle aanbevelingen voor deze verbeteringen. Dat het rapport vanuit cliëntenperspectief is ontwikkeld maakt het belang des te groter.

Ronald van Gool, M ANP
Verpleegkundig specialist GGZ inGeest

Samenvatting

Het onderwerp somatische zorg in de GGz is van belang vanwege de comorbiditeit: het samengaan van psychiatrische aandoeningen met somatische problemen. In een brief van de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan de GGz-instellingen worden bouwstenen genoemd die somatische complicaties bij langdurig gebruik van antipsychotica moeten voorkomen. Het wordt steeds duidelijker dat ook depressieve klachten een negatieve invloed hebben op de lichamelijke gezondheid. Een ongezonde leefstijl speelt daarbij een belangrijke rol.

In 2012 is een Regionaal Expert Team GGz gestart, dat bestaat uit vertegenwoordigers van GGz-cliëntenraden en afgevaardigden van verschillende GGz-cliënten- en familieorganisaties. Het RET heeft literatuur bestudeerd en de werkwijze binnen vijf GGz instellingen bekeken. Zij doen van daaruit aanbevelingen over de optimale somatische zorg er vanuit het perspectief van cliënten uit zou moeten zien.

Een actieve onderzoekende houding van hulpverleners ten aanzien van de somatiek van cliënten dient bevorderd te worden. Uitgangspunt daarbij: een op herstel gerichte grondhouding.

In de onderzochte instellingen wordt beleid en richtlijnen vastgesteld op het gebied van somatiek, maar er is niet altijd duidelijkheid over de uitvoering en naleving van het beleid en de richtlijnen. Behandelverantwoordelijken hebben ruimte voor eigen beleid. De aanbeveling is om het beleid over de somatische zorg te verankeren in de instelling en te monitoren en te handhaven. Betrek de actief cliënten bij alle facetten van het somatiekbeleid en geef hen een duidelijke positie in de ontwikkeling en het monitoren van het beleid. Wijs per instelling een portefeuillehouder somatiek aan.

In de praktijk blijkt dat er onvoldoende communicatie is tussen GGz hulpverleners, huisartsen en medisch specialisten. Het is voor cliënten belangrijk dat duidelijk is wie de regie over de somatische zorg heeft en dat duidelijk is bij wie men met welke klachten terecht kan. In de keten tussen specialistische GGz zorg en basis GGz moeten goede afspraken worden gemaakt over wie, zowel voor de diagnostiek als therapie, de verantwoordelijkheid voor somatische problemen op welk moment op zich neemt. De voorkeur gaat hierbij uit naar diegene die hoofdbehandelaar blijft.

Het RET vindt het belangrijk dat de mondzorg bij inkoopbesprekingen wordt geagendeerd zodat mondzorg een vast onderdeel van het somatiekbeleid wordt.

Voor professionals buiten de GGz is goede voorlichting over de werking en bijwerking van medicijnen (psychofarmaca) van belang. Deskundigheidsbevordering voor huisartsen en tandartsen zou vooral een punt van aandacht moeten zijn. Het ligt voor de hand dat psychiaters (en SPV-en) hierover in gesprek gaan met de zorgketenpartners.

Twee instellingen bieden somatische zorg aan alle bij de instelling in behandeling zijnde cliënten. Twee andere instellingen richten zich vooral op mensen die antipsychotica gebruiken. Eén instelling behandelt in principe geen chronische cliënten. Aanbeveling: biedt somatische screening standaard en instellingsbreed aan bij opname/intake. Screen niet alleen mensen die antipsychotica gebruiken, maar alle mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen.

Er is bij cliënten behoefte aan goede voorlichting over verschillende thema's en op verschillende niveaus: over de bijwerkingen van medicatie, over voeding en over gezonde leefstijl. Aanbeveling: geeft cliënten voorlichting over wat ze op het gebied van somatiek kunnen verwachten wanneer ze bij de instelling in zorg komen. Ze daarbij ervaringsdeskundigen in.

Het RET heeft zich slechts een beperkt beeld kunnen vormen over de leefstijlprogramma's die worden aangeboden. De indruk bestaat dat leefstijlprogramma's niet altijd systematisch onderdeel van de behandeling vormen. Cliënten hechten waarde aan preventie, ter voorkoming van lichamelijke klachten. Een van de aanbevelingen is om speciaal op leefstijl gerichte aandachtfunctionarissen aan te stellen. Andere aanbeveling is om vanuit een herstelgericht beleid sport- en leefstijlprogramma's aan te bieden en de eigen sportfaciliteiten van de instellingen toegankelijk te maken voor ambulante cliënten. Ook bij leefstijlprogramma's zouden ervaringsdeskundigen een belangrijke rol kunnen spelen.

De voorlichting aan cliënten over voeding verdient aandacht. Cliëntenraden zouden met de instellingen in gesprek moeten gaan over het voedingsbeleid.

De instellingen wordt aanbevolen om een aandachtfunctionaris voeding aan te wijzen, bijgestaan door een commissie met bewoners/cliënten. Een andere aanbeveling is om kookgroepen te faciliteren waarin mensen zelf voor hun eten zorg dragen, ook als een manier om mensen bewust te maken dat ze zelf aan hun gezondheid bij kunnen dragen. Diëtisten zouden in een GGz instelling niet mogen ontbreken.

In overleg met cliënten kunnen familie en naastbetrokkenen een belangrijke invloed hebben op de leefstijl van cliënten. Ook hen betrekken in een integrale aanpak om de leefstijl aan te passen lijkt een meer dan logische vanzelfsprekendheid.

Het is voor cliënten essentieel dat de somatische zorg onderdeel is van het behandelplan en dat de somatische informatie integraal onderdeel uitmaakt van het behandeldossier.

Aanbeveling: leg alle bevindingen en behandeling op somatisch gebied vast in het behandeldossier, dat voor cliënten vrij toegankelijk is. Op logische momenten tijdens de behandeling zou de behandelaar met de cliënt actief moeten nagaan hoe het gesteld is met zijn of haar lichamelijke gezondheid. Het is essentieel dat de somatische informatie een integraal onderdeel wordt van het behandelplan.

Het verdient aanbeveling om ervoor te zorgen dat er in de instellingen *een somatisch arts dan wel een somatische poli aanwezig* is, waar alle cliënten van de instelling direct toegang toe hebben of naar verwezen kunnen worden.

Het RET pleit voor een bijscholingsprogramma somatiek voor de verschillende disciplines met een tijdspad voor de korte, middellange en lange termijn. De instelling zou over de inhoud van dit bijscholingsprogramma in gesprek moeten gaan met cliënten of met leden van de cliëntenraad.

1 Inleiding en verantwoording

1.1 Inleiding

In 2008 hebben Zorgbelang Noord-Holland en Cliëntenbelang Amsterdam, samen met andere zorgbelangorganisaties, een convenant gesloten met Agis. In 2011 is opnieuw een convenant gesloten, nu met Achmea. In dit convenant is de klantvertegenwoordiging in de inkoopcyclus van Achmea vastgelegd. Het convenant wordt per jaar uitgewerkt in concrete werkplannen.

Eén van de gekozen onderwerpen is de zorginkoop GGz. Eerder zijn vanuit cliëntenperspectief hiervoor criteria ontwikkeld.. Deze zijn door Agis/Achmea opgenomen in het zorginkoopbeleid.

In 2012 startte een RET GGz, een Regionaal Expert Team, dat bestaat uit vertegenwoordigers van GGz-cliëntenraden en afgevaardigden van verschillende GGz-cliënten- en familieorganisaties.

1.2 RET GGz

In 2006 is door Zorgbelang Groningen het initiatief genomen voor een eerste Regionaal Expert Team (RET). Het RET heeft op basis van ervaringen van kankerpatiënten samen met de ziekenhuizen actiepunten geformuleerd en verbetertrajecten voorgesteld. Verschillende verbetertrajecten zijn uitgevoerd en hebben geleid tot betere zorg voor mensen met kanker.

Inmiddels wordt in meer zorgsectoren gewerkt met RET's. Een RET heeft als doel vanuit de ervaringen van cliënten de kwaliteit van zorg te verbeteren. De dialoog met zorgverzekeraar en zorgaanbieders – bijvoorbeeld via een bijeenkomst met alle betrokken partijen - is daarbij van essentieel belang.

Zorgbelang Noord-Holland en Cliëntenbelang Amsterdam hebben in overleg met Achmea in 2012 een RET GGz geformeerd. Het RET GGz ziet het inbrengen van het cliëntenperspectief in de zorginkoop als een belangrijk middel om kwaliteitsverbetering in de GGz tot stand te brengen. Daartoe doet het RET GGz de zorgverzekeraar en zorgaanbieders suggesties voor kwaliteitscriteria en kwaliteitsverbeteringen. De kwaliteitscriteria kunnen door de zorgverzekeraar in hun inkoopcriteria worden opgenomen.

Het RET-GGz wordt gefinancierd via een subsidie van de Stichting Achmea Gezondheidszorg (SAG). Het RET is echter een zelfstandig functionerende expert groep. Daar zijn duidelijke afspraken over gemaakt met Achmea.

1.3 Somatische zorg in de GGz

Het RET-GGz richt zich in zijn eerste jaar op de somatische zorg in de GGz. De reden daarvoor is dat de (ervaren) lichamelijke gezondheid van mensen met chronisch psychiatrische problemen slecht is.¹ De levensverwachting van mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (m.n. schizofrenie) ligt bovendien aanzienlijk lager dan de gemiddelde levensverwachting van alle Nederlanders.

Sinds een aantal jaren staat de somatische zorg op de agenda van de zorginkoop van Achmea en van de GGz-instellingen. Achmea beperkt zich in haar zorginkoopbeleid 2013 voornamelijk tot de somatische screening en spreekt over "Aandacht voor de totale gezondheid van de klantgroep". Als criterium stelt Achmea: "in de meetperiode van 1 oktober 2012 tot en met 30 juni 2013 is meer dan 70% van de cliënten door de zorgaanbieder één of meerdere keren somatisch gescreend. Vastlegging in het dossier is vereist. De zorgaanbieder neemt de toetsing van dit criterium op in zijn interne audit. Achmea ontvangt een kopie van het auditrapport".

Ronald van Gool, verpleegkundig specialist op het gebied van de somatiek, concludeerde al in 2006 in zijn onderzoek naar risicotaxatie en vroegsignalering van somatische comorbiditeit² bij mensen schizofrenie dat somatische screening en behandeling van patiënten met schizofrenie te laat op gang komt. Uit lokale analyse van het zorgproces in een grote GGz-instelling bleek dat het belangrijkste knelpunt was dat er een protocol of richtlijn voor somatische screening ontbreekt. Daarnaast gaven professionals aan onvoldoende kennis te hebben van riskante somatische kenmerken en comorbide problematiek³ van psychiatrische patiënten.⁴

De laatste jaren werken GGz-instellingen steeds meer met beleidsnotities en protocollen. Tijdens het Congres 'Mind the Body' in 2011⁵ bleek ook dat er in veel GGz-instellingen initiatieven zijn om de somatische zorg in de GGz te verbeteren. Al deze initiatieven en maatregelen laten echter onverlet dat er nog geen systematische aandacht voor de somatische zorg in de GGz is en dat aandacht voor somatische zorg te zeer afhankelijk is van de bevoegdheid van individuele medewerkers.

Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is van mening dat er aandacht voor de somatiek moet zijn in de GGz. Daarom heeft zij in oktober 2012 alle instellingen in een brief laten weten welke inspanningen zij moeten leveren om somatische complicaties te voorkomen bij intramurale patiënten die langdurig antipsychotica gebruiken. De inspectie leverde bouwstenen die een kader vormen voor GGz-instellingen om somatische screening en leefstijlbegeleiding structureel te verankeren in de organisatie. De zes

¹ Theunissen e.a.: Vermaatschappelijking van de chronische patiënt in de grote stad, Amsterdam, AMC de Meren, GGz Buitenamstel, 2008; Vink, Márian: Niet goed in je vel. Amsterdam, Cliëntenbelang Amsterdam, 2009;

² Comorbiditeit is het tegelijkertijd hebben van twee of meer stoornissen of aandoeningen. In de GGz betekent comorbiditeit dat men niet alleen psychiatrische, maar ook lichamelijke problemen heeft.

³ Comorbiditeit is het tegelijkertijd hebben van twee of meer stoornissen of aandoeningen. In de GGz betekent comorbiditeit dat men niet alleen psychiatrische, maar ook lichamelijke problemen heeft.

⁴ Gool, Ronald van: Lichaam en Geest Dubbel bedreigd. Utrecht, Academie Gezondheidszorg, juli 2006

⁵ Het Congres 'Mind the Body' werd georganiseerd door Sympopna, een stichting voor symposia, bij- en nascholing in de gezondheidszorg. Het congres had tot doel om professionals in de GGz nieuwe kennis en inzichten op te laten doen voor een betere somatische zorg voor psychiatrische patiënten.

bouwstenen zijn 'Beleid', 'Somatische screening', 'Voorlichting', 'Leefstijlbegeleiding', 'Dossiers' en 'Scholing'.⁶ De inspectie beperkt de somatische zorg dus niet tot risicoscreening, maar geeft er een bredere invulling aan.

Het RET heeft een brede opvatting over wat somatiekbeleid is. Niet alleen risicoscreening, maar ook voorlichting over en begeleiding bij bewegen en leefstijl moeten volgens het RET onderdeel zijn van het somatiekbeleid van een GGz-instelling. Het RET is het eens met de bouwstenen die de Inspectie levert voor somatische zorg in de GGz maar voegt daar wel één bouwsteen aan toe: de bejegening van cliënten. Bovendien is het RET van mening dat het beleid t.a.v. de somatische zorg niet alleen gericht moet zijn op mensen die langdurig antipsychotica gebruiken, maar op alle cliënten met een ernstig psychiatrische aandoening.

1.4 Doel van het project

Het doel van het project is om het cliëntenperspectief in te brengen in de zorginkoop van de zorgverzekeraar en daarmee in dit geval de kwaliteit van de somatische zorg in de GGz te verhogen.

1.5 Afbakening van het project

Het onderzoek heeft plaatsgevonden bij vijf GGz-instellingen in Amsterdam en Noord-Holland: Arkin, Bosman GGz, GGz Centraal, GGz inGeest en MoleMann/Tielens. Uit het onderzoek worden geen conclusies per instelling getrokken, maar algemene conclusies. Het project heeft immers *niet* tot doel gehad om bij de betrokken GGz-instellingen een kwaliteitstoetsing te doen, maar om aanbevelingen te doen voor optimale somatische zorg vanuit het perspectief van cliënten. De aanbevelingen zijn landelijk toepasbaar.

1.6 Samenstelling RET GGz Somatiek

Het RET GGz Somatiek bestaat uit leden van GGz-cliëntenraden, GGz-cliëntenorganisaties en GGz-familie-organisaties in de regio Noord-Holland. De leden van het RET beschikken met elkaar over een hoge mate van expertise op het gebied van somatische zorg in de GGz. In Bijlage 1 stellen de leden van het RET zich – ieder op eigen wijze – voor.

Het RET wordt ondersteund door Zorgbelang Noord-Holland en Cliëntenbelang Amsterdam. Genoemde organisaties onderhouden ook de contacten met zorgverzekeraar Achmea.

De Cliëntenraden van de deelnemende instellingen werden steeds geïnformeerd over de voortgang van de RET-activiteiten. De Raden van Bestuur van de instellingen die bij het onderzoek waren betrokken, zijn per brief over de activiteiten van het RET geïnformeerd.

⁶ Inspectie voor de Gezondheidszorg, brief aan GGz-instellingen, 31 oktober 2012

1.7 Werkwijze

Om te onderzoeken hoe de optimale somatische zorg er vanuit het perspectief van cliënten uit zou moeten zien, heeft het RET volgens de onderstaande aanpak gewerkt:

1. Literatuuronderzoek, om na te gaan welke somatische problemen GGz-cliënten kunnen ervaren;
2. Verzamelen van materiaal (beleidsnotities etc.) dat bij de in het onderzoek betrokken instellingen beschikbaar was;
3. Interviews met professionals, beleidsmakers (kwaliteit) en bestuurders uit de GGz-instellingen in Noord-Holland die deskundig zijn op het gebied van de somatische zorg en/of kennis hebben van de stand van zaken met betrekking tot de somatische zorg in de GGz;
4. Het invullen van een matrix, opgebouwd uit initiatieven/activiteiten op het gebied van somatiek. Professionals/beleidsmakers van een aantal instellingen in Noord-Holland konden de matrix invullen. Bij alle instellingen is de matrix aangeboden voor autorisatie door de directie;
5. Het trainen van de RET-leden in het voeren van spiegelgesprekken;
6. Spiegelgesprekken, georganiseerd in samenwerking met de cliëntenraden bij een tweetal instellingen in Noord-Holland. Deze instellingen zijn gekozen omdat zij het meest vergevorderd zijn in hun beleid ten aanzien van de brede somatische zorg ten behoeve van cliënten;
7. Rapportage van de spiegelgesprekken en terugkoppeling daarvan naar de mensen die aan het spiegelgesprek hebben deelgenomen;
8. Evaluatie van de spiegelgesprekken met de leden van het RET ;
9. Analyse en eindrapportage.

Voor de leden van de RET is deskundigheidsbevordering op het gebied van de somatische zorg in de GGz georganiseerd door presentaties van Márian Vink, Cliëntenbelang Amsterdam, auteur van 'Niet goed in je vel', en van Ronald van Gool, verpleegkundig specialist somatische zorg.

1.8 Financiering

Het onderzoek is gefinancierd door een subsidie van de Stichting Achmea Gezondheidszorg (SAG).

2 Achtergrondinformatie

2.1 Somatische complicaties: literatuur

In 2008 verscheen een overzichtartikel over de preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. Behandeling met antipsychotica kan gepaard gaan met tal van lichamelijke bijwerkingen. Er bestaat een verband tussen het gebruik van antipsychotica en het ontstaan van onder andere obesitas en hoge bloeddruk. Daarmee samenhangend is er een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en op diabetes mellitus.⁷ Een goede, systematische monitoring zou volgens de auteurs van dit artikel kunnen leiden tot eerdere detectie en eventuele bijstelling van de anti-psychootische behandeling.

In 2009 verscheen een onderzoek van Vink, waarin mensen met chronisch psychiatrische problematiek uit Amsterdam zelf rapporteren hoe ze hun gezondheid ervaren. Daarbij werd geen onderscheid gemaakt tussen mensen met psychotische klachten of andere psychiatrische klachten. De ervaren gezondheid van de mensen uit het onderzoek is veel slechter dan die van de Amsterdamse bevolking. Veel chronische psychiatrische patiënten kampen met veel lichamelijke problemen; nog geen 40% zegt zich lichamelijk gezond te voelen, tegenover 80% van de Amsterdamse bevolking.⁸ De leefstijl van de GGz-cliënten was vooral wat betreft roken en in iets mindere mate wat betreft bewegen slechter dan die van de Amsterdammers; het alcoholgebruik was daarentegen beperkt. Een aanzienlijk deel van de mensen in het onderzoek eet ronduit slecht: 70% van de mannen eet geen of slechts een of twee keer per week groente en fruit, ruim 50% van de vrouwen eet niet goed.

Uit een onderzoek in 2012 bleek dat niet alleen psychotische klachten tot somatische problemen kunnen leiden. Depressieve klachten hebben een negatieve invloed op het ontstaan en beloop van hart- en vaatziekten. Depressie en ontstekingsmechanismen bleken met elkaar geassocieerd te zijn. Een ongezonde leefstijl speelt een belangrijke rol in deze relatie.⁹

2.2 Gesprekken met professionals

Nadat de eerste berichten over de complicaties bij antipsychoticagebruik en over de niet gezonde leefstijl van mensen met chronisch psychiatrische problemen waren verschenen, is het onderwerp somatische zorg bij steeds meer GGz-instellingen op de agenda gekomen.

Aanvankelijk waren het vooral projecten, geïnitieerd door bevlogen medewerkers met aandacht voor somatische zorg. Tijdens het congres 'Mind the body' in 2011 bleek dat er veel initiatieven zijn op het gebied van de somatische zorg, maar dat er ook nog veel te winnen valt op dit gebied.

Uit de gesprekken die met professionals zijn gevoerd, komt naar voren dat zij vinden dat er meer aandacht zou moeten zijn voor de somatische zorg/gezondheid. In instellingen wordt wel beleid vastgesteld en zijn richtlijnen aanwezig, bijvoorbeeld t.a.v. de controle op het metabool syndroom, de controle op bijwerkingen van medicatie en het aanbieden van

⁷ Cahn. W. e.a.: Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik

⁸ Vink, Márian: Niet goed in je vel, 2009

⁹ Duivis, Hester: Depression and inflammation; a life perspective.

leefstijlprogramma's. Maar er is niet altijd duidelijkheid over de uitvoering en de naleving van het beleid en de richtlijnen. Behandelverantwoordelijken hebben ruimte voor eigen beleid en voor het uitvoeren van de richtlijnen, die vaak meer als adviserend dan als bindend beschouwd worden. Controle op het naleven van richtlijnen is moeilijk, en zou wellicht via steekproeven moeten gebeuren.

Binnen grote instellingen krijgen de afdelingen richtlijnen, maar zij hebben, op basis van hun cliëntenpopulatie, wel een eigen somatiekbeleid.

Volgens één van de professionals moet op twee sporen worden ingezet: een farmacologisch spoor en een leefstijlspoor. Bij het voorschrijven van medicatie zouden de cardiovasculaire risico's die bepaalde middelen (vooral de nieuwe generatie antipsychotica) opleveren, betrokken moeten worden bij de keuze. Volgens deze professional blijkt inmiddels dat de 'oude' geneesmiddelen, die in het algemeen minder cardiovasculaire risico's met zich mee brengen, toch evengoed werkzaam te zijn. Wat betreft de leefstijl is het zaak om cliënten daadwerkelijk op het spoor te krijgen van meer bewegen, gezonde voeding, stoppen met roken en dergelijke. FACT-teams¹⁰, die bij mensen thuiskomen, kunnen mensen motiveren om voor een gezondere leefstijl te kiezen. Dat is ook een taak van andere hulpverleners. Evident is volgens deze professional dat het nuttig is om programma's tegen bijvoorbeeld overgewicht en roken aan te bieden.

Tijdens de gesprekken met professionals is meerdere malen gewezen op het belang van goede voeding, inclusief de benodigde vitamines. Eén van hen zou voeding als medicijn willen zien. Dat betekent volgens haar, gericht werken met voedingssupplementen als vitamines, visolie, omegavetzuren. Ook zou meer vis op het menu moeten staan. Zij zou een pilot willen starten om na te gaan welke gezondheidswinst te behalen is met een gericht programma van goede voeding/voedingssupplementen. Overigens maken verschillende professionals zich ernstig zorgen over de dreiging van het wegbezuinigen van de discipline diëtik.

2.3 Brief Inspectie voor de Gezondheidszorg

In oktober 2012 stuurde de Inspectie voor de Gezondheidszorg een brief aan de GGZ-instellingen, waarin bouwstenen werden gegeven om bij langdurig gebruik van antipsychotica somatische complicaties te voorkomen.

De bouwstenen zijn:

- | | | |
|----|----------------------|---|
| 1. | Beleid | De GGZ-instelling heeft een vastgesteld beleid voor de risicoreductie van somatische complicaties (door somatische screening leefstijlbegeleiding in een 'gezonde' omgeving) |
| 2. | Somatische screening | De GGZ-instelling voert systematische somatische screening uit bij risicogroepen (anti psychotica gebruik) volgens een protocol en multidisciplinaire richtlijnen |
| 3. | Voorlichting | De psychiater en/of verpleegkundige (specialist) geeft voorlichting aan patiënten over risico's op somatische comorbiditeit, en geeft voorlichting over leefstijlinterventies |

¹⁰ FACT is de afkorting van Functie Assertive Community Treatment en is een model om de zorg voor mensen met ernstig psychiatrische problemen te organiseren

4.	Leefstijlbegeleiding	De psychiater en/of verpleegkundige (specialist) inventariseert samen met de patiënt leefstijldoelen van de patiënt en biedt begeleiding bij de afgesproken meest haalbare interventies
5.	Dossiers	In het dossier van de patiënt staan de specifieke somatische risico's benoemd en zijn follow-up afspraken/wijze van monitoring vastgelegd.
6.	Scholing	De GGz-instelling ziet erop toe dat medici, verpleegkundigen en paramedici voldoende geschoold zijn op het gebied van somatische screening en leefstijlbegeleiding.

2.4 Rol huisartsen

Een specifiek probleem is de huisartsenzorg voor GGz-cliënten. Binnen één van de onderzochte instellingen worden mensen die begeleid zijn door een FACT-team, als zij gestabiliseerd en aantoonbaar therapietrouw zijn, verwezen naar de huisarts. Deze neemt de eindverantwoordelijkheid over. Ook bij andere organisaties is de huisarts verantwoordelijk voor de somatische zorg; de psychiater of andere hulpverleners hebben een signaleringsfunctie en kunnen via de huisarts doorverwijzen.

Een van de professionals signaleerde als probleem dat huisartsen over het algemeen niet de tijd hebben voor een 'bewerkelijke' groep patiënten. Huisartsen hebben vaak ook niet de benodigde outreachende bemoeizorg attitude hebben en zijn veelal niet op de hoogte van de fors kortere levensverwachting van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Bovendien gebruiken ze geen voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen aangepaste risicotabel voor cardiovasculaire problemen (bij de algemene populatie screent men vanaf 50 jaar; bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening zou die screening op jongere leeftijd moeten gebeuren).

Huisartsen staan, zo wordt door een van de instellingen aangegeven, niet te springen om een voor hen relatief onbekende groep patiënten in zorg te nemen. De instelling probeert huisartsen tegemoet te komen door voorlichting en scholing te geven en te allen tijde als achterwacht bereikbaar te zijn.

2.5 Conclusies

- Het onderwerp somatische zorg in de GGz is van belang vanwege de comorbiditeit: het samengaan van psychiatrische aandoeningen met somatische problemen. In een brief van de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan de GGz-instellingen worden bouwstenen genoemd die somatische complicaties bij langdurig gebruik van antipsychotica moeten helpen voorkomen. Het wordt echter steeds duidelijker dat ook depressieve klachten een negatieve invloed hebben op de lichamelijke gezondheid. Een ongezonde leefstijl speelt daarbij een belangrijke rol.
- In een aantal instellingen worden wel beleid en richtlijnen op het gebied van somatiek vastgesteld, maar er is niet altijd duidelijkheid over de uitvoering en naleving van het beleid en de richtlijnen.
- GGz-cliënten die door de instellingen worden doorverwezen naar de huisarts, krijgen niet altijd de juiste zorg. Huisartsen zijn niet altijd toegerust op de somatische zorg voor GGz-cliënten.

3 Somatische zorg in de GGz

Dit hoofdstuk beschrijft de somatische zorg die vijf GGz-instellingen in Noord-Holland op dit moment aanbieden. De informatie is afkomstig uit schriftelijke informatie van de instellingen, uit interviews met professionals en uit spiegelgesprekken. In een brief aan de instellingen is gemeld dat er een algemene, geanonimiseerde rapportage wordt geschreven. De instellingen worden daarom in dit rapport aangeduid met A, B, C, D en E. (Voor de brief: zie bijlage 5.)

Van vier van de vijf bij het onderzoek betrokken instellingen heeft het RET beleidsnotities, protocollen of andersoortige schriftelijke informatie met betrekking tot de somatische zorg ontvangen. Ook vonden in enkele instellingen gesprekken plaats op beleidsniveau. Daarnaast hebben de vijf in het onderzoek betrokken instellingen op verzoek van het RET een matrix ingevuld. De matrix (zie bijlage 4) bestond uit vragen met betrekking tot zes thema's: beleid t.a.v. somatische zorg; somatische screening; voorlichting; leefstijlbegeleiding; dossiers; voorzieningen. Deze thema's zijn ontleend aan eerder onderzoek onder cliënten naar hun lichamelijke gezondheid en de somatische zorg, en aan de brief van de Inspectie aan alle GGz-instellingen over het onderwerp somatische zorg.

Van een aantal instellingen is uitgebreidere informatie verkregen, bijvoorbeeld uit interviews of uit een notitie die de stand van zaken somatische zorg in 2011 beschrijft. Uit deze notitie blijkt onder andere dat in 2011 systematische periodieke screening volgens richtlijnen nog bij een grote groep patiënten ontbrak. Omdat de kritische reflectie op het somatiekbeleid en de uitvoering ervan niet voor alle instellingen aanwezig is en het doel van het onderzoek niet een kwaliteitstoetsing is, gaan wij er hier niet verder op in.

3.1 Beleid t.a.v. somatische zorg

Wat opvalt is dat twee instellingen (instelling C en instelling D) een uitgebreide beleidsnotitie somatische zorg hebben. Zij onderscheiden zich van de andere instellingen door somatische zorg voor alle bij de instelling in behandeling zijnde cliënten. Beide instellingen maken daarbij een onderscheid tussen opgenomen cliënten, die onder verantwoordelijkheid van de instelling vallen, en ambulante en deeltijdcliënten, die onder verantwoordelijkheid van de huisarts vallen. Bij instelling C vindt bij cliënten die antipsychotica gebruiken, aanvullend onderzoek plaats. Opgenomen cliënten van deze instelling kunnen zich overigens niet *rechtstreeks* tot de somatisch verantwoordelijke arts van de instelling wenden. Zij moeten door hun behandelaar worden doorverwezen. Uit gesprekken met professionals werd duidelijk dat de praktijk soms weerbarstig is. Behandelverantwoordelijken hebben ruimte voor eigen beleid, dat kan tot gevolg hebben dat niet alle cliënten dezelfde kwaliteit somatische zorg krijgen.

Twee andere instellingen richten zich met hun somatische zorg vooral op mensen die antipsychotica gebruiken: instelling B heeft een uitgebreide richtlijn somatische screening en behandeling bij antipsychoticagebruik; instelling E heeft een 'Beleidsplan polikliniek bijwerkingen'. De polikliniek is bedoeld voor alle patiënten die ingeschreven staan bij de instelling en die antipsychotica gebruiken.

Instelling B, instelling C en instelling D hebben een commissie somatiek en werken met een protocol somatische zorg. Bij de grotere instellingen kunnen richtlijnen worden aangepast aan de lokale situatie.

Instelling E structureert de somatische zorg met behulp van een 'Module polikliniek bijwerkingen'. Daarin wordt beschreven wie gebruik kunnen maken van de polikliniek bijwerkingen, wat de doelstelling is, wat het zorgaanbod is, etc.

3.2 Somatische screening

Instelling A doet geen algehele somatische screening bij iedere nieuwe patiënt. Screening is gekoppeld aan de medicatie; onderzoek vindt in de regel jaarlijks plaats of bij wijziging van medicatie.

Instelling B doet bij iedere nieuwe patiënt een compleet lichamelijk onderzoek en een uitgebreid laboratoriumonderzoek. Beide onderzoeken worden halfjaarlijks herhaald, met speciale aandacht voor de risico's op het metabool syndroom¹¹.

Instelling C screent alle nieuwe cliënten bij aanvang van de behandeling en daarna minimaal 1x per jaar. Bij opgenomen cliënten vindt een somatische basisscreening plaats door een arts, bij ambulante cliënten door een intaker of behandelaar. Bij opgenomen cliënten vindt altijd een lichamelijk onderzoek door een arts plaats, bij ambulante cliënten kan op indicatie aanvullend onderzoek uitgevoerd worden door een arts. De screening vindt plaats op basis van de HONOS-vragenlijst.

Instelling D zorgt ervoor dat alle nieuwe klinische patiënten een algehele screening krijgen. Bij nieuwe ambulante cliënten wordt een anamnese afgenomen. Periodieke somatische screening vindt bij zowel klinische als ambulante cliënten plaats op basis van een risicoprofiel. De somatische controles bij Instelling D worden uitgevoerd door psychiaters.

Bij Instelling E blijkt dat het aantal nieuwe cliënten dat gescreend wordt, wisselt per locatie. Het gaat hier hoogstwaarschijnlijk om mensen die antipsychotica gebruiken (zie onder 'Beleid t.a.v. de somatische zorg'). Daarnaast vindt periodieke screening op basis van risicoprofiel plaats.

3.3 Voorlichting

Alle instellingen zeggen voorlichting te geven over de risico's met betrekking tot somatische co-morbiditeit. Er wordt ook voorlichting gegeven over de leefstijl.

Bij Instelling C, (één van de Business Units van), valt voorlichting over de leefstijl onder het levensgebied 'Lichamelijk functioneren van Supported Living'. Voorlichting over de leefstijl vindt op de somatische poli plaats door de arts (roken, gezond eten).

Voor Instelling D is niet duidelijk op welke wijze de voorlichting over leefstijl wordt gegeven.

3.4 Leefstijlprogramma's

Op basis van de beleidsnotities, de interviews en de geautoriseerde matrixen heeft het RET zich een beperkt beeld kunnen vormen over de leefstijlprogramma's die worden aangeboden. De informatie hierover is beperkt of onvolledig. Ook is het onduidelijk voor welke cliënten de programma's zijn bedoeld. En of deze instelling breed worden aangeboden. De indruk bestaat dat het aanbieden van leefstijlprogramma's niet systematisch onderdeel van de behandeling is. Het aanbod door de instellingen lijkt ook hier afhankelijk van individuele medewerkers (die affiniteit hebben met dit onderwerp)

¹¹ Het metabool syndroom is een combinatie van vier frequent voorkomende aandoeningen: een hoge bloeddruk; suikerziekte; verhoogd cholesterol en overgewicht.

Instelling A biedt mindfulness training aan.

Instelling B stelt: "Er is veel aandacht voor leefstijlbegeleiding: fietstochten, wandelgroepen en yoga. Binnenkort worden er ook sporttoestellen geïnstalleerd. Er zijn ook gemeenschappelijke maaltijden die door de cliënten worden ingekocht en bereid."

Bij deze Instelling is de SPV of de verpleegkundig specialist verantwoordelijk voor de leefstijl van de patiënten. "Bij risicovol gedrag wordt dit probleem in het behandelplan opgenomen met bijbehorende behandeldoelen en interventies".

Bij Instelling B worden cliënten bij overgewicht doorverwezen naar een diëtiste voor een energiebeperkend dieet.

Binnen Instelling C wordt een aanbod voor sport en bewegen een speerpunt. Op dit moment vallen interventies in de leefstijl onder het levensgebied 'Lichamelijk functioneren' van Supported Living. Beweging wordt gestimuleerd via o.a. het programma Health4U.

Het is niet duidelijk welke cliënten hier gebruik van (kunnen) maken. Dat geldt ook voor kookgroepen die instelling C aanbiedt.

Instelling D biedt naar eigen zeggen incidenteel leefstijlprogramma's aan. Er is een pilot leefstijlcoaching gestart. Bij Instelling D kunnen zowel klinische als ambulante cliënten op aanvraag naar een diëtiste.

Instelling E voert het 'Project Leefstijl 2013' uit. Deze instelling biedt een sportprogramma aan met o.a. een hardlooptroep, fitness en zwemmen. Bij deze instelling is ook een leefstijlcoach in dienst.

3.5 Dossiers

Over het onderwerp 'dossiers' zijn twee vragen gesteld die ook in de matrix zijn opgenomen: Is somatiek onderdeel van het behandelplan? Maakt somatiek deel uit van de behandelplanbesprekingen?

Bij alle instellingen is dat het geval, waarbij opgemerkt moet worden dat er soms 'op indicatie' of 'indien van toepassing' vermeld wordt.

Instelling C legt de bevindingen en de somatische basisscreening vast in het (EPD)dossier, evenals alle andere bevindingen t.a.v. de somatische zorg.

Medicatiegegevens worden vastgelegd in het EVS (Elektronisch Voorschrift Systeem).

3.6 Voorzieningen

Instelling A behandelt geen chronische cliënten.

Bij Instelling B is geen somatisch arts aanwezig. Eén van de behandelend psychiaters fungeert tevens als huisarts voor cliënten. Instelling B heeft een samenwerkingsverband met het Lucas Andreas ziekenhuis en met Beth Shalom in Amstelveen. Bij opname in de kliniek wordt de behandeling door de eigen behandelaars voortgezet.

Op diverse locaties van Instelling C is een somatisch arts beschikbaar. Instelling C heeft ook een bijwerkingenpoli. Binnenkort decentraliseert deze instelling zijn somatische zorg en zal in elke regio een somatische poli functioneren. De poli's werken samen met ziekenhuizen.

Instelling D heeft een huisarts die speciaal voor een aantal locaties beschikbaar is. Verder maken zij ook goede afspraken met ziekenhuizen. De instelling kiest bewust niet voor een bijwerkingenpoli, omdat nauw met een academisch ziekenhuis wordt samengewerkt.

Mensen met lichamelijke klachten kunnen daar terecht.

Ook bij Instelling E is een somatisch arts beschikbaar en ook deze instelling heeft een bijwerkingenpoli en werkt samen met ziekenhuizen.

Mondzorg

Instelling B neemt mondzorg zo nodig in het behandelplan op met verwijzing.

Zowel opgenomen cliënten als ambulante cliënten met gebitsproblemen kunnen bij Instelling C worden doorverwezen naar speciale tandartsen. In de klinische setting hebben – volgens de instelling zelf - artsen en verpleegkundigen aandacht voor mondzorg.

Bij Instelling D en Instelling E is mondzorg geen onderdeel van het aanbod.

3.7 Conclusies

Beleid

- De meeste instellingen hebben beleidsnotities, protocollen of andersoortige schriftelijke informatie met betrekking tot de somatische zorg;
- Twee instellingen geven somatische zorg aan alle bij de instelling in behandeling zijnde cliënten. Dat betekent overigens niet dat altijd de juiste somatische zorg wordt geleverd: behandelverantwoordelijken hebben ruimte voor eigen beleid. Twee andere instellingen richten zich vooral op mensen die antipsychotica gebruiken. Eén instelling behandelt in principe geen chronische cliënten.

Somatische screening

- Een belangrijke deel van de somatische zorg behelst de somatische screening.
- Voor opgenomen cliënten is de somatische zorg in een aantal instellingen uitgebreider dan voor ambulante cliënten. In sommige instellingen is de somatische screening gekoppeld aan de medicatie.

Voorlichting

- Alle instellingen geven naar eigen zeggen voorlichting over de risico's met betrekking tot somatische comorbiditeit en de leefstijl. Soms is het echter de vraag in hoeverre hieraan systematisch aandacht wordt besteed. Zoals een van de instellingen aangaf: "Als hier gedurende het traject aandacht voor is, zal dit zeker worden besproken."

Leefstijlprogramma's

- Het RET heeft zich slechts een beperkt beeld kunnen vormen over de leefstijlprogramma's die worden aangeboden. De indruk bestaat dat het aanbod aan leefstijlprogramma's niet altijd systematisch onderdeel van de behandeling vormt.
- Bij alle instellingen vormt de somatiek onderdeel van het behandelplan/de behandelplanbesprekingen.

Voorzieningen

- De voorzieningen variëren van een bijwerkingenpoli en nauwe samenwerking met ziekenhuizen tot geen aanwezige voorzieningen (bij de instelling die geen chronische cliënten behandelt). Slechts een paar instellingen hebben een - zeer beperkt - aanbod inzake mondzorg.

4 Goede somatische zorg volgens cliënten: spiegelgesprekken

4.1 De methode spiegelgesprekken

In een spiegelgesprek zijn cliënten aan het woord en zijn zorgverleners de toehoorders. Het doel is het geven van feedback op en het verkrijgen van inzicht over een bepaald onderwerp, in dit geval de somatische zorg in de GGz. Het spiegelgesprek wordt voorgezeten door een onafhankelijke voorzitter/gespreksleider.

De cliënten zitten in een U-vorm aan tafel, met hun gezicht naar de gespreksleider. De zorgverleners zitten of in een tweede 'kring' om de cliënten heen of achter in de zaal. Zij mogen alleen luisteren. Op deze manier krijgen zij een spiegel voorgehouden die hen inzichten oplevert over de waarnemingen en ervaringen van cliënten. Ook kunnen cliënten mogelijke verbeter suggesties doen op specifieke onderwerpen.

Na het gesprek met de cliënten kunnen de zorgverleners informatieve vragen stellen aan de cliënten. Cliënten kunnen ook vragen stellen aan de zorgverleners. Een discussie wordt echter vermeden.

De methode kan door het directe contact tussen de verschillende zorgverleners en (ex)cliënten, snel en eenvoudig informatie opleveren. Bijvoorbeeld over de mate waarin zorgverleners aandacht besteden aan de besproken thema's en over verbeterpunten in de kwaliteit van zorg.

4.2 Spiegelgesprekken bij Instelling C en Instelling D

Bij twee instellingen vond een spiegelgesprek plaats: instelling C en instelling D. Voor deze instellingen is gekozen omdat beide instellingen al langer beleid voeren op het gebied van de somatiek. Dat blijkt uit beleidsnotities, protocollen over somatische zorg en dergelijke. Bij Instelling C beschikt men over een somatische poli. Beide instellingen kunnen op het terrein van de somatische zorg als voorlopers worden gezien.

Aan het spiegelgesprek bij Instelling C namen 9 cliënten deel; een groot deel van hen is lid van de cliëntenraad van de betreffende instelling. Er waren 5 toehoorders aanwezig. Bij het spiegelgesprek bij Instelling D waren 10 cliënten aanwezig en 11 toehoorders.

De deelnemers en toehoorders hebben vooraf een vragenlijst gekregen met vragen over zeven thema's: beleid t.a.v. somatische zorg; somatische screening; voorlichting; begeleiden van een gezonde leefstijl; behandelplan/dossier; voorzieningen en scholing. Deze thema's zijn, net als bij de matrix, ontleend aan eerder onderzoek onder cliënten naar hun lichamelijke gezondheid en de somatische zorg, en aan de brief van de Inspectie aan alle GGz-instellingen over het onderwerp somatische zorg.

De resultaten van de spiegelgesprekken bij Instelling C en Instelling D zijn volgens bovenstaande thema's geordend. De resultaten zijn niet afzonderlijk per instelling beschreven. Het doel van het spiegelgesprek was immers niet een kwaliteitstoetsing, maar nagaan wat vanuit het perspectief van cliënten optimale somatische zorg is.

4.2.1 **Beleid ten aanzien van de somatische zorg**

In de spiegelgesprekken zijn enkele vragen over het beleid ten aanzien van de somatische zorg gesteld. Wanneer vinden cliënten dat er een goed beleid op het gebied van de somatiek wordt gevoerd? Waarom is volgens hen de somatische zorg op een afdeling wel of niet goed?

Beleid ten aanzien van de (fysieke) zorg voor cliënten

Een afdeling/locatie wordt op het gebied van somatische zorg goed beoordeeld als er voldoende aandacht is voor somatische problemen, er goede samenwerking tussen zorgverleners is en als er ondersteuning wordt gegeven. Opvallend is de grote rol die is weggelegd voor de bejegening van cliënten.

“Omdat het personeel zo goed ingespeeld was, dan heb ik het over mijn twee persoonlijke begeleidsters, dat die mij op een informele, rustige en ontspannende wijze vroegen hoe het met mijn lichamelijke gestel is. (..) Je werd zelf herinnerd aan een afspraak, een uur voordat ik naar ziekenhuis moest werd ik eraan herinnerd en dat werd op een leuke manier gedaan. (..) Ik had mijn eigen regie over mijn gezondheid, ik moet zeggen dat het tegenovergestelde nu het geval is.”

Beleid ten aanzien van ketenzorg

Voor cliënten is het belangrijk dat duidelijk is wie de regie over de somatische zorg heeft en bij wie men met welke lichamelijke klachten terecht kan. Verschillende cliënten hebben tijdens de spiegelgesprekken gemeld dat hulpverleners naar elkaar verwijzen en dat zij tussen de wal en het schip vallen.

Gespreksleider. En stel dat er nou een afwijkende referentiewaarde was? Wie legt dat dan uit?

Deelnemer: Dan is het bij de GGz afgelopen. Dan word je zonder enige verwijzing naar de huisarts gestuurd met het uitslagenbriefje. Die vraagt dan waarom ik eigenlijk getest ben, maar dat kan ik hem niet uitleggen. Hij zei dat er niets aan de hand was. De communicatie gaat via mij en niet via de arts.(..) Uiteindelijk had een psychiater al direct kunnen zeggen dat er niets aan de hand was, maar omdat die SPV-er het uitlegde en het ook niet snapte, werd ik doorgestuurd naar de huisarts.

Beleid ten aanzien van voeding

Uit het al eerder aangehaalde onderzoek ('Niet goed in je vel') blijkt dat GGz-cliënten over het algemeen slecht en ongezond eten. Dat is, zeker gezien hun fysieke conditie, een zorgelijk gegeven.

Bekend is ook dat in de GGz-instellingen niet altijd voor goede voeding wordt gezorgd en dat er teveel wordt gefrituurd en te vet eten wordt aangeboden. Cliënten hebben tijdens de spiegelgesprekken aangegeven dat zij voorlichting over goede voeding belangrijk vinden en dat zij goede voeding wensen: verse groente, rauwkost, gezonde toetjes. Er is ook gesproken: over poedermelk voor koffie. Daarin zitten verkeerde vetten, waar je dik van wordt. Een aantal locaties van één van de instellingen gebruikt inmiddels geen poedermelk meer, maar dat is nog niet op alle locaties het geval.

Beleid t.a.v. mondzorg

Mondzorg lijkt nog een ondergeschoven kindje. Er wordt niet standaard aandacht aan mondzorg besteed, alleen als je klachten hebt word een cliënt doorverwezen. Daarbij lopen cliënten tegen het probleem aan dat tandartsen vaak niet op de hoogte zijn van de bijwerkingen van medicatie en de gevolgen daarvan voor het gebit. Cliënten zijn van mening dat de GGz-instelling externen, zoals tandartsen, hierover voorlichting moeten geven.

Beleid ten aanzien van de verschillende disciplines die werkzaam zijn in de instelling

Een probleem waar meer cliënten op gewezen hebben, is dat de diëtisten uit de GGz-instellingen zijn wegbezuinigd. Eén van de bijwerkingen van medicatie kan gewichtstoename zijn. Voor cliënten is het van belang dat zij voor afvallen of gewichtsbeheersing en voor voedingsadviezen bij een diëtiste terecht kunnen. Meerdere cliënten hebben aangegeven daar in het verleden veel baat bij gehad te hebben. Zowel tijdens het spiegelgesprek bij Instelling C als bij Instelling D is de behoefte aan (meer) psychomotore therapie ter sprake gekomen.

4.2.2 Somatische screening

Somatische screening

De aandacht voor de somatiek in de GGz heeft in eerste instantie geleid tot vooral aandacht voor somatische screening. Toch bleek uit de spiegelgesprekken dat somatische screening niet altijd wordt aangeboden. Cliënten vinden het belangrijk dat dat instellingsbreed gebeurt en dat het in een protocol wordt vastgelegd.

Bespreken van de uitslag van de screening met cliënten

Belangrijk is dat het doel en zeker ook de uitslag van een somatische screening met cliënten wordt besproken. Daarbij is ook van belang dat met een cliënt betekenis van de uitslagen wordt besproken en welke stappen de cliënt zou kunnen nemen.

“De psychiater zou de screeningslijst punt voor punt met je moeten doornemen en vertellen welke waarde wat doet in je lichaam.”

“Als je somatische screening niet goed is, moet de dokter heel duidelijk zeggen wat je er aan kan doen. Wijzen op lichaamsbeweging, wijzen op voeding/dieet. Ik wil graag weten wat ik er aan kan doen om mijn lichamelijke situatie zo goed mogelijk te houden.”

Eigen regie van cliënten

Cliëntenorganisaties en ook veel cliënten hebben de eigen regie hoog in het vaandel staan. Het is volgens cliënten daarbij belangrijk dat de instelling/behandelaar maatwerk biedt als het gaat om de eigen regie van cliënten.

“Gespreksleider: Dus je hebt geen lichamenlijk onderzoek gehad?”

Deelnemer: “nee, dat hoefde ook niet. Ik denk dat mijn lichamenlijke conditie goed genoeg is. Ik heb over mijn lichamenlijke gezondheid zelf ook de regie.” (...) “Ze laten mij de ruimte wat betreft medicatie wat ik wel en niet wil. Dat vind ik een pré.”

Niet iedereen is op elk moment en in iedere situatie in staat om zelf regie over de lichamenlijke gezondheid te nemen of te houden. Dat geldt ook voor perioden waarin onderzoek wordt ondergaan.

Eigen regie voeren betekent niet dat er geen ondersteuning nodig is. (Zie het eerdere interviewfragment waarin een cliënt aangaf tevreden te zijn over het feit dat hij herinnerd werd aan zijn afspraak met een medisch specialist.)

Communicatie over de uitslag van de screening of onderzoek naar andere zorgverleners
Tijdens een van de spiegelgesprekken werd uitgebreid stilgestaan bij de communicatie over lichamelijk onderzoek tussen de verschillende zorgverleners (medisch specialist – huisarts – psychiater).

Volgens een van de toehoorders krijgt de professional die een onderzoek aanvraagt ook zelf de uitslag. Die behandelaar moet ook, indien nodig, stappen ondernemen naar aanleiding van de uitslag. Naar wie communiceert bijvoorbeeld een medisch specialist de uitslag? Als de psychiater een bloedonderzoek laat doen, communiceert hij/ zij de resultaten dan vanzelfsprekend naar de huisarts? Daar is tijdens het spiegelgesprek door de zorgverleners geen duidelijkheid over gegeven. Cliënten hebben ook geen antwoord gegeven op de vraag hoe zij vinden dat de communicatie moet verlopen of hoe de regie vormgegeven moet worden of wie de regie zou moeten hebben. Zij vinden in ieder geval dat de communicatie bestemd voor een andere hulpverlener niet (alleen) via hen moet lopen; er zou betere afstemming moeten zijn tussen behandelaar en cliënt. Binnen de instellingen zou daar beter beleid over moeten worden gemaakt met duidelijke werkafspraken.

4.2.3 Voorlichting

Uit de spiegelgesprekken bleek dat voorlichting als een belangrijk onderwerp wordt ervaren. Er is behoefte aan goede voorlichting over verschillende thema's en op verschillende niveaus.

Voorlichting aan cliënten (bijvoorbeeld over de bijwerkingen van medicatie en over voeding); aan medewerkers van een GGz-instelling en aan externen. Een SPV of psychiater zou voorlichting over verschillende onderwerpen moeten geven. Ook ervaringsdeskundigen kunnen hieraan een belangrijke bijdrage leveren.

Voorlichting aan cliënten over de bijwerking van medicijnen

Voorlichting over de bijwerkingen van de medicatie aan cliënten moet standaard gegeven worden. Er moet ruim tijd aan worden besteed en geen eenmalige actie blijven. Het is van groot belang dat dit gedurende het hele behandelproces een punt van aandacht is.

“Gespreksleider: U heeft dus verschillende medicijnen en behandelaars gehad?

Bent u door hen goed over de medicijnen voorgelicht?

Deelnemer: Nee. Ik heb een heel druk chaotisch hoofd. Daar heb ik een antipsychoticum voor gekregen. Ik kreeg iets, en dan bleek later pas dat het mijn diabetes II mee triggerde. Later las ik dat, dat was een hele vervelende verrassing.”

Het informeren van cliënten over de bijwerkingen van medicatie is bij uitstek een taak voor de SPV en de psychiater. De voorlichting (bijvoorbeeld over de gevolgen van medicijnen voor je gebit; of de gevolgen voor je gewicht) moet in ieder geval aan de orde komen op het moment dat mensen de medicatie voor het eerst voorgeschreven krijgen. Het zou niet zo moeten zijn dat pas aandacht aan bijvoorbeeld overgewicht wordt besteed als mensen er al last van hebben. “Het is makkelijker om niet dik te worden dan om gewicht te verliezen.”

Bij de voorlichting over medicatie zijn ook kanttekeningen geplaatst. Eén van de deelnemers aan de spiegelgesprekken bracht ter sprake dat bijwerkingen in de verslavingszorg soms een reden kan zijn om een middel voorgeschreven te willen krijgen.

Eén van de professionals vond dat het, bij mensen die zwaar ziek zijn, niet altijd handig is om meteen over bijwerkingen te beginnen. Zij wil mensen soms verleiden om medicatie te accepteren. In een later stadium licht zij de cliënt dan in over de bijwerkingen. “Als ik iemand moet verleiden, dan kan ik niet beginnen over de narigheid van medicijnen. Er zijn ook hele positieve dingen aan de medicijnen en daar begin ik dan liever mee. Zo gauw het enigszins kan, komen die andere dingen ook aan de orde.”

Verschillende cliënten hadden hier een andere mening over dan de geciteerde professional:

“De bijwerkingen van medicatie zijn eigenlijk gewoon gevaarlijk. Er kan iets gebeuren met je huid, met je ogen. Vooral met wat zwaardere antipsychotica kunnen de bijwerkingen snel al ernstig zijn. Ik vind dat ik het recht heb om van jou (de behandelaar, red.) te weten en te horen dat dat zo is en wat dan kan gebeuren en wat ik dan moet doen.”

“Ik vind dat je het sowieso moet bespreken. Als je psychotisch bent, ben je niet helemaal onbevattelijk voor dergelijke uitleg. Een deel van de ‘gekte’ staat dat in de weg, maar ik vind dat je het toch moet doen. Ik ben er zelf heel wantrouwig door geworden. Ik kreeg hele zware medicijnen zonder dat er dat soort opmerkingen bij gemaakt werden. Ik vind dat heel moeilijk.”

“Toen ik zelf knal psychotisch was, kwam dat echt niet binnen. Maar ik snap wel wat jij (de persoon uit bovenstaand fragment, red.) bedoelt. Je eigen behoefte moet eigenlijk leidend zijn.”

Voorlichting aan cliënten over voeding en leefstijl

Cliënten hebben voeding en leefstijl genoemd als twee gebieden waarover voorlichting kan plaatsvinden door vooral ervaringsdeskundigen.

Voorlichting aan cliënten over specifieke onderwerpen

Een van de cliënten heeft ook de wens geuit voor specifieke voorlichting over wat verslaving met je lichaam doet. In het verleden bood instelling C de module Verslaving en Gezondheid aan. Deze module zou opnieuw aangeboden moeten worden.

Voorlichting aan zorgverleners in GGz-instellingen

Een van de deelnemers doet de suggestie dat hulpverleners zelf ook voorlichting zouden moeten krijgen. Zij roken ook, dat heeft gevolgen voor gezondheid en hun adem en keuren ruiken niet fris. Hulpverleners hebben volgens de cliënt een voorbeeldfunctie naar cliënten.

Voorlichting aan externen

Ook voor professionals is goede voorlichting over de werking en bijwerking van medicijnen (psychofarmaca) van belang. Deskundigheidsbevordering voor huisartsen en tandartsen zou vooral een punt van aandacht moeten zijn. Het ligt voor de hand dat psychiaters (en SPV-en) hierover in gesprek gaan met zorgketenpartners om dit goed met elkaar te regelen.

4.2.4 Begeleiden van gezonde leefstijl

Preventie

Preventie is volgens cliënten belangrijk om lichamelijke klachten te voorkomen. Er is op bepaalde locaties van de instellingen een sportaanbod. Er bestaat bijvoorbeeld een programma als Health-4-U; er is een kantine waar 2x per week geen gefrituurd eten meer wordt aangeboden. Dergelijke voorzieningen zouden instellingsbreed aangeboden moeten worden. Het is ook belangrijk cliënten te wijzen op het belang van sporten en bewegen buiten de GGz-instelling. Wel blijken sportvoorzieningen buiten de GGz-instellingen zoals sportscholen te duur voor GGz cliënten met een vaak erg kleine beurs. Meerdere cliënten pleiten voor leefstijlprogramma's die vanuit de instelling worden aangeboden. Als een instelling beschikt over een eigen sportschool dan zou deze ook voor ambulante cliënten beschikbaar moeten zijn. Dat bevordert het sporten omdat hierdoor deelname laagdrempeliger is.

“Als je als GGz-cliënt bijna geen geld hebt omdat je ook vaak geen overzicht hebt of schulden dan is een gezonde leefstijl gewoon moeilijk. Goed eten is duur, een sportschool is duur, je rookt en drinkt omdat je je niet lekker voelt. Zeker in deze crisis is het niet te doen. Dan word je weer naar het maatschappelijk werk gestuurd. Je zou bestaande zaken wellicht hieraan kunnen aanpassen. Een interne sportschool met begeleiding, stoppen met roken, verwijzen naar maatschappelijk werk voor budgetbeheer etc. Misschien ben je wel depressiever omdat al vier maanden je gas is afgesloten. Dat gaat niet iedereen zeggen. Depressief zijn is zo misschien wel ziekte winst.”

Tijdens de spiegelgesprekken werd benadrukt dat een cliënt psychisch wel in staat moet zijn om “je lichamelijke gezondheid in de gaten te houden”. Er ligt volgens cliënten ook een verantwoordelijkheid bij de cliënt. Deze moet een bepaalde motivatie hebben. Toch kunnen cliënten ook door hulpverleners uitgedaagd worden om die verantwoordelijkheid te nemen.

Begeleiding door ervaringsdeskundigen

Cliënten vinden het belangrijk dat leefstijlbegeleiding plaatsvindt door ervaringsdeskundigen. “Als je een psychiatrische aandoening hebt, duurt het herstel over het algemeen lang. Bij psychische problemen kan het zijn dat je op een bepaald moment last hebt van een negatieve stemming, waardoor je het bijvoorbeeld niet kunt opbrengen om met iemand te gaan sporten.” Ervaringsdeskundigen weten, anders dan hulpverleners, uit eigen ervaring hoe het is om met deze zaken om te gaan. Hoe lastig het kan zijn om weer op te krabbelen. Over het algemeen hebben ervaringsdeskundigen heel bewust een herstelproces doorgemaakt. Tegenwoordig volgen zij daarvoor vaak een cursus of doen een opleiding voor ervaringsdeskundigen zoals een Trajectopleiding Ervaringsdeskundigheid (TOED).

Betrekken van familieleden/naasten bij het bespreken van leefstijl

Er zijn duidelijk momenten waarbij het wenselijk is om ‘het systeem’, bij een leefstijlverandering te betrekken. Dat zou ondersteunend kunnen zijn. Een cliënt verwoordde het als volgt: “Zodat bijvoorbeeld je partner niet, terwijl je aan het afvallen bent met een zak chips naast je op de bank gaat zitten.”

Cliënten geven aan dat het betrekken van familieleden/naasten bij het bespreken van de leefstijl van de cliënt echter moet afhangen van de band die de cliënt met hen heeft.

4.2.5 Behandelplan/behandeldossier

Uit de spiegelgesprekken blijkt dat cliënten niet ervaren dat er vanuit een behandelplan gewerkt wordt of dat zij daarbij direct betrokken zijn. Somatische problemen zijn niet per definitie onderdeel van het behandelplan of opgenomen in het behandeldossier. De deelnemers hebben hier heel verschillende ervaringen mee.

Op logische momenten tijdens de behandeling zou de behandelaar met de cliënt actief moeten nagaan hoe het gesteld is met zijn of haar lichamelijke gezondheid. Het is essentieel dat de somatische informatie een integraal onderdeel wordt van het behandelplan.

4.2.6 Voorzieningen

Cliënten zouden graag laagdrempelige, aan de instelling gekoppelde, begeleide sportactiviteiten aangeboden krijgen.

“Ik heb geprobeerd PMT te doen want ik durfde toen niet naar een sportschool. (...) Nu gaat het goed. Het zou goed zijn als de sportschool van de instelling gewoon altijd open is als je ambulante bent. Dat je na of voor je afspraak voor je behandeling daar gewoon naartoe kan. Dat ze dat soort dingen makkelijker voor je maken. Dat ze het op locatie aanbieden. Laagdrempeligheid lijkt me geweldig.”

4.2.7 Scholing

De cliënten zijn van mening dat het personeel over het algemeen op het gebied van somatiek te weinig kennis heeft. En dat regelmatige bijscholing nodig is.

Een tweede punt is dat er niet altijd vanuit gegaan moet worden dat lichamelijke klachten een psychische oorsprong hebben. Stemningswisselingen en depressies bijvoorbeeld kunnen te maken hebben met een te traag werkende schildklier. Psychiaters zouden dan bijvoorbeeld aandacht moeten besteden aan de schildklierwerking.

4.3 Goede somatische zorg volgens cliënten: conclusies

Hoe ziet goede somatische zorg er volgens cliënten uit?

- *Beleid:*

De somatische zorg op een afdeling/locatie wordt als goed beoordeeld, als er voldoende aandacht is voor somatische klachten, er goede samenwerking tussen zorgverleners is en er ondersteuning wordt gegeven. De bejegening is daarbij een belangrijk thema.

Het is belangrijk dat duidelijk is wie de regie over de somatische zorg heeft en dat duidelijk is bij wie men met welke klachten terecht kan.

Op het gebied van leefstijl wordt beleid gewenst ten aanzien van het verstrekken van goede voeding en voorlichting over goede voeding. Cliënten hebben voor hun gewichtsbeheersing baat gehad bij een diëtiste en betreuren het dat die is wegbezuinigd. Mondzorg zou volgens cliënten standaard aangeboden moeten worden.

- *Somatische screening*
 Cliënten vinden het belangrijk dat somatische screening standaard en instellingsbreed wordt aangeboden en dat de screening in een protocol wordt vastgelegd. Doel en zeker ook de (betekenis van de) uitslag van de screening moet met cliënten worden besproken. Het is volgens cliënten belangrijk dat de instelling maatwerk biedt als het gaat om de (ondersteuning bij) eigen regie van cliënten.
- *Voorlichting*
 Voorlichting is voor cliënten een belangrijk onderwerp. Er is behoefte aan goede voorlichting over verschillende thema's en op verschillende niveaus.
 - o Cliënten willen te allen tijde en herhaaldelijk voorlichting over de bijwerkingen van medicijnen; de werking en bijwerking van medicijnen moet gedurende het gehele behandelproces een punt van aandacht zijn. Overigens zou de instelling ook professionals uit de ketenzorg voorlichting over de bijwerkingen van medicatie moeten geven.
 - o Cliënten hebben behoefte aan voorlichting over voeding en leefstijl; zij hebben sterke voorkeur voor voorlichting over deze onderwerpen door ervaringsdeskundigen.
- *Begeleiden van gezonde leefstijl*
 Cliënten hechten waarde aan preventie, ter voorkoming van lichamelijke klachten. Die preventie kan bijvoorbeeld bestaan uit het instellingsbreed aanbieden van gezond(er) eten en het aanbieden van leefstijlprogramma's. Als een instelling beschikt over een eigen sportschool, zouden ook ambulante cliënten daar gebruik van moeten kunnen maken.
 Net als de voorlichting over gezonde leefstijl, zou ook de begeleiding naar een gezonde leefstijl door ervaringsdeskundigen moeten gebeuren. Indien gewenst moet familie, naasten of maatjes bij de leefstijlverandering worden betrokken.
- *Behandelplan/behandel dossier*
 Het is essentieel dat de somatische zorg onderdeel is van het behandelplan en dat de somatische informatie integraal onderdeel uitmaakt van het behandel dossier.
- *Voorzieningen*
 Cliënten hebben behoefte aan laagdrempelige, aan de instelling gekoppelde, begeleide sportactiviteiten.
- *Scholing*
 Cliënten zijn van mening dat het personeel over het algemeen op het gebied van somatiek te weinig kennis heeft en dat regelmatige bijscholing nodig is.

5 Aanbevelingen en aanpak

De brief van de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan de GGz-instellingen bevat bouwstenen die somatische complicaties bij langdurig gebruik van antipsychotica moeten helpen voorkomen. Analoog aan deze brief worden, na de algemene aanbevelingen, aanbevelingen gedaan op het gebied van beleid, somatische screening, voorlichting, leefstijlprogramma's, behandelplan/dossier en scholing. Een voor ons essentieel extra thema is de bejegening van cliënten.

Algemene aanbeveling

1. Voorwaarde bij de somatische zorg is een op herstel gerichte grondhouding, waarbij het welzijn en het persoonlijke verhaal van de zorgvrager centraal staat. Het contact zou gericht moeten zijn op het hernemen van sociale contacten, het hernemen van verantwoordelijkheden, het afscheid nemen van schadelijk contraproductief gezondheidsgedrag en het bevorderen van een gezonde leefstijl.
2. Op basis van eigen ervaring hebben cliënten duidelijk ideeën over hoe een goed somatiekbeleid eruit zou moeten zien. Het verdient aanbeveling om cliënten/ ervaringsdeskundigen bij alle facetten van het ontwikkelen van een goed somatiekbeleid te betrekken. In commissies of werkgroepen die zich speciaal richten op het beleid ten aanzien van somatiek zou dan ook minstens een (ervarings)deskundige cliënt deel moeten nemen. Het verdient ook aanbeveling om op (alle) afdelingen regelmatig spiegelgesprekken met (kritisch en betrokken) cliënten te organiseren, teneinde de somatische zorg te verbeteren.

Beleid (basisvoorwaarden)

3. Aanbevolen wordt per instelling een *portefeuillehouder somatiek* aan te wijzen met de bevoegdheden om de afspraken bij de zorginkoop over de (uniforme) uitvoering van richtlijnen en het somatiekbeleid te monitoren, te bevorderen en te handhaven.
4. In de keten tussen specialistische GGz zorg (generalistische) en basis GGz dienen goede afspraken te worden gemaakt over wie, zowel voor de diagnostiek als therapie, de verantwoordelijkheid voor somatische problemen op welk moment op zich neemt. De voorkeur van het RET gaat hierbij uit naar degene die hoofdbehandelaar blijft. Wanneer dat de huisarts betreft moet er wel sprake zijn van een degelijke uitwisseling van informatie tussen huisarts en de GGz instelling. Er zou een samenwerkingsrelatie moeten zijn die betrekking heeft op belangrijke relevante zaken die ketensamenwerking bevorderen. Hiervoor kunnen kwaliteitseisen worden opgesteld.
5. Het RET vindt het belangrijk dat de mondzorg bij inkoopbesprekingen wordt geagendeerd teneinde mondzorg tot een vast onderdeel van het somatiekbeleid te maken.
6. Voor externe professionals is goede voorlichting over de werking en bijwerking van medicijnen (psychofarmaca) van belang. Deskundigheidsbevordering voor huisartsen en tandartsen zou vooral een punt van aandacht moeten zijn. Het ligt voor de hand dat psychiaters (en SPV-en) hierover in gesprek gaan met de zorgketenpartners.

Somatische screening

7. Somatische screening zou standaard en instellingsbreed moeten worden aangeboden en de screening zou in een protocol moeten worden vastgelegd. Doel en zeker ook de (betekenis van de) uitslag van de screening moet met cliënten worden besproken.
 - Bij alle mensen die langdurig antipsychotica gebruiken, screening uitvoeren ongeacht de leeftijd. Dat geldt ook voor screening in de huisartsenpraktijken.
 - Langdurig medicijngebruik (en de dosering hiervan) vraagt permanente aandacht van behandelprofessionals. Het is noodzakelijk dat steeds zorgvuldig en in nauwe samenwerking met de cliënt naar de bijwerkingen van medicatie gekeken wordt.
8. Niet alleen psychotische klachten kunnen tot somatische problemen leiden. Ook bijvoorbeeld depressieve klachten hebben een negatieve invloed op de lichamelijke gezondheid. Het is dan ook van belang dat bij alle patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen jaarlijks een somatische screening plaatsvindt om somatische complicaties vroegtijdig te signaleren en preventieve maatregelen te treffen. Hierover moeten met de cliënt goede afspraken gemaakt worden; deze moeten vastgelegd worden in het behandelplan.

Voorlichting

9. Het RET beveelt aan dat alle instellingen voorlichting geven over wat cliënten op het gebied van somatiek kunnen verwachten wanneer ze bij de instelling in zorg komen. De voorlichting zou moeten gaan over welke aanspraken er op de somatische zorg kunnen zijn, welke risico's langdurige medicatie met zich mee brengt (vooral met betrekking tot de risico's comorbiditeit). Maar ook over mondzorg en een gezonde leefstijl.
10. Het RET vraagt aandacht voor de inzet van ervaringsdeskundigen. Zij kunnen als geen ander vanuit eigen ervaringen cliënten 'overtuigend' het belang duidelijk maken van wat er in de voorlichting beoogd wordt.

Leefstijlbegeleiding

11. Binnen de GGz-instellingen zouden *aandachtfunctionarissen* die zich speciaal op de leefstijl richten, aangesteld kunnen worden. Zij hebben tot taak medewerkers te enthousiasmeren en/of op te leiden om cliënten te helpen met het aanpassen van hun leefstijl.
12. Preventie is belangrijk om voor de hand liggende lichamelijke klachten te voorkomen als gevolg van een ongezonde leefstijl.
Aanpak: Vanuit een herstelgericht beleid van GGz instellingen zouden sport- en leefstijlprogramma's doelgericht en breed aangeboden kunnen worden als logisch onderdeel van het behandel- en toekomstplan. Daarbij zou ook aandacht moeten zijn voor de vraag of een individueel dan wel een groepsaanbod het meest passend is.
13. Wanneer een instelling beschikt over een eigen sportfaciliteit, dan zou die ook toegankelijk moeten zijn voor ambulante cliënten. GGz-clieënten hebben over het algemeen een beperkt budget, waardoor zij geen gebruik kunnen maken van particuliere sportscholen.

14. Ook zouden ervaringsdeskundigen een belangrijke rol kunnen vervullen. Zij kunnen het 'goede voorbeeld' zijn. Ook kunnen zij cliënten begeleiden en motiveren om hun leefstijl aan te passen. Op basis van eigen ervaring kunnen zij effectieve strategieën ontwikkelen om mensen te stimuleren in beweging te komen.
15. Graag beveelt het RET de cliëntenraden aan met de instellingen in gesprek te gaan hoe deze hun voedingsbeleid momenteel inrichten. Hebben zij het voornemen om een beleidsplan op het gebied van voeding op te stellen en welke onderwerpen zullen daar dan in worden verwoord? Het gebruik maken van deskundige adviseurs op dit gebied bij het schrijven van een dergelijk beleidsplan lijkt ons verstandig.
- Aanpak:**
- Per instelling aanwijzen van een aandachtsfunctionaris voeding, bijgestaan door een commissie met bewoners/cliënten.
 - Het faciliteren van kookgroepen waarin mensen zelf voor hun eten zorg dragen, eventueel voorafgegaan door het geven van kooklessen. Hiervan bestaan al goede praktijkvoorbeelden binnen de intramurale en ambulante organisaties.
 - Diëtisten zouden in een GGz- instelling niet mogen ontbreken. Voor cliënten is het van belang dat zij voor afvallen of gewichtsbeheersing en voedingsadviezen bij een diëtiste terecht kunnen. Het RET beveelt de instellingen aan hierover in overleg te treden met de zorgverzekeraar (Achmea). Zij zouden deel kunnen uitmaken van een somatische poli of het team o.l.v. de somatische arts.
 - Het beschikbaar stellen van actuele en gefundeerde informatie over verantwoorde en gezonde voeding (normen Nationaal Voedingscentrum bijvoorbeeld).
16. In overleg met cliënten kunnen familie en naastbetrokkenen een belangrijke invloed hebben op de leefstijl van cliënten. Ook hen betrekken in een integrale aanpak om de leefstijl aan te passen lijkt een meer dan logische vanzelfsprekendheid. Immers, steun en hulp en vooral ook steeds weer helpen motiveren, is iets wat je zelf moet doen maar niet altijd alleen kunt.

Behandelplan/behandeldossier

17. Het verdient aanbeveling om alle bevindingen en behandeling op somatisch gebied vast te leggen in het behandeldossier, dat voor cliënten vrij toegankelijk is. Als tijdens de screening afwijkingen worden gevonden, wordt in het behandelplan een integrale en samenhangende (preventieve) behandeling van de somatische problematiek opgenomen. De huisarts heeft hierin volgens het RET een coördinerende rol.
18. Op logische momenten tijdens de behandeling zou de behandelaar met de cliënt actief moeten nagaan hoe het gesteld is met zijn of haar lichamelijke gezondheid. Het is essentieel dat de somatische informatie een integraal onderdeel wordt van het behandelplan.

Voorzieningen

19. Het verdient aanbeveling om ervoor te zorgen dat er in de instellingen *een somatische arts dan wel een somatische poli aanwezig* is, waar alle cliënten van de instelling direct toegang toe hebben of naar verwezen kunnen worden.

Scholing

20. Het RET pleit voor een bijscholingsprogramma somatiek voor de verschillende disciplines met een tijdsplan voor de korte, middellange en lange termijn. De instelling zou over de inhoud van dit bijscholingsprogramma in gesprek moeten gaan met cliënten of met leden van de cliëntenraad.

Tot slot

Verschillende professionele disciplines zouden met elkaar of individueel somatische problemen kunnen signaleren en delen met de cliënt en met relevante zorgverleners. Op deze wijze kan er sneller een gezamenlijk integraal en digitaal vastgelegd plan gemaakt worden. Goede afspraken over de taakverdeling tussen de verschillende beroepsbeoefenaren levert winst op. Er zou een afspraak gemaakt moeten worden over wie de casemanagersrol voor de betreffende cliënt op zich neemt.

Bijlagen

Bijlage 1 – Samenstelling RET

In deze bijlage stellen de leden van het RET zich – ieder op eigen wijze – voor.

Marijke Burger

Ik ben Marijke Burger en ik zit in de RET in de hoedanigheid van cliënt(enraadslid). Het onderwerp Somatiek in de psychiatrie raakt mij omdat ik vele intrigerende ervaringen met dit onderwerp heb, als ggz-werknemer, naaste en patiënt. Als GGZ-werknemer zag ik alle klachten van patiënten uitsluitend in de context van hun psychiatrische aandoening. Als naaste deed ik dat ook, waardoor mijn moeder ten onrechte werd opgenomen in een psychiatrische inrichting terwijl aangezien achteraf, als gevolg van kanker, uitzaaiingen in hersenen bleek te hebben. En als patiënt wendde ik mij eens in grote nood (tachycardie veroorzaakt door antipsychoticum) tot de telefonische crisisdienst, die meende (op basis van een fout in mijn dossier) van doen te hebben met iemand met een persoonlijkheidsstoornis en mij derhalve onthield van de juiste hulp. Somatiek in de GGZ is, blijkens deze ervaringen heel biasgevoelig. En daarom kan er niet genoeg aandacht voor zijn.

Sebastian Koning

Een zekere verantwoordelijkheid voel ik wel om als burger en consument van zorg en overheidsgeld, de wereld te vertellen, dat het goed besteed geld is. In mijn geval al mag ik niet mopperen, met een helder hoofd, kwalificaties, en als 49-jarige de sterkste van de sportschool. Enige tijd werkte ik op het IGPB, na het schrijven van een boek over een kliniek, en een rapport over informatie voor GGz cliënten, besloot ik vanwege de 'fuzzy' scheidslijnen tussen lichaam en geest, materie en bewustzijn, wat werk te gaan doen, op het gebied van de lichamelijke gezondheid van GGz cliënten. De bedroevende cijfers over de mortaliteit van GGz cliënten, en kostenaspecten van de GGz doen in combinatie, pijn aan mijn eigen hoofd. Op 10-02-2014 sprak ik met de top van de NZA. De ethiek en opvattingen van gespecialiseerde professoren, die ik ken, is anders dan die van de media. Er is de vraag: bij wie belandt de rekening, en wat is het verhaal dan wel?

Peter Köpping

Peter Köpping is organisatieadviseur en mediator. Hij is als onderzoeker en adviseur actief in de gezondheidszorg met name vanuit het cliëntenperspectief. Peter is betrokken bij verbetering van de kwaliteit van de zorg en de cliëntveiligheid binnen een zeer groot ziekenhuis als ook binnen een snel groeiende instelling in de psychiatrie. Door zijn inzet in juist deze twee omgevingen werd zijn belangstelling gewekt voor de beperkte aandacht voor de somatiek in de psychiatrie.

Peter zet zich in voor de belangen van cliënten door de betreffende instellingen en de professionals daarbinnen te stimuleren de cliënt centraal te stellen en bij elke verandering/verbetering zich telkens af te vragen: wat heeft de cliënt daaraan? Door te participeren ervaart hij de meerwaarde van de methode “RET”.

Anita Kruys

Mijn zoon was 14 toen hij voor het eerst last kreeg van psychotische klachten. Een weg volgt vol hindernissen en akelige ervaringen. Eerste kennismaking met de GGZ, hij is 15 jaar. Een traject wordt een lang traject, wat eigenlijk geen eind kent... Hij is nu 28 jaar.

Ik ben moeder/mantelzorger en mentor en sinds vier jaar ook kaderlid van Ypsilon voor Gooi&Vechtstreek. Uit eigen ervaring, maar ook om mij heen heb ik gezien wáár op de verschillende gebieden meer aandacht voor zou kunnen/moeten zijn, zowel voor cliënt als voor familie.

Ook vanuit mijn professionele achtergrond als biografisch coach en zingevingstherapeut i.o. herken ik met name de behoefte aan aandacht voor de mens en zijn verhaal, betekenis en zingeving daarin. *Persoonlijk herstel* is naast alle andere vormen van herstel een belangrijk aandachtsgebied, zij dient de basis voor een uit te zetten lijn naar een positief gerichte toekomst!

Jannie de Langen

Vanuit de familieorganisatie YPSILON neem ik deel/ben ik vertegenwoordigd in het RET.

Al sinds 2000 ben ik ook kaderlid van Ypsilon-Amsterdam. Als zodanig heb ik reeds vele jaren o.a. een ondersteunende functie gehad voor familieleden die in ernstige zorgen verkeerden over hun psychiatrisch zieke kind/familielid.

Ook heb ik persoonlijk veel steun ervaren van Ypsilon toen in de eerste jaren duidelijk werd dat mijn zoon lijdt aan een ernstige vorm van chronische psychose. Het heeft mij geleerd hoe hier zelf mee om te gaan en geleerd hoe ik hem het beste kon helpen op zijn moeizaam levenspad.

Toen mij werd gevraagd te willen deelnemen aan het onderzoek dat het RET wilde gaan opzetten heb ik daar volmondig ja op gezegd. Het onderwerp “aandacht en zorg voor de lichamelijke gezondheid voor onze psychiatrisch zieke mensen en hoe deze zorg binnen de GGz te verbeteren” lag mij namelijk zeer na aan het hart.

Nico de Louw

In de vroege 70er jaren heb ik twee opnames vanwege een psychose moeten verwerken in de toen roemruchte klinieken Paviljoen 3 in Amsterdam en Endegeest in Oegstgeest.

Bij dat zeer ingrijpend verblijf, letterlijk en figuurlijk op grote afstand van mijn dierbaren, liep ik tegen veel aan wat voor verbetering vatbaar was. Hiervan zou ik zeker werk van gaan maken na ontslag, zo nam ik mij voor. Toch kwam het daar niet van, want in de eerste plaats was ik vooral blij mijn gewone leven te kunnen hervatten.

Dit laatste lukte blijvend, leidend tot een beroepspraktijk waarin ik onder meer betrokken was bij de opbouw van gezondheidscentra in Amsterdam Zuidoost en op leidinggevend niveau bij koepels van organisaties van mensen met een chronisch ziekte en een handicap.

Pas na mijn pensionering loste ik mijn oude belofte in door lid te worden van de Cliëntenraad van AMC De Meren en in 2009 van die van het nieuwe Arkin.

In die Cliëntenraad houd ik mij met vele inhoudelijke zaken bezig. Zo nam ik bijvoorbeeld in 2011 deel aan de werkgroep Medicatie. Al snel werd mij duidelijk dat aandacht voor medicatie zich als vanzelfsprekend verbreedde tot aandacht voor de noodzaak van risicoscreening bij langdurig gebruik van antipsychotica. Daarna was de stap naar de aandachtsgebieden Leefstijl en Voeding snel gemaakt. Alle met elkaar zijn het onderling samenhangende en belangrijke componenten van een wenselijk integraal somatiekbeleid binnen de GGz. In dit beleid is herstel de hopelijk groeiende stip aan de horizon waarin alle betrokkenen permanent naar toe werken.

Gegeven het voorgaande was de uitnodiging in 2012 lid te worden van het RET voor mij dan ook een buitenkans mij nog dieper met 'somatiek' bezig te houden.

Ik heb in RET verband meerdere interviews afgenomen bij mensen van de werkvloer actief op het hiervoor geschetste brede terrein en telkenmale werd ik aangenaam getroffen door hun openheid en bevolgenheid.

Het groeiend besef bij cliënten en hulpverleners dat aandacht voor somatiek een belangrijke bijdrage aan een beklijvend herstel is, zal een mooie toekomst tegemoet gaan, hopelijk mede geïnspireerd door ons eindrapport.

Jiska Sharon

Shana ha'aba be Yerusale'im.

Je kunt moeilijk schrijven over iemand die niet bestaat.
Vanuit vroegkinderlijke chronische traumatisering kan kracht ontstaan.
Zoveel kracht dat je er anderen mee kunt helpen.
Dat was de reden waarom ik voor het beroep van creatief therapeut heb gekozen, non-verbaal praten.

In het Regionaal Expert Team Noord-Holland heb ik zitting genomen, omdat ik uit eigen ervaring weet hoe belangrijk het is, dat er in de GGz meer aandacht moet worden geschonken voor de somatische zorg. Het lichaam beïnvloedt de geest en vice versa.

We zijn één totale persoon. Mens sana in corpore sano.

Mijn geweldige hulpverleners wil ik bedanken voor hun compassievolle steun, zonder hen had ik deze woorden niet kunnen schrijven.
De Raad van Bestuur van GGZ inGeest wil ik bedanken voor de prettige samenwerking, waardoor het mede mogelijk werd gemaakt om mijn werk voor de RET te voltooien.
Het werken met de RET heb ik als heel leerzaam ervaren door onze goede en plezierige samenwerking.
Een kat heeft negen levens. En ik?

Bijlage 2 – Literatuurlijst

Cahn, W. e.a.: Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. Tijdschrift voor Psychiatrie 50, 2008

Duivis, Hester: Depression and inflammation: a life perspective. Ridderkerk: Ridderprint, 2012

Gool, Ronald van: Lichaam en Geest Dubbel bedreigd. Academie Gezondheidszorg Utrecht, juli 2006

Inspectie voor de Gezondheidszorg, brief aan GGz-instellingen, 31 oktober 2012

Mind the body. Abstractboek Congres 16 juni 2011.

Theunissen e.a.: Vermaatschappelijking van de chronische patiënt in de grote stad, Amsterdam, AMC de Meren, GGz Buitenamstel, 2008;

Vink, Márian: Niet goed in je vel. Amsterdam, Cliëntenbelang Amsterdam, 2009

Bijlage 3 – Lijst van geïnterviewde professionals/experts

Beijaert, E., geneesheer-directeur, Arkin
Bruggeman, N.J., somatisch arts Arkin
Budel, mw. M., projectmanager Samen Gezond, RIBW Kapelstraat, Hilversum
Bult, mw. M., teammanager PAAZ/afdeling Psychiatrie-Medische Psychologie
Tergooiziekenhuizen
Cohen, D., psychiater FACT-team Heerhugowaard
Feijen, mw. Th., kwaliteitsadviseur, Arkin
Gool, R. van, verpleegkundig specialist, GGz inGeest
Hamersveld, mw. S. van, lifestylecoach GGz Centraal
Lemmens, mw. I., trainer/psycholoog Arkin, Inforsa
Meer-van Walcheren, mw. N. van der, manager RIBW Kapelstraat Hilversum
Nieuwenhuizen, mw. E., lid Cliëntenraad Rembrandthof, GGz Centraal
Oole, H., B-verpleegkundige afdeling Acute Opname Rembrandthof, GGz Centraal
Oosterhof, mw. E, verpleeghuisarts, GGz Centraal
Pels, T., projectmanager, Arkin
Pijp, H, psychiater MoleMann/Tielens
Ploumen, mw. M., directeur/psychiater Wijkgerichte langdurige zorg Mentrum/Arkin.
Ritzen, mw. V., geneesheer-directeur, GGz inGeest
Schaik, mw. A.M. van, directeur behandelzaken, circuit ouderenpsychiatrie, psychiater
GGz inGeest
Spitsbergen, H., psychiater, directeur behandelzaken, Business unit hoogintensieve
behandeling, Arkin
Veld, mw. S., zorgmanager Juliana Oord, GGz Centraal
de, mw. V. van der, psychiater/stafadviseur, GGz inGeest
Voerman, M., verpleegkundige psychiatrie, stafid, MoleMann/Tielens
Westerink, F., Manager GGz RIBW Kapelstraat, Hilversum
Wind, R., Hoofd Bedrijfsvoering Mauritzhof, GGz Centraal

Bijlage 4 – Matrix

	Klinisch	Ambulant
1. Beleid		
Beleidsnotitie somatiek		
Commissie somatiek		
Protocol somatische zorg		
Rapportage audits somatische zorg		
Kwaliteitssysteem op het gebied van somatiek		
Beleid t.a.v. ketenzorg		
Actief beleid inschakelen huisartsen		
Somatische dataverzameling		
Triade aanpak		
2. Somatische screening		
Algehele screening bij iedere nieuwe patiënt (%)		
Periodieke screening op basis van risicoprofiel		
3. Voorlichting		
Risico's somatische co-morbiditeit		
Leefstijl		

4. Leefstijlbegeleiding		
Leefstijlprogramma's		
E-health		
Zelfmanagement		
Diëtiste		
Leefstijlcoach		
Mondzorg		
5. Dossiers		
Somatiek opgenomen in behandelplan		
Somatiek onderdeel behandelplanbesprekingen		
6. Voorzieningen		
Somatische arts aanwezig		
PMU bedden		
Bijwerkingenpoli		
Samenwerkingsvormen met Ziekenhuizen		
Samenwerkingsvormen met huisartsen		

Bijlage 5 – Brief aan de instellingen



Aan:

Haarlem, 22 april 2013

CBA, 13-0041/mv

Geachte... ,

Zorgbelang Noord-Holland en Cliëntenbelang Amsterdam zijn dé belangenbehartigers voor mensen met een lichamelijke, mentale of psychische beperking in Noord-Holland respectievelijk Amsterdam.

Zorginkoop GGz

In 2008 hebben Zorgbelang Noord-Holland en Cliëntenbelang Amsterdam, samen met andere zorgbelangorganisaties, een convenant afgesloten met Agis. In 2011 is opnieuw een convenant afgesloten met nu Achmea. In dit convenant is de klantvertegenwoordiging in de inkoopcyclus van Achmea vastgelegd. Het convenant wordt per jaar uitgewerkt in concrete werkplannen. Eén van de onderwerpen die gekozen is, is de zorginkoop GGz. Vanuit cliëntenperspectief zijn criteria ontwikkeld voor de zorginkoop GGz. Deze zijn door Agis/Achmea meegenomen in het zorginkoopbeleid.

Regionaal Expert Team (RET)

Dit jaar hebben wij een stap verder gezet en zijn wij gestart met een RET GGz, een Regionaal Expert Team, dat bestaat uit (ervarings)deskundigen, afkomstig uit cliëntenraden of cliënten- en familieorganisaties. Ook uit uw organisatie is een lid van de adviesraad deelnemer aan het RET. Het RET heeft als doel vanuit de ervaringen van cliënten de zorg te verbeteren binnen de dialoog en dialoog met zorgverzekeraar en zorgaanbieders. Het RET richt zich op kwaliteitsverbeteringen door middel van zorginkoop. Het RET in Noord-Holland richt zich op Amsterdam en de regio Gooi-en Vechtstreek. In Utrecht en Flevoland zijn ook RET's gestart.

Somatische zorg in de GGz

Het onderwerp waar het RET GGz zich dit jaar op richt is de somatische zorg in de GGz. Het RET wil graag weten hoe het er voor staat met het beleid rond somatische zorg: wat gaat goed, wat gaat minder goed en welke verbeteringen zijn er mogelijk?

Gestart is met bestudering van wetenschappelijke literatuur en onderzoek naar de ervaringen en wensen van cliënten. Vervolgens is bij de meeste GGz-instellingen in de regio Amsterdam en Gooi- en Vechtstreek aan de hand van een vragenlijst geïnventariseerd hoe het beleid van de instellingen is op het gebied van somatische zorg en welke zorg feitelijk wordt geboden. Hierbij is gebruik gemaakt van schriftelijke bronnen en is met ter zake kundige professionals uit de instellingen gesproken.

Verzoek: verificatie van de matrix

Wij vinden het belangrijk dat de ingewonnen informatie ter verificatie worden aangeboden aan de GGz-instellingen die in het onderzoek betrokken zijn. Bijgaand vindt u de matrix(en) zoals die voor .. ingevuld.

Wilt u nagaan of de matrix aanvullingen/wijzigingen behoeft? Als dat zo is, kunt u zelf de matrix wijzigen/aanvullen en vervolgens terugsturen via m.vink@clientenbelangamsterdam.nl. *Zou u dat kunnen doen vóór 11 mei a.s.?*

Vervolg

In twee bij dit onderzoek betrokken instellingen worden spiegelgesprekken georganiseerd. Dat zijn gesprekken waarbij zo'n 10-12 cliënten circa een uur in gesprek gaan met cliënten over het onderwerp somatische zorg. In een kring om de cliënten heen zitten professionals (hulpverleners, beleidsmakers). Zij krijgen na dat uur de gelegenheid om vragen te stellen en met de cliënten in gesprek te gaan.

Hierna zal een *algemene* rapportage worden opgesteld op basis van een analyse van de matrixen en de spiegelgesprekken. De rapportage is gericht aan Achmea en aan de zorgaanbieders die bij het onderzoek betrokken zijn. In die geanonimiseerde rapportage wordt aangegeven wat vanuit cliëntenperspectief gewenste somatische zorg is, wat goede voorbeelden zijn en welke verbeteringen er mogelijk zijn.

De uitkomsten zoals die per instelling bekend zijn, zullen met de cliëntenraden/adviesraden van die instelling worden besproken. Uiteraard bespreken wij de uitkomsten eerst met u.

Mocht u meer informatie willen hebben, dan kunt u contact opnemen met Márian Vink, beleidsadviseur/onderzoeker, 020-7525121, m.vink@clientenbelangamsterdam.nl, of met Steven Haverkamp, beleidsadviseur, 023-5300000, s.haverkamp@zorgbelang-noordholland.nl.

Met vriendelijke groet,

Karin Eeland
Programmanager Zorgbelang Noord-Holland

Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt door een subsidie van de Stichting Achmea Gezondheidszorg (SAG)



Zorgbelang Noord-Holland

Schipholpoort 48
2034 MB Haarlem
T 023 530 00 00
E s.haverkamp@zorgbelang-noordholland.nl
www.zorgbelang-noordholland.nl

Cliëntenbelang Amsterdam

Plantage Middenlaan 14-1
1018 DD Amsterdam
T 020 75 25 121
E m.vink@clienbenbelangamsterdam.nl
www.clienbenbelangamsterdam.nl