

Niet goed in je vel

Colofon

Dit is een uitgave van het Amsterdams Patiënten/Consumenten Platform (APCP)

Projectleiding

Márian Vink

Werkgroep

Gülsün Cetintürk, Havva Kilbasanli, Mia Huberts, Radia Kobaa, Márian Vink

Enquêtes/interviews

Gülsün Cetintürk, Margaret Groenewegen, Havva Kilbasanli, Mia Huberts, Anne Marie Kegel, Radia Kobaa, Stephan Oosterloo, Márian Vink

Analyse

Márian Vink, Anne Marie Kegel

Verslaglegging

Márian Vink

Eindredactie

Marco Kunst

Ontwerp omslag

Gabriëlle van Vilsteren

Druk

Paswerk Grafisch

Amsterdam, april 2009

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 – Inleiding en verantwoording	7
1.1 Inleiding.....	7
1.2 Verantwoording	8
1.3 De begeleidingscommissie	15
1.4 Financiering.....	15
1.5 De indeling van het verslag	15
Hoofdstuk 2 – De somatische zorg in de GGz	17
2.1 Inleiding.....	17
2.2 De somatische zorg in APZ'en.....	18
2.3 Zorg voor Betertrajecten.....	19
Hoofdstuk 3 – Resultaten van het onderzoek: achtergrondgegevens en leefstijl	23
3.1 Inleiding.....	23
3.2 Achtergrondgegevens van de cliënten uit het onderzoek	23
3.3 Leefstijl.....	28
Hoofdstuk 4 – Resultaten van het onderzoek: gebruik psychofarmaca	37
4.1. Inleiding.....	37
4.2 Gebruik psychofarmaca	37
4.3 Bijwerkingen psychofarmaca.....	38
4.4 Aanpassing medicatie.....	39
4.5 Informatie over bijwerkingen	41
4.6 Alternatieven.....	43
Hoofdstuk 5 – Resultaten van het onderzoek: lichamelijke gezondheid	45
5.1 Inleiding.....	45
5.2 Ervaren lichamelijke gezondheid.....	45
5.3 Sekse en de lichamelijke gezondheid.....	53
5.4 Afkomst en lichamelijke gezondheid.....	55
5.5 Woonvormen en lichamelijke gezondheid.....	57

5.6	Leeftijd en lichamelijke gezondheid	57
	Hoofdstuk 6 – Resultaten van het onderzoek: meningen van cliënten over de somatische zorg.....	59
6.1	Inleiding.....	59
6.2	De somatische zorg voor mensen met chronische psychiatrische problemen.	59
6.3	Meningen over regelmatige controle op lichamelijke gezondheid.....	64
6.4	De tandartszorg voor mensen met chronische psychiatrische problemen..	66
	Hoofdstuk 7 – Samenvatting.....	69
	Hoofdstuk 8 – Conclusies en aanbevelingen.....	77
	Conclusies.....	77
	Aanbevelingen	79
	Bijlage 1 - Literatuurlijst	83
	Bijlage 2 - Vragenlijst	85
	Bijlage 3 - Indeling klachten naar orgaansystemen.....	93
	Bijlage 4 - Opmerkingen op de vragenlijst.....	99

Hoofdstuk 1 – Inleiding en verantwoording

1.1 Inleiding

Recent onderzoek toonde aan dat de lichamelijke gezondheidstoestand van mensen met chronische psychiatrische problemen slecht is. Uit het (deel)onderzoek naar lichamelijke klachten bleek dat bijna de helft van alle cliënten een somatische (= lichamelijke) aandoening heeft. Deze gegevens werden verkregen via de hulpverleners. Bij vragen naar de kwaliteit van leven onder cliënten zelf werd fysiek welzijn door hen het laagst beoordeeld.¹

In rapporten die de somatische zorg in de psychiatrie als onderwerp hebben, wordt gewezen op de comorbiditeit: psychiatrische problemen, en met name schizofrenie, gaan nogal eens samen met allerlei lichamelijke klachten en ziekten. De verklaring daarvoor ligt enerzijds in de invloed van psychische aandoeningen op de lichaamsfuncties², anderzijds in de ongezonde leefstijl van mensen met een psychiatrische aandoening.³

Ook psychofarmaca hebben invloed op de lichamelijke gezondheid. De gevolgen van het gebruik van met name antipsychotica zijn recentelijk uitgebreid in de media onder de aandacht gekomen. Antipsychotica kunnen gewichtstoename, diabetes, hart- en vaatziekten, neurologische problemen, problemen aan het maag-darmkanaal, blaas- en seksuele problemen en bloedafwijkingen tot gevolg hebben. Behandelaars hebben hier volgens W. Cahn, die samen met andere onderzoekers een overzicht van alle mogelijke bijwerkingen

¹ Theunissen, J.R. e.a.: Vermaatschappelijking van de psychiatrische patiënt in de grote stad, p. 49

² In vaktermen: het fysiologisch samengaan van psychische aandoeningen met lichamelijke klachten.

³ Zie bijvoorbeeld het rapport ‘Somatische zorg in APZ’ en van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

publiceerde, te weinig aandacht voor.⁴ De zorg voor mensen met chronische psychiatrische problemen schiet volgens A. Loonen ernstig tekort, waardoor ze eerder ernstige complicaties oplopen. De sterfte is twee keer zo hoog als gemiddeld.⁵

1.2 Verantwoording

Het Amsterdams Patiënten/Consumenten Platform (APCP) heeft zich tot doel gesteld de belangen van alle zorgconsumenten in Amsterdam te behartigen.

De sectie GGz/MO van het APCP verenigt de cliëntenraden van de Amsterdamse GGz en MO-instellingen, enkele patiëntenorganisaties en Ypsilon. In de sectie rees de vraag hoe chronische psychiatrische cliënten in Amsterdam zelf hun lichamelijke gezondheid beoordelen en hoe zij vinden dat de zorg voor hun lichamelijke gezondheid geregeld is. De sectie heeft opdracht gegeven tot een onderzoek hiernaar.

Uitgangspunten bij het onderzoek

Als cliëntenorganisatie doen wij geen waardevrij onderzoek. We hanteren een aantal uitgangspunten, die tezamen het cliëntenperspectief vormen. Deze zijn:

- zelfbeschikkingsrecht: de autonomie van de cliënt dient uitgangspunt te zijn. De cliënt hoort zelf te beslissen wat er met hem gebeurt;

⁴ Cahn, W. e.a. : Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. Overzichtsartikel, Tijdschrift voor Psychiatrie 50 (2008) 9.
Cahn, W. : Behandelaars hebben weinig aandacht voor somatische bijwerkingen. Interview Psy 16-09-2008.

⁵ Loonen, Anton J.M.: Zorg psychiatrie schiet tekort. In: Friesch Dagblad, 25-8-2004

- de cliënt als burger; ondeelbaarheid van de persoon. Hiermee wordt bedoeld dat de cliënt een ondeelbare verzameling van sociale rollen heeft. Elke rol afzonderlijk is daarbij slechts een onderdeel van zijn/haar bestaan. De cliënt mag niet tot de patiëntenrol worden gereduceerd;
- individuele diversiteit. Ieder mens is anders. Zorg moet flexibel zijn, met voldoende keuzemogelijkheden voor de cliënt. Dat betekent dat hij voldoende informatie en ondersteuning moet krijgen bij het maken van de keuze voor zorg of behandeling;
- rechtvaardige verdeling, gelijke toegang tot de zorg. Sekse, etnische afkomst, geloof, klasse, leeftijd en inkomen mogen geen rol spelen bij de verdeling van de zorg.

Het doel van het onderzoek

Het doel van ons onderzoek is om vanuit het perspectief van cliënten gegevens te verkrijgen over hun lichamelijke gezondheid en de behoefte aan somatische zorg. Het uiteindelijke doel is beleidsbeïnvloeding: aan de hand van deze gegevens kan met zorgaanbieders en zorgverzekeraars overlegd worden over het (verder) ontwikkelen van een goede somatische zorg voor chronische psychiatrische cliënten.

De vraagstelling

- Hoe ervaren mensen met chronische psychiatrische problemen hun lichamelijke gezondheid?
- Aan welke somatische zorg hebben chronische psychiatrische cliënten behoefte?
- Hoe is de somatische zorg voor hen geregeld?

De doelgroep

Chronische psychiatrische cliënten, d.w.z. mensen met langdurige psychische aandoeningen en beperkingen die maken dat ze langdurig van zorg afhankelijk blijven. Voor dit onderzoek is uitgegaan van de volgende criteria:

- er is op enigerlei wijze contact (geweest) met de GGz;
- er is een psychiatrische diagnose gesteld;
- er is sprake van sociale beperkingen op het gebied van beroep of huishouden, contacten, economische zelfstandigheid, persoonlijke verzorging.⁶

Methodiek

Het onderzoek voerden we uit middels:

- een enquête onder chronische psychiatrische cliënten;
- interviews (5) met enquêteurs voor interpretatie en aanvullende informatie;
- een bijeenkomst met sleutelpersonen voor een eerste toets van de resultaten.

Het onderzoek is gedaan volgens de APCP-methodiek. Dat wil zeggen dat ervaringen van cliënten het referentiekader zijn voor het maken van de vragenlijst en bij de interpretatie van de gegevens.

Een werkgroep van ervaringsdeskundigen, onder leiding van een onderzoeker, heeft het onderzoek opgezet en uitgevoerd. Voor het

⁶ Deze criteria sluiten deels aan bij de criteria die Theunissen et al. hanteren in hun rapport 'Vermaatschappelijking van de psychiatrische patiënt in de grote stad'. Het criterium dat wij niet hebben gehanteerd – want voor ons niet te beoordelen – is dat er sprake moet zijn van stoornissen in een of meer psychologische functies (cognitief functioneren, bewustzijn etc.).

uitvoeren van het onderzoek is de werkgroep uitgebreid met een enquêteur en twee ervaren, ervaringsdeskundige, interviewers.

De werkgroep heeft een vragenlijst gemaakt, contacten gelegd met instellingen, geënuquêteerd, de resultaten geïnterpreteerd en het onderzoeksverslag kritisch meegelezen. De leden van de werkgroep hebben, samen met een interviewer, ook interviews afgenomen.

Representativiteit

Er zijn geen harde cijfers bekend over het aantal cliënten in Amsterdam met een chronische psychiatrische aandoening. Theunissen et al. gaan uit van ruim 4.500 cliënten. Dat zijn echter alleen cliënten die in zorg zijn bij een van de drie GGz-instellingen in Amsterdam: GGz Buitenamstel, AMC De Meren en Mentrum.⁷ Het aantal chronische psychiatrische cliënten dat elders of helemaal niet in zorg is, is niet bekend. Op basis van gegevens uit begin jaren negentig kan geschat worden dat het om ongeveer 2.250 cliënten gaat.⁸

In ons onderzoek hebben we niet gestreefd naar een representatieve steekproef. We hebben wel gestreefd naar een zo breed mogelijke onderzoeksgroep. Het onderzoek moet gezien worden als een verkenning naar de somatische problemen waar GGz-clieñten mee kampen en naar de somatische zorg die zij krijgen; de percentages die wij presenteren zijn een indicatie hiervan.

De mensen die aan ons onderzoek hebben meegedaan, zijn veelal cliënten die op een of andere manier in de samenleving participeren en in die zin beter functioneren dan bijvoorbeeld dak- en thuislozen of

⁷ Theunissen, J.R. e.a.: Vermaatschappelijking van de psychiatrische patiënt in de grote stad, p. 24. Inmiddels zijn de drie genoemde instellingen gefuseerd: AMC de Meren en Mentrum tot Arkin, GGz Buitenamstel (en de Geestgronden) tot GGZ inGeest.

⁸ Informatie afkomstig van J. Theunissen.

verslaafden met psychiatrische problemen. De onderzoeksresultaten geven daardoor waarschijnlijk een te rooskleurig beeld van de lichamelijke gezondheid van mensen met chronische psychiatrische problemen.

In totaal hebben 240 mensen een vragenlijst ingevuld.

Herkomst cliënten die aan het onderzoek deelnamen

De cliënten die aan het onderzoek deelnamen zijn geworven via instellingen/activiteitencentra voor GGz-cliënten en via de Amsterdamse Vriendendiensten. Een Marokkaanse en een Turkse enquêteur hebben cliënten met chronische psychiatrische problemen in Amsterdam-West geënquêteerd; dit zijn mensen die wel contact met een psychiater en/of SPV hebben, maar over het algemeen niet aan activiteiten in het GGz-circuit deelnemen.

	aantal	percentage
Amsterdamse Vriendendiensten	38	15,8
De Bocholt ⁹	13	5,4
De Buren ¹⁰	8	3,3
BW HVO Querido	36	15,0
BW Snelleveldstraat	15	6,3
Cliënten uit Amsterdam-West	34	14,2
DAC Jacob van Lennepkade	15	6,3
DAC Noord	13	5,4
DAC Reigersbos	12	5,0
DAC de Tour	5	2,1
Ipsy ¹¹	5	2,1

⁹ De Bocholt is een kliniek, onderdeel van GGz inGeest

¹⁰ Eetwinkel/lunchroom De Buren is een werkervaringsproject van De Waterheuvel

Mentrum LTP Tesselschadestraat	12	5,0
De Waterheuvel	12	5,0
Psychiatricafé	14	5,8
Individuele cliënten	8	3,3
	240	100

Uitvoering

Enquêtes

De enquêtes zijn op verschillende manieren uitgezet. Met alle instellingen heeft steeds goed overleg plaatsgevonden over de manier waarop dat gebeurde:

- bij de vier dagactiviteitencentra (DAC's), De Bocholt, Ipsy, De Waterheuvel en het Psychiatricafé hebben enquêteurs de op dat moment aanwezige cliënten gevraagd aan het onderzoek mee te doen. Cliënten waren in de meeste gevallen van tevoren via flyers op de hoogte gebracht van de komst van de enquêteurs;
- de Amsterdamse Vriendendiensten hebben 100 enquêtes verspreid via een mailing; daarvan kwamen er 38 ingevuld terug;
- in overleg met Mentrum (nu: Arkin) zijn in de wachtruimte van LTP Tesselschadestraat enquêteformulieren (met retourenveloppen) neergelegd, die naar het APCP gestuurd konden worden of op een bepaalde dag op de Tesselschadestraat bij een enquêteur ingeleverd konden worden;

¹¹ Ipsy staat voor Interculturele Psychiatrie en biedt mensen met een niet-Nederlandse achtergrond hulp door hulpverleners uit de eigen cultuur en in de eigen taal.

- de - vooral allochtone (Marokkaanse en Turkse) - cliënten in Amsterdam-West zijn thuis bezocht. De Marokkaanse en de Turkse enquêteur zijn steunvrouw respectievelijk sleutelpersoon in Amsterdam-West en hebben vanuit die functie mensen benaderd om aan het onderzoek mee te doen. Zij hebben, vanwege het niet goed beheersen van de Nederlandse taal door cliënten, vaak geholpen met het invullen van de enquête;
- bij de begeleide en beschermde woonvormen speelden de begeleiders een belangrijke rol: die van HVO Querido hebben de cliënten gevraagd aan het onderzoek mee te doen en ervoor gezorgd dat wij de vragenlijsten ingevuld terugkregen; begeleiders van de BW Snelleveldstraat hebben cliënten op de hoogte gebracht en gemotiveerd om mee te doen (er waren op een van tevoren aangekondigde tijd twee enquêteurs aanwezig).

Alle cliënten kregen voor het invullen van de enquête een kleine financiële vergoeding.

Interviews met de enquêteurs

De vijf interviews met enquêteurs vonden plaats om aanvullende informatie te verkrijgen en om interpretatie van de gegevens te vergemakkelijken. De enquêteurs hebben, na een interviewtraining, elkaar geïnterviewd. Dat gebeurde in aanwezigheid van een ervaren interviewer.

Bijeenkomst met sleutelpersonen

De eerste resultaten van het onderzoek hebben we voorgelegd aan een groep sleutelpersonen: de enquêteurs, cliënten, mensen uit de cliëntenbeweging, een onderzoeker en een hulpverlener. Met hen zijn

we in discussie gegaan over we hoe de resultaten dienen te interpreteren.

1.3 De begeleidingscommissie

De begeleidingscommissie bij dit onderzoek had tot doel om, vanuit ieders specifieke deskundigheid, te adviseren en de kwaliteit en voortgang van het onderzoek te bewaken. De begeleidingscommissie bestond uit:

- Paul van Dijk, medisch adviseur Agis;
- Anne Marie Kegel, bestuurslid sectie GGz van het APCP; arts;
- Jan Theunissen, senior onderzoeker GGz inGeest.

Lieuwe de Haan, psychiater bij Arkin, was bereid het conceptverslag te lezen en een aantal vragen te beantwoorden.

1.4 Financiering

Het onderzoek is gefinancierd door de gemeente Amsterdam.

1.5 De indeling van het verslag

Na deze Inleiding en Verantwoording volgt hoofdstuk 2, waarin kort wordt ingegaan op de somatische zorg voor chronische psychiatrische cliënten. In hoofdstuk 3, 4, 5 en 6 worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. De samenvatting staat in hoofdstuk 7. Hoofdstuk 8 bevat de conclusies en aanbevelingen.

Hoofdstuk 2 – De somatische zorg in de GGz

2.1 Inleiding

De vermaatschappelijking van de GGz in de jaren '70 heeft ertoe geleid dat grootschalige voorzieningen werden gesloten en dat cliënten een zo gewoon mogelijk leven leiden. Soms in een instelling of beschermde woonvorm, soms begeleid zelfstandig, maar veelal ook geheel zelfstandig.

Met het verdwijnen van de grote instellingen - en met het meer benadrukken van de psychologische kant van de behandeling - verdwenen ook somatische voorzieningen als een internist, een neuroloog en een laboratorium; er is vaak alleen nog een huisarts aanwezig. Cliënten, en zeker ook de mensen die ambulantly behandeld worden, moeten gebruik maken van de reguliere lichamelijke gezondheidszorg. Dat doen ze vaak niet.¹² Bovendien weet personeel uit de reguliere zorg niet goed raad met ze.¹³

De somatische zorg staat bij de instellingen in Amsterdam inmiddels op de agenda. Bij een instelling als GGz inGeest bijvoorbeeld komt in de missie tot uitdrukking dat de somatische zorg onderdeel van de psychiatrie moet zijn.

De praktijk op dit moment is dat er in de Amsterdamse instellingen op verschillende plekken pilots zijn opgezet en dat aan de hand van die pilots een lijn wordt bepaald. Tegelijkertijd is er sprake van

¹² Zowel uit gesprekken met mensen in het veld (beleidsmedewerkers en hulpverleners, verbonden aan instellingen als HVO-Querido en inGeest) als uit de literatuur blijkt dat GGz-cliënten vaak geen gebruik van maken van de reguliere lichamelijke gezondheidszorg. De LN-VSOP (Landelijk Netwerk Verpleegkundige Somatische Ondersteuning in de Psychiatrie) stelt dat GGz-cliënten zich door de aard van hun ziekte vaak aan lichamelijke zorg onttrekken.

¹³ GGz-verpleegkundige leert weer prikken. In: Elsevier gezondheidszorg, februari 2006

andere prioriteiten, fusies en een gebrek aan financiële middelen en is er (daardoor) weinig aandacht voor borging en verspreiding van de resultaten van de pilots.¹⁴

In dit hoofdstuk gaan we eerst in op de somatische zorg voor opgenomen cliënten. Voor ambulante cliënten worden op dit moment kleinschalig projecten opgezet via de zogenaamde Zorg voor Betertrajecten.

2.2 De somatische zorg in APZ'en

De somatische zorg voor mensen met chronische psychiatrische problematiek in Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ'en) is eind vorige eeuw onderwerp geweest van een onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

In het rapport van de Inspectie werden kritische noten gekraakt. De somatische zorg was in meerdere instellingen onder de maat. Zo was één van de bevindingen dat, ondanks veel voorkomende somatische problematiek, in een derde van de APZ'en niet standaard bij opname een algemeen lichamelijk onderzoek werd verricht. Een andere bevinding was dat de eerstelijnsfunctie in APZ'en (huisartsdeskundigheid) nogal eens niet was geregeld conform de kwaliteitseisen die aan de eerstelijnszorg worden gesteld. De algemene conclusie van de Inspectie was dat er in APZ'en meer aandacht nodig was voor de somatische zorg voor psychiatrische cliënten, voor de registratie van en inzicht in de comorbiditeit en voor het gebruik van richtlijnen en protocollen. Bovendien zou er meer en beter overleg

¹⁴ Informatie afkomstig van gesprekken met mensen in het veld

moeten plaatsvinden tussen de GGz-hulpverleners, de eerste lijn en het algemeen ziekenhuis.¹⁵

Het rapport van de Inspectie heeft GGz-Nederland ertoe gezet om Kwaliteitsnormen voor de somatische zorg in de GGz te ontwikkelen. Dat leidde ertoe dat de Inspectie bij een vervolgonderzoek in 2004 kon concluderen dat de kwaliteit van de somatische zorg in de GGz was verbeterd, maar dat de ontwikkelingen per instelling verschillen. Er is volgens de Inspectie een bescheiden voorhoede die de normen naleeft en heeft geborgd. Een grote groep instellingen is bezig met de invoering van de maatregelen en een kleine groep instellingen moet – zo zegt de Inspectie vriendelijk – nog veel energie steken in de invoering van de kwaliteitsnormen.¹⁶

2.3 Zorg voor Betertrajecten

De somatische zorg vanuit GGz-instellingen voor mensen die niet in een APZ zijn opgenomen is beperkt geregeld. Er is een aantal verschillende initiatieven die vooral worden uitgevoerd via de zogenaamde Zorg voor Betertrajecten. Het doel van deze trajecten is het realiseren van aantoonbare verbeteringen in de organisatie. Alle instellingen voor langdurige zorg – dus ook alle GGz-instellingen – kunnen eraan deelnemen. De trajecten zijn een initiatief van het ministerie van VWS, dat ze ook financiert. De uitvoering van de verbetertrajecten voor de langdurige GGz is in handen van het Trimbosinstituut. Zorg voor Beter betaalt voor de inzet van experts en de ondersteuning. De instellingen zelf zetten menskracht en tijd in.

¹⁵ Inspectie voor de Gezondheidszorg: Somatische zorg in APZ'en. Den Haag, juni 1999.

¹⁶ Inspectie voor de Gezondheidszorg: De somatische zorg in de GGz wordt beter, maar schiet in separeerkamers tekort. Den Haag, oktober 2004

Eén van de trajecten waar de GGz-instellingen gebruik van kunnen maken is het Verbetertraject ‘Niet alleen de geest maar ook het lichaam’, bedoeld om de lichamelijke gezondheid van cliënten te verbeteren. In het traject wordt o.a. aandacht besteed aan:

- Het signaleren en monitoren van somatische aandoeningen;
- Deskundigheidsbevordering;
- Het helpen van cliënten bij het volgen van een gezonde leefstijl;
- De samenwerking tussen de somatische en psychische zorg en tussen hulpverleners, cliënten en familieleden.¹⁷

In Amsterdam werken Arkin (de afdeling Langdurende Transmurale Psychiatrie Tesselschadestraat)¹⁸ en inGeest met dit Verbetertraject.¹⁹

De doelstelling van Arkin is de lichamelijke gezondheid van cliënten meer en meer systematisch aandacht te geven. Het gaat daarbij om ambulante cliënten met chronische psychiatrische problematiek (in klinieken is een huisarts aanwezig). Er zijn twee programma's waar Arkin aan deelneemt:

- Medicatieveiligheid;
- Niet alleen de geest maar ook het lichaam.²⁰

Arkin richt zich met het programma ‘Niet alleen de geest maar ook het lichaam’ in eerste instantie op de screening van cliënten van de polikliniek Tesselschadestraat op het metabool syndroom.²¹ In 2008 is

¹⁷ Zie www.zorgvoorbeter.nl

¹⁸ Voorheen LTP Jellinek/Mentrum

¹⁹ Alleen Jellinek/Mentrum werkte met het verbetertraject.

²⁰ De informatie is afkomstig van het hoofd LTP/hoofd kliniek Mentrum en uit de Projectopdracht Zorg voor Beter van Jellinek/Mentrum

²¹ Het metabool syndroom is de benaming voor een aantal aandoeningen: hoge bloeddruk, diabetes, overgewicht en verhoogd cholesterol. Dit syndroom kan leiden tot hartproblemen.

een protocol hiervoor in gebruik genomen. Eind 2008 waren er in een pilot 80 cliënten onderzocht.²² Het screenen moet leiden tot een programma met aandacht voor fitness, gezond koken gezond eten, leefstijl en bewust roken.

Het lichamelijk screenen moet uiteindelijk een vast onderdeel van behandelplanbesprekingen worden. Daarnaast komt er een sociale kaart met medische en niet medische diensten en instellingen waarnaar cliënten met het metabool syndroom kunnen worden verwezen. Ook cliënten die geen metabool syndroom hebben kunnen gebruik maken van deze diensten om hun lichamelijke conditie te verbeteren.

LTP Tesselschadestraat streeft naar een eigen somatische polikliniek.

Bij de nieuwe organisatie GGz inGeest²³ is de aandacht voor zowel de psychiatrische als de somatische zorg in de missie opgenomen. De somatische zorg kan gewaarborgd worden door de toekomstige fusie met het VUmc.

Op dit moment wordt er bij GGz inGeest in meerdere pilotprojecten gewerkt met de zogenaamde Phamouslijst. Dit is een somatisch protocol, waarbij gekeken wordt naar:

- het psychosociaal functioneren. Er wordt nagegaan wat de diagnose is, of iemand opgenomen of ambulant is, hoe de woonsituatie is, welke dagbesteding iemand heeft, etc.;
- welke ziektes of operaties men gehad heeft, welke familiale aandoeningen er zijn en hoe de leefstijl (eten, alcohol, roken, etc.) eruit ziet;

²² Op de Tesselschadestraat komen zo'n 900 cliënten. Er lijkt onduidelijkheid te bestaan over welke groep er gescreend moeten worden.

²³ Voorheen GGzBuitenamstel en De geestgronden. De toekomstige fusie van GGz inGeest met VUmc heeft o.a. tot doel de onderbehandeling van somatische klachten bij chronische psychiatrische patiënten te lijf te gaan.

- het gebruik van medicatie;
- lichamelijke factoren (gewicht, buikomtrek, bloeddruk etc.);
- laboratoriumbepalingen.

Het Phamousprotocol is vooral bedoeld voor mensen die ambulante in behandeling zijn. Mensen die in een opnamekliniek terecht komen worden allemaal gescreend. In langdurige zorgklinieken (Walborg, De Bocholt) is 2 tot 3 keer per week een huisarts aanwezig. Dat is ook zo in de Valeriuskliniek.

Het is de bedoeling om het Phamousprotocol op instellingsniveau te gaan gebruiken.

HVO Querido biedt weinig gestructureerde somatische zorg. Er zijn wel wat initiatieven, zoals een huisarts op de voorziening of Health 4 U.²⁴ De initiatieven vinden echter op kleine schaal plaats.

HVO Querido heeft nog geen visie ontwikkeld op somatische zorg. Men is aan het uitzoeken wat er binnen HVO Querido en aanpalende organisaties op het gebied van somatische zorg gebeurt en waar men bij wil aansluiten. Duidelijk is wel dat men niet één standaardpakket wil aanbieden: in verschillende voorzieningen spelen verschillende problemen.

²⁴ Health 4 U is een trainingmethode voor het ontwikkelen van een gezonde leefstijl. Het is speciaal ontwikkeld voor mensen met die psychische klachten hebben en daarvoor medicatie gebruiken.

Hoofdstuk 3 – Resultaten van het onderzoek: achtergrondgegevens en leefstijl

3.1 Inleiding

Zoals eerder aangegeven gaan psychiatrische problemen nogal eens gepaard met lichamelijke klachten en ziekten. Er is een samenhang tussen psychiatrische problemen en lichamelijke ziekten. Maar ook de leefstijl van mensen met een psychiatrische aandoening en het gebruik van medicatie hebben invloed op de lichamelijke gezondheid.

In dit hoofdstuk gaan we in op de leefstijl. Maar we beginnen met enkele achtergrondgegevens.

3.2 Achtergrondgegevens van de cliënten uit het onderzoek

De achtergrondgegevens van de cliënten uit ons onderzoek zijn van belang, omdat die van invloed kunnen zijn op de resultaten. Bekend is bijvoorbeeld dat bepaalde bevolkingsgroepen specifieke gezondheidsrisico's lopen en dat er verschillen zijn in gezondheid en gezondheidsbeleving tussen mannen en vrouwen en tussen autochtone en allochtone inwoners van Nederland.

Bij de beoordeling van de resultaten is dan ook steeds een onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen, autochtonen en allochtonen en zelfstandig wonen tegenover begeleid of beschermd wonen. Ook hebben we naar de resultaten per leeftijdscategorie gekeken. Waar resultaten opvallend afwijkend zijn, geven we ze weer.

Sekse

Aan ons onderzoek deden iets meer vrouwen dan mannen mee: bijna 52% is vrouw, 48% man.

Tabel 2 – Bent u een man of vrouw? (n = 240)

	aantal	percentage
Man	115	47,9
Vrouw	124	51,7
Niet ingevuld	1	0,4

Leeftijd

Meer dan de helft van de cliënten uit ons onderzoek is tussen de 41 en 60 jaar: 54,6%. De tweede grote groep is tussen de 21 en 40 jaar: 31,7%.

Tabel 3 – Wat is uw leeftijd? (n = 240)

	aantal	percentage
tot 20	1	0,4
21 – 40	76	31,7
41 – 60	131	54,6
61 – 80	24	10,0
81 en ouder	1	0,4
Niet ingevuld	7	2,9

Afkomst en beheersing Nederlandse taal

Zo'n 40% van de cliënten is van niet-Nederlandse afkomst, waarbij we in ons onderzoek ook de Surinamers rekenen.²⁵ Dit is een redelijke afspiegeling van de Amsterdamse bevolking.

²⁵ We doen dat omdat Surinamers, en met name Surinaamse Hindostanen, andere gezondheidsrisico's lopen. Zo is van Hindostanen bekend dat zij veel vaker diabetes krijgen.

Tabel 4 – Wat is uw afkomst? (n = 240)

	aantal	percentage
Nederlands	144	60,0
Marokkaans	26	10,8
Surinaams	26	10,8
Turks	18	7,5
Anders, n.l.	23	9,6
Niet ingevuld	3	1,3

Mensen die ‘anders’ invulden kwamen uit Pakistan, Colombia, de Dominicaanse Republiek, Indonesië, Duitsland, Iran, de Filippijnen, Afghanistan, de Antillen, de USA, etc.

Van de allochtone cliënten spreekt ruim 70% voldoende tot goed Nederlands. Een grote groep (27%) spreekt een beetje Nederlands. Dat heeft uiteraard gevolgen voor de communicatie met GGz-behandelaars.

Tabel 5 – Spreekt u Nederlands? (n =92)

	aantal	percentage
Ja, goed	49	53,3
Ja, voldoende	17	18,5
Ja, een beetje	25	27,2
Nee	1	1,1

Woonvormen

De meeste mensen uit ons onderzoek (64%) wonen zelfstandig, d.w.z. niet begeleid of beschermd. Bijna 48% woont alleen, 16% woont in gezinsverband. Ter vergelijking: volgens de gegevens van de Dienst

Onderzoek en Statistiek van de gemeente Amsterdam (bevolking naar huishoudtypen, 1 januari 2004-2008) is in 2008 29,9% alleenstaand en woont 67% met partner en/of kinderen.

Ruim 32% van de mensen die wij geënquêteerd hebben, woont in een beschermd of begeleid-wonenproject. De mensen die ‘anders’ invulden woonden over het algemeen bij hun moeder of bij hun ouders.

Tabel 6 – Hoe woont u? (n = 240)

	aantal	percentage
Alleen, in een eigen woning	115	47,9
Met partner en/of gezin	39	16,3
In een begeleid-wonenproject	20	8,3
In een beschermde woonvorm ²⁶	57	23,8
Ik heb geen woning	--	---
Anders, n.l.	8	3,3
Niet ingevuld	1	0,4

Contact met Geestelijke Gezondheidszorg (GGz)

Veruit de meeste mensen (bijna 84%) heeft contact met een psychiater. Zo'n 26% heeft regelmatig contact (één keer per week, één keer per twee weken of één keer per drie weken). Vijfentwintig procent gaat alleen naar de psychiater als het niet goed gaat.

Bijna 33% vulde ‘anders’ in. Het contact met de psychiater varieerde bij deze groep van twee keer per maand tot één keer per jaar.

²⁶ Cliënten uit De Bocht, een klinische setting, vulden in dat zij beschermd dan wel begeleid wonen.

Tabel 7 – Heeft u regelmatig contact met een psychiater? (n = 240)

	aantal	percentage
Ja, een keer per week	17	7,1
Ja, een keer per twee weken	10	4,2
Ja, een keer per drie weken	35	14,6
Ja, anders, n.l	79	32,9
Nee, alleen als het niet goed gaat	60	25,0
Nee, geen contact met een psychiater	36	15,0
Niet ingevuld	3	1,3

Van alle cliënten uit ons onderzoek heeft ruim 63% contact met een SPV. Bijna 47% heeft regelmatig contact: één keer per week, of één keer per twee of drie weken.

Tabel 8 – Heeft u regelmatig contact met een SPV? (n = 240)

	aantal	percentage
Ja, een keer per week	29	21,1
Ja, een keer per twee weken	30	12,5
Ja, een keer per drie weken	32	13,3
Ja, anders, n.l.	40	16,7
Nee, alleen als het niet goed gaat	21	8,8
Nee, geen contact met een SPV	73	30,4
Niet ingevuld	15	6,3

Ruim 42% van de cliënten geeft aan contact met een psycholoog of psychotherapeut te hebben. Uit opmerkingen op de vragenlijst blijkt dat bij dit percentage kanttekeningen geplaatst moeten worden, omdat ook de psychiater of de SPV als psycholoog/therapeut gezien worden.

Tabel 9 – Heeft u regelmatig contact met psycholoog/therapeut (n = 240)

	aantal	percentage
Ja, een keer per week	14	5,8
Ja, een keer per twee weken	11	4,6
Ja, een keer per drie weken	20	8,3
Ja, anders, n.l.	21	8,8
Nee, alleen als het niet goed gaat	36	15,0
Nee, geen contact psycholoog/therapeut	129	53,8
Niet ingevuld	9	3,8

3.3 Leefstijl

In dit inleiding van dit hoofdstuk gaven we al aan dat het samengaan van psychiatrische problemen met lichamelijke klachten en ziekten deels wordt verklaard door de ongezonde leefstijl van mensen met een psychiatrische aandoening. Het beeld is dat chronische psychiatrische cliënten te weinig bewegen, slechte eetgewoonten hebben, roken en alcohol en drugs gebruiken.

Bewegen

Volgens de Nederlandse Norm Gezond Bewegen zou iemand minstens vijf dagen per dag 30 minuten moeten bewegen (fietsen, stevig wandelen, etc.). Volgens de website 30minutenbewegen.nl beweegt bijna de helft van de Nederlanders nog steeds te weinig. Van alle Amsterdammers zou volgens de GGD Amsterdam 37% van de mannen en 42% van de vrouwen onvoldoende beweging hebben.²⁷

²⁷ GGD Amsterdam: Alle Amsterdammers gezond, p. 19

Van de cliënten uit ons onderzoek geeft de helft aan iedere dag minstens een half uur te bewegen.²⁸ Dat betekent dat de andere helft volgens de norm te weinig beweegt. Uitgesplitst naar sekse: 48,2% van de mannen en 51,2% van de vrouwen.

Tabel 10 – Beweegt u regelmatig (wandelen, fietsen, sporten)?
(n = 240)

	aantal	percentage
Ja, één keer p.w. minstens een half uur	39	16,3
Ja, 2-3 keer p.w. minstens een half uur	48	20,0
Ja, iedere dag een minstens een half uur	120	50,0
Nee, zelden of nooit	31	12,9

Gemiddeld bewegen mensen die depressief zijn ongeveer de helft minder dan mensen die niet depressief zijn.²⁹ Dat kan een aantal oorzaken hebben. Geen energie, nergens zin in hebben, is er daar één van.

Wanneer het slecht met T gaat beweegt ze weinig, zondert ze zich het liefst af in haar huis. Ze ligt dan veel op bed, gaat ongezond eten. Hierdoor voelt ze zich weer slechter, wat haar versterkt in haar ongezonde gedrag.

Maar ook slechte voorlichting kan een reden zijn. Bij de Marokkaanse cliënten uit ons onderzoek bijvoorbeeld speelt de angst door het sporten

²⁸ In de vragenlijst werd aangegeven dat we daaronder verstaan: wandelen, fietsen, sporten. Het is echter mogelijk dat ook mensen die een ommetje maken of naar de markt gaan, hebben ingevuld dat ze regelmatig bewegen.

²⁹ Zie www.depressie.eu

helemaal geen energie meer te hebben een rol, evenals de angst meteen als ‘gezond’ gezien te worden.

R enquêteerde, en sprak met 20 chronische psychiatrische cliënten van Marokkaanse komaf in Amsterdam-West. Volgens haar hebben de meeste mensen niet de behoefte om te sporten, omdat hun lichaam slap is. Zij zijn ook bang dat ze door sporten helemaal geen energie meer hebben. Ze zijn depressief, denken sporten = meer energieverlies = meer afvallen = geen energie. Sommigen durven ook niet te gaan sporten omdat het dan lijkt alsof ze weer beter zijn en alles weer aankunnen. “Sporten is gezond, waarom moet ik sporten, ik ben ziek; als ik sport ben ik gelijk beter.” De psychiater heeft volgens R geen oog voor hoe de mensen die zij gesproken heeft, leven.

Eetgewoonten

Het Voedingscentrum beveelt aan elke dag 2 ons groenten en 2 keer fruit te eten.³⁰ Deze hoeveelheid zou nodig zijn om fit en gezond te blijven en de kans op ziekten, zoals hart- en vaatziekten en diverse soorten kanker, te verkleinen. Uit onderzoek van de GGD Amsterdam komt naar voren dat maar 18% van de mannen en 26% van de vrouwen aan de groente- en fruitnorm voldoet.³¹

In ons onderzoek hebben we de cliënten gevraagd hoe vaak ze groenten en fruit eten. Veertig procent van alle cliënten doet dat vrijwel dagelijks.³² Zo’n 45% eet zelden of één tot twee keer per week groenten en fruit. Overigens eten vrouwen gezonder dan mannen: 49,2% van de

³⁰ www.voedingscentrum.nl

³¹ GGD Amsterdam: Alle Amsterdammers gezond, p. 19

³² Sommige mensen gaven aan alleen groente of alleen fruit te eten.

vrouwen eet vrijwel iedere dag groente en fruit, slechts 30,4% van de mannen.³³

	aantal	percentage
Ja, een tot twee keer per week	83	34,6
Ja, minstens vier dagen per week	35	14,6
Ja, vrijwel iedere dag	96	40,0
Nee, zelden	26	10,8

Er is een aantal redenen waarom mensen met chronische psychiatrische problemen slecht (zelden of slechts één tot twee keer per week groenten en fruit) zouden eten. Ten eerste is het makkelijker om een gezonde leefstijl aan te houden als je je goed voelt; in periodes dat het niet goed gaat, is gezond eten vaak het eerste dat er bij inschiet.

T vertelt gezond te eten: 2 stuks fruit per dag en 100 à 200 gram groente. Bij doorvragen blijkt dit alleen het geval te zijn als het goed met haar gaat. In periodes dat het niet goed gaat ziet haar eetpatroon er heel anders uit: dan eet zij misschien één à twee keer per week warm en nauwelijks groente en fruit. Als ze depressief is, krijgt ze ook last van eetbuien. Ze eet dan bijvoorbeeld een zak drop leeg en laat dan de maaltijd vervallen. Met als gevolg dat ze aankomt, zich hierover slecht voelt, zich depressief voelt, geen zin/energie/motivatie heeft om te koken. Dit is een vicieuze cirkel die lastig te doorbreken is.

³³ Het is moeilijk om deze gegevens te vergelijken met die van de GGD Amsterdam. We weten niet of de mensen in ons onderzoek wel iedere dag 200 gram groente en 2 stuks fruit eten. We weten ook niet of de mensen in het onderzoek van de GGD bijvoorbeeld wel iedere dag groente, maar slechts 1 stuks fruit eten en daarom niet aan de norm voldoen.

Ten tweede hebben de meeste GGz-cliënten een zeer laag inkomen en is gezond eten duurder. Ten derde wonen veel chronische psychiatrische cliënten alleen, waardoor de prikkel om iedere dag gezond te koken kan ontbreken. Eten met anderen is dan niet altijd een alternatief: het kan soms een “hels karwei” zijn om met anderen aan tafel te zitten.³⁴ En soms hebben mensen van zichzelf het idee dat ze gezond eten, terwijl ze dat volgens de norm niet doen.

F heeft drie of vier jaar psychotisch rondgelopen. In 2000 is hij voor het eerst opgenomen en toen is verteld dat hij schizofreen is. Sinds 2004 is hij stabiel.

F woont alleen. Hij eet genoeg groente per week, drie tot vier keer. Hij eet bijna iedere dag een stuk fruit. En drinkt iedere dag een milkshake, die maakt hij voor drie dagen van peer/appel/banaan. Hij doet dat sinds hij bij een diëtiste is geweest om gezonder te leven en af te vallen.

Roken

Van alle Amsterdammers rookt 39% van de mannen en 28% van de vrouwen.³⁵ In ons onderzoek liggen percentages veel hoger: 67,8% van de mannen rookt en 46,8% van de vrouwen.

Er is weinig verschil te zien tussen autochtone en allochtone cliënten. Wel roken mensen die begeleid of beschermd wonen veel meer dan mensen die zelfstandig wonen: 72,7% tegenover 49,4%.

	mannen	vrouwen
Ja	67,8	46,8

³⁴ De redenen zijn genoemd tijdens de groepsbijeenkomst. Zie de Inleiding en verantwoording.

³⁵ GGD Amsterdam: Alle Amsterdammers gezond, p. 19

Waarom roken zoveel GGz-cliënten? Bekend is dat nicotine bij een aandoening als schizofrenie zorgt voor een vorm van zelfmedicatie. Mensen met schizofrenie die stevig doorroken hebben minder last van hallucinaties en wanen.³⁶ In het algemeen kan gesteld worden dat het farmacologische effect van nicotine opwekkend en tegelijkertijd ontspannend is.

F rookt ongeveer 8 sjekkies per dag. Dat betekent onbewust veel voor hem. Hij leeft niet uitbundig, gaat niet uit en gebruikt geen alcohol en drugs meer. Als hij gestrest is kan hij met een sjekkie ontspannen.

Roken betekent ook het uitvoeren van rustgevende rituelen. Het helpt soms ook nog eens om dat te kunnen doen wat je moet doen.

A moest met roken stoppen in verband met een longaandoening. Ze is er, door privé-problemen, echter weer mee begonnen. A moet op dit moment sterk in haar schoenen staan. Als ze niet rookt zou ze weer in een zware depressie komen en op bed gaan liggen en niet voor anderen zorgen. Roken geeft steun.

Alcohol

Ruim 80% van de Amsterdammers gebruikt alcohol: 81% van de mannen en 76% van de vrouwen.³⁷ Vijftien procent van de mannen en 5% van de vrouwen wordt tot de zware drinkers gerekend.³⁸

In ons onderzoek drinkt 'slechts' 45% alcohol. Veertig procent drinkt af en toe; daarbij is er nauwelijks verschil te zien tussen autochtone en allochtone cliënten.

³⁶ Zie www.kennislink.nl: Nicotine helpt schizofrene patiënt

³⁷ De Staat van de stad IV, p. 52

³⁸ GGD Amsterdam: Alle Amsterdammers gezond, p. 19

Tabel 13 – Drinkt u alcohol? (n = 240)

	aantal	percentage
Af en toe	96	40,0
1 of 2 glazen per dag	6	2,5
Meer dan 2 glazen per dag	5	2,1
Nee	133	55,4 ³⁹

Het aantal mensen in ons onderzoek dat dagelijks drinkt is heel laag. Eén van de redenen daarvoor zou kunnen zijn dat het gebruik van alcohol slecht samengaat met het innemen van psychofarmaca en dat mensen zich daar rekenschap van geven. Een andere reden kan zijn dat alcohol de kans op een psychose versterkt.

F weet uit ervaring dat zijn medicatie de werking van alcohol en drugs versterkt. Hij heeft ondervonden dat je er psychotisch van kunt worden. Hij raakt dan in de war; wordt agressief; voelt zich aangevallen; de schijn tussen waan en werkelijkheid vervaagt. Daarom is hij sinds 6 jaar clean.

Drugs

In de Staat van de stad IV wordt beschreven dat 15% van de Amsterdammers in 2006 cannabis gebruikte.⁴⁰ Van de mensen in ons onderzoek gebruikt 17,5% drugs, waarvan 4,6% dagelijks. De meeste mensen gebruiken cannabis, enkelen cocaïne.

De cijfers uit ons onderzoek komen niet overeen met het beeld dat veel mensen met psychiatrische problemen drugs gebruiken. Mogelijk

³⁹ Wij hebben de verslavingszorg niet in ons onderzoek meegenomen, zie hoofdstuk 1.

⁴⁰ De Staat van de stad IV, p. 52

geldt ook hier de ervaring van cliënten dat drugsgebruik de problemen verergert.

	aantal	percentage
Ja, af en toe	27	11,3
Ja, dagelijks	11	4,6
Nee	198	82,5
Niet ingevuld	4	1,7

Overigens gebruiken mannen vaker drugs dan vrouwen (23,3% resp. 10,6%). Mensen uit ons onderzoek in een beschermd/begeleide woonvorm gebruiken wat vaker drugs dan mensen die zelfstandig wonen: 6,7% gebruikt dagelijks, 16% af en toe.

Aandacht voor de leefstijl

De mensen die aan het onderzoek meededen, hebben de mogelijkheid gekregen om twee open vragen te beantwoorden. De eerste was ‘Wat zou er volgens u veranderd moeten worden?’, de tweede was ‘Hebt u nog opmerkingen?’

Op deze vragen zijn meer dan 200 antwoorden gekomen, zie bijlage 4. Twintig mensen hebben opmerkingen gemaakt over de leefstijl en alternatieve leef/behandelwijzen. Daaruit blijkt dat cliënten willen dat hier (in de GGz) meer aandacht voor is. We geven een aantal van de opmerkingen weer.

- *Fitnessruimte met begeleiding. Gezond lichaam, gezonde geest, maar het moet wel vrijwillig blijven;*

- *Mensen met lichamelijke klachten meer laten bewegen (sporten, wandelen, fietsen);*
- *Het programma moet meer gericht zijn op het motiveren van cliënten om een serieuze gezondheidstoestand;*
- *Tijdens de opname wordt weinig aandacht aan lichamelijke klachten besteed in de zin van voeding/fruit: gebrek aan fruit;*
- *Komt op voeding aan en yoga en massages;*
- *Macrobiotiek invoeren – massages – extra mineralen i.p.v. medicatie – sauna – yoga – samenwerkingsvormen aanpassen – tuinwerk;*
- *Voorlichting alcohol en/of drugs noodzakelijk. Doorverwijzing Jellinek, indien getrouwd één woning.*

Hoofdstuk 4 – Resultaten van het onderzoek: gebruik psychofarmaca

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de resultaten van het onderzoek die betrekking hebben op het gebruik van psychofarmaca, op informatie over bijwerkingen van psychofarmaca, op aanpassing van de medicatie als mensen bijwerkingen hebben, op het zelf aanpassen van de psychofarmaca.

4.2 Gebruik psychofarmaca

Van alle mensen uit ons onderzoek slikt 84% psychofarmaca d.w.z. medicijnen tegen psychische klachten als depressies of psychoses.

Tabel 15 – Gebruikt u medicijnen tegen psychische klachten, zoals psychosen, depressie, angsten? (n = 240)

	aantal	percentage
Ja	193	80,4
Nee	36	15,0
Soms	8	3,3
Niet ingevuld	3	1,3

Opmerking op de vragenlijst:

Toen ik voor het eerst een depressie kreeg (1993), wist ik niet wat me gebeurde. Er was nergens een plek waar ik goed opgevangen werd. Bij de RIAGG werd ik buiten de deur gezet omdat ik niet meer weg wilde (ik was wanhopig). De psycholoog bij de huisarts wist geen raad met me. Ik moest naar een kliniek voor dagbehandeling.

Het was er vreselijk, ik werd niet begrepen. Uiteindelijk ging ik naar een herstellingsoord, maar daar functioneerde ik ook niet. Pas na maanden in een hel geleefd te hebben, kwam iemand op het idee om me naar een psychiater te sturen, die me antidepressiva voorschreef. Ik knapte meteen op en kon aan mijn herstel gaan werken. Gelukkig heb ik nu (nog) een PGB.

4.3 Bijwerkingen psychofarmaca

Veel psychofarmaca geven bijwerkingen waar cliënten in hun dagelijks functioneren last van hebben.

In hoofdstuk 5 gaan we uitgebreid in op de lichamelijke gezondheid van mensen met chronische psychiatrische problemen. Nu al kan gemeld worden dat zo'n 56% van de mensen uit ons onderzoek ervan uitgaat dat op z'n minst een deel hun klachten veroorzaakt wordt door het gebruik van psychofarmaca. Het meest genoemd zijn gewichtstoename en stijfheid. Maar ook moeheid, onrustig gevoel, droge mond, duizeligheid, slaperigheid, trillen, hartkloppingen, eetbuien, overmatige transpiratie, wazig zien, seksuele problemen en andere klachten zijn genoemd.

De bijwerkingen zijn volgens de ePsychiater (internetpsychiater) voor mensen vaak een belangrijke reden om te willen stoppen met de medicatie. Hoewel de bijwerkingen van antidepressiva lang niet zo belemmerend zijn als die van antipsychotica is volgens hem bijvoorbeeld de nadelige invloed op de seks voor veel mensen voldoende reden om te willen minderen en stoppen. Veel mensen hebben moeite met medicijnen die een invloed op stemming en gevoel hebben.⁴¹

Veel psychofarmaca hebben als bijwerking dat je minder behoefte aan seks hebt. Eén vrouw vertelde dat haar echtgenoot niet altijd even begripvol is. Ze zei: "Je bent ziek en je krijgt van hem ook nog

⁴¹ www.e-psychiater.nl

eens opmerkingen over je seksuele prestaties. Als je zwak bent, ga je aan jezelf twijfelen. Hij zei 'Jij hebt het probleem, ik niet. Zoek jij de oplossing maar'."

4.4 Aanpassing medicatie

Bij veel cliënten uit ons onderzoek (ruim 70%) wordt de medicatie bij bijwerkingen aangepast.

Tabel 16 – Wordt de medicatie aangepast als u last van bijwerkingen heeft? (n = 188)

	aantal	percentage
Ja	134	71,3
Nee	54	28,7

Het heeft lang geduurd voordat een goed antidepressivum was gevonden. In de afgelopen tien jaar heeft T verschillende middelen geslikt. Steeds waren er ongewenste bijwerkingen. Eén middel zorgde bijvoorbeeld voor heel erge eetbuien. In goed overleg met de psychiater is er steeds naar een nieuw middel gezocht en inmiddels gevonden.

Er zijn echter ook mensen bij wie de medicatie niet wordt aangepast. Soms wordt aangegeven dat mensen de bijwerkingen moeten accepteren, omdat ze er nu eenmaal bijhoren.

Opmerking op de vragenlijst:

Ik heb psychische klachten gehad en door de medicatie erge bijwerkingen gehad en dan werd er gezegd 'daar moet je maar mee leven'. Dat vind ik niet kunnen.

Bij de allochtone cliënten in Amsterdam-West is volgens R weinig bekend over psychische ziekte, hulpverlening, medicijngebruik en bijwerkingen. Veel cliënten zijn zich ook niet bewust van de samenhang tussen psychische klachten, medicijngebruik en bijwerkingen. Er wordt vaak gezegd dat ze die klachten maar moeten accepteren, omdat die er nu eenmaal bijhoren.

Van de cliënten uit ons onderzoek stopt 17% zelf de medicatie, zonder overleg met de behandelaar. Uit ons onderzoek wordt niet duidelijk of dat is vanwege de bijwerkingen of vanwege andere redenen.

Tabel 17 – Stopt u zelf wel eens – zonder overleg met uw behandelaar – met het innemen van medicijnen? (n = 200)

	aantal	percentage
Ja	34	17,0
Nee	166	83,0

R interviewde een vrouw met drie kinderen. Zij heeft een angststoornis. Als ze medicijnen slikt voelt ze zich beter. De pillen onderdrukken de angst, maar de angst is niet helemaal weg. Iedere middag ligt ze te slapen, doet de gordijnen dicht en een deken over haar hoofd. Door de pillen kan ze niet zoveel. Dus als ze meer moet slikken, gooit ze pillen weg. Ze zegt dan dat ze alle pillen geslikt heeft.

Vanuit cliëntenperspectief is het van belang cliënten de regie te laten, ook over het medicatiegebruik. Bijna 30% van de mensen uit ons onderzoek neemt die regie, al dan niet in overleg met de behandelaar. Deze cliënten bepalen zelf welke dosering welke voordelen en aanvaardbare nadelen oplevert. Het is niet moeilijk voorstelbaar dat dat

uiteindelijk leidt tot een veel grotere motivatie om medicatie te gebruiken.

Tabel 18 – Vermindert of verhoogt u zelf wel eens uw medicatie? (n = 200)

	aantal	percentage
Ja, zonder medeweten behandelaar	11	5,5
Ja, de behandelaar is op de hoogte	45	22,5
Nee	144	72,0

Opmerking op de vragenlijst:

Ik had veel weerstand tegen medicijnen, maar had ze toch nodig. Ik kreeg van de psychiater de mogelijkheid om met een superlage dosering te beginnen en steeds zelf te bepalen of ik meer ging slikken. Ik ben uiteindelijk meer gaan slikken, maar zie er wel het nut van in. Ik voel me veel beter en heb geen last van bijwerkingen.

4.5 Informatie over bijwerkingen

Informatie door de arts

We hebben de vraag gesteld of de mensen die psychofarmaca slikken door de arts voldoende over bijwerkingen geïnformeerd zijn. Slechts de helft van de cliënten vindt dat ze voldoende informatie over de bijwerkingen hebben gekregen.

Tabel 19 – Bent u door uw arts geïnformeerd over mogelijke bijwerkingen van medicijnen? (n = 200)

	aantal	percentage
Ja, voldoende	101	50,5

Ja, ten dele	44	22,0
Nee	55	27,5

Soms spelen een apotheker of medeciënten een rol, zoals blijkt uit onderstaande interviewfragmenten.

A heeft vanaf 1996 gedurende 8 jaar contact met een psychiater in verband met een chronische depressie. Zij heeft van hem nooit iets over bijwerkingen gehoord. De laatste keer dat hij medicijnen voorschreef, kreeg zij een hogere dosis. De apotheker heeft haar toen verteld dat zij na de antidepressiva maagtabletten moest gebruiken.

F gebruikt Leponex (Clonazepine) 700 mg, dat is zeven pillen per dag. Dat geeft bijwerkingen, maar gelukkig heeft hij daar geen last van. In het begin werd er elke dag bloed afgenomen, nu is de frequentie eenmaal per half jaar. Er wordt dan naar de glucosespiegel gekeken, naar het cholesterolgehalte en de spiegel van de medicatie. F wist van de bijwerkingen van andere cliënten. Hij zat in een praatgroep en een medepatiënt gebruikte het middel en vertelde erover. Hij kan zich niet herinneren of de arts over de bijwerkingen van de medicatie heeft verteld.

Meer dan 20 cliënten uit ons onderzoek hebben bij de open vragen opmerkingen gemaakt over de medicatie. Een deel daarvan ging over informatie over de bijwerkingen van psychofarmaca.

- *Mensen leren wat afhankelijkheid is van medicatie, en voordelen van stoppen;*
- *Dat er meer aandacht wordt besteed aan bijwerkingen van antipsychotica;*
- *Klachtenbus, medicatie-infodagen;*
- *Controle over medicatiegebruik wat het doet met je lichaam;*
- *Ik zou graag willen weten wat de psychofarmaca op langer termijn voor lichamelijke klachten kunnen veroorzaken;*

- *Graag onafhankelijke informatie over medicijnen.*

Informatie via de bijsluiter

Zo'n 70% van de cliënten leest de bijsluiter, zij het soms ten dele. De informatie op de bijsluiter is echter niet voor iedereen duidelijk: zo'n 20% van de autochtone cliënten en 35% van de allochtone cliënten die psychofarmaca gebruiken geeft aan dat ze de informatie op de bijsluiter niet begrepen hebben.

4.6 Alternatieven

Psychofarmaca worden volgens een aantal mensen uit ons onderzoek te snel voorgeschreven. Op de vragenlijst zijn opmerkingen gemaakt waaruit blijkt men vindt dat er naar alternatieven gekeken moet worden.

- *Niet direct medicijnen voorschrijven, eerder ademhalings-oefeningen, naar buiten, hulp in de huishouding etc;*
- *Er zou niet onmiddellijk overgegaan moeten worden tot medicijngebruik, maar eerst onderzocht moeten worden of psychische klachten verband houden met leefgewoonten zoals drugs, drank, beweging, voedsel, gedrag, hobby etc.;*
- *Harde feiten om iemand medicatie te geven ontbreken.*

Hoofdstuk 5 - Resultaten van het onderzoek: lichamelijke gezondheid

5.1 Inleiding

We herhalen het nog maar eens: er is een samenhang tussen psychiatrische problemen en lichamelijke ziekten. Ook de leefstijl van mensen met een psychiatrische aandoening en het gebruik van medicatie hebben invloed op de lichamelijke gezondheid.

In hoofdstuk 1 gaven we al aan dat volgens een onderzoek van Theunissen et al. bijna de helft van alle cliënten een lichamelijke aandoening heeft. Maar: die gegevens waren afkomstig van hulpverleners, niet van cliënten zelf. Wat in het onderzoek van Theunissen wel een indicatie voor de ervaren gezondheid van cliënten is, is dat zij, bij vragen naar de kwaliteit van leven, fysiek welzijn het laagst beoordeelden.⁴²

In dit hoofdstuk gaan we in op de gezondheidstoestand van de cliënten uit ons onderzoek.

5.2 Ervaren lichamelijke gezondheid

Algemeen

In ons onderzoek hebben we de vraag gesteld hoe mensen hun lichamelijke gezondheid ervaren.

Volgens gegevens uit het Nationaal Kompas Volksgezondheid voelde in 2003 83% van de mannen en 78% van de vrouwen, zich goed of zeer goed gezond. De gezondheidsbeleving van Amsterdammers is

⁴² Theunissen, J.R. e.a.: Vermaatschappelijking van de psychiatrische patiënt in de grote stad, p. 49

ongeveer gelijk aan het landelijk beeld: 80% vindt zichzelf goed gezond. Veertien procent vindt de eigen gezondheid matig en 3% spreekt van een slechte gezondheid.⁴³

De gegevens in ons onderzoek wijken sterk hiervan af. In ons onderzoek ervaart slechts 39,4% de lichamelijke gezondheid als goed. Tweeënveertig procent noemt de eigen gezondheid matig, bijna 19% vindt de eigen gezondheid slecht.

Tabel 20 – Hoe is op dit moment uw <u>lichamelijke</u> gezondheid? (n = 226)	aantal	percentage
Goed	89	39,4
Matig	95	42,0
Slecht	42	18,6

Ruim 74% van de mensen uit ons onderzoek zegt dat ze lichamelijke klachten of aandoeningen hebben.

In de vragenlijst hebben we mensen de mogelijkheid gegeven aandoeningen/klachten aan te kruisen. Ook konden ze zelf lichamelijke problemen aangeven die wij niet in de lijst hadden opgenomen. We hebben het aantal klachten dat mensen aankruisten/invulden geteld en in 6 categorieën verdeeld.⁴⁴ Ruim 45% blijkt 7 of meer klachten te hebben.

⁴³ De Staat van de stad Amsterdam IV, p. 49

⁴⁴ We zijn ons ervan bewust dat klachten niet vergelijkbaar en niet optelbaar zijn. Desondanks zijn we van mening dat het aantal klachten iets kan zeggen over de ervaren gezondheid.

Tabel 21 – Aantal lichamelijke klachten/aandoeningen (n = 240)

	aantal	percentage
0	53	22,1
1-3	36	15,0
4-6	45	18,8
7-9	34	14,2
10-14	36	15,0
15 of meer	36	15,0

Lichamelijke klachten

Wat voor klachten hebben de cliënten uit ons onderzoek? Het meest genoemd zijn klachten die door artsen ‘aspecifieke klachten’ worden genoemd: moeheid, onrustig gevoel, nek/schouderklachten, hoofdpijn, duizeligheid, gewichtstoename.⁴⁵ Voor veel van dit soort klachten geldt dat ze bijwerkingen van psychofarmaca kunnen zijn, die uiteindelijk weer tot meer klachten leiden. Moeheid bijvoorbeeld, waar 42% van de mensen uit ons onderzoek last van heeft, kan leiden tot minder beweging, gewichtstoename, etc. Eén deelnemer gaf - op de vragenlijst - de spiraal aan waar zij in zit:

Ik ben erg moe, beweeg niet, kom erg aan en voel me steeds moeier en daar word je weer depressief van, etc.

In ons onderzoek heeft bijna 29% van de mensen last van gewichtstoename⁴⁶, heeft bijna 19% een hoge bloeddruk en bijna 10% diabetes. Dit zijn klachten/aandoeningen die uiteindelijk kunnen leiden

⁴⁵ De indeling van klachten naar orgaansystemen is terug te vinden in bijlage 3.

⁴⁶ We realiseren ons dat gewichtstoename niet hetzelfde is als overgewicht.

tot hart- en vaatziekten. Ter vergelijking: in 2004 kampte volgens de GGD Amsterdam 44,7% van de Amsterdammers met overgewicht en was bij 3,5% diabetes gediagnosticeerd.⁴⁷ Naar schatting had 37,8% een hoge bloeddruk. Volgens gegevens van de GGD was echter de helft daarvan niet op de hoogte. Men kwam er pas achter na meting van de bloeddruk door de GGD.

Wat zorgelijk is, is dat in ons onderzoek veel meer mensen dan gemiddeld in Amsterdam diabetes hebben. In de leeftijdsgroep 41-60 jaar is dat zelfs 14,5%. We weten niet hoeveel mensen last van overgewicht hebben (we hebben alleen gevraagd naar gewichtstoename).

Tabel 22 – Soort lichamelijke klachten (n = 240)

	<i>aantal</i>	<i>percentage</i>
Moeheid	101	42,1
Onrustig gevoel	84	35,0
Nek- en schouderklachten	73	30,4
Hoofdpijn	70	29,2
Duizeligheid	69	28,8
Gewichtstoename	69	28,8
Ademhalingsklachten/longklachten	67	27,9
Slapeloosheid	65	27,1
Droge mond	61	25,4
Rugpijn	61	24,4
Hartkloppingen	57	23,8
Spierpijn	51	21,3
Stijfheid	50	20,8
Hoge bloeddruk	45	18,8
Slaperigheid	43	17,9
Maagklachten	42	17,5

⁴⁷ Dienst Onderzoek en Statistiek van de gemeente Amsterdam, Amsterdam in cijfers 2008.

Trillen	42	17,5
Eetbuien	41	17,1
Overmatige transpiratie	41	17,1
Huidafwijkingen	40	16,7
Veranderd gevoel handen/voeten	38	15,8
Wazig zien	38	15,8
Seksuele problemen	35	14,6
Moeilijke stoelgang	34	14,2
Diarree	26	10,8
Problemen met plassen	25	10,4
Verminderde eetlust	25	10,4
Diabetes (suikerziekte)	23	9,6
Slappe spieren	22	9,2
Gewichtsverlies	21	8,8
Menstruatiestoornissen (vrouwen)	16	6,7
Hart- en vaatziekten	13	5,4
Schildklierproblemen	13	5,4
Borstvorming (mannen)	7	2,9
Afscheiding uit een tepel (vrouwen)	4	1,7
Andere klachten	45	18,8

Veel mensen vulden andere klachten in, variërend van *‘iets trillerigs van binnen’*, *‘een slechte conditie’*, *‘rolstoelafhankelijk zijn’*, *‘kramp in de spieren’*, *‘neuropathie’*, *‘voet- en tongbranden’*, *‘lage bloeddruk’*, tot *‘borstkanker’* en *‘prostaatkanker’*.

Mogelijke oorzaken lichamelijke klachten

We hebben cliënten gevraagd of ze denken dat hun klachten gevolg zijn van hun leefstijl en/of gevolg zijn van het gebruik van psychofarmaca.

Ruim 34% van de cliënten uit ons onderzoek denkt dat in ieder geval sommige klachten het gevolg van hun leefstijl zijn.

Tabel 23– Denkt u dat uw lichamelijke klachten het gevolg zijn van uw leefstijl? (n = 172)

	aantal	percentage
Ja	25	14,5
Ja, sommige klachten	34	19,8
Weet ik niet	26	15,1
Nee	87	50,6

- *Ik ben te dik (diabetes);*
- *Onder andere verminderde eetlust kan door teveel roken;*
- *Te weinig beweging;*
- *Misschien ben ik niet disciplinair genoeg voor mezelf;*
- *Waarschijnlijk omdat ik veel te zwaar ben.*

Vooral ademhalings- en longklachten worden genoemd als het gevolg van de leefstijl.

Zo'n 56% van de mensen uit ons onderzoek gaat ervan uit dat op z'n minst een deel hun klachten veroorzaakt wordt door het gebruik van psychofarmaca.

Tabel 24 – Denkt u dat uw lichamelijke klachten bijwerkingen van psychofarmaca zijn? (n = 167)

	aantal	percentage
Ja	48	28,7
Ja, sommige klachten	46	27,5
Weet ik niet	25	15,0
Nee	48	28,7

Het meest genoemd worden gewichtstoename en stijfheid. Maar ook moeheid, onrustig gevoel, droge mond, duizeligheid, slaperigheid, trillen

hartkloppingen, eetbuien, overmatige transpiratie, wazig zien, seksuele problemen en andere klachten zijn genoemd. Enkele opmerkingen:

- *Stijfheid, droge mond, trillen;*
- *Seksuele problemen: denk ik van medicijnen. Gewichtstoename; meer eetlust. Moeheid: denk door medicijnen;*
- *Verwardheid, oogproblemen, huiduitslag, droge mond, gewichtstoename, urine-incontinentie, gevoelig voor zonlicht, tinnitus, duizelig, naaldenprikgevoel, gauw geagiteerd;*
- *Haarverlies en dikte;*
- *Eetbuien, gewichtstoename, moeheid.*

Gebruik medicijnen tegen lichamelijke klachten

Meer dan de helft van de cliënten die lichamelijke klachten hebben, gebruikt medicijnen daartegen.

Tabel 25 – Gebruikt u medicijnen tegen lichamelijke klachten? (n = 175)

	aantal	percentage
Ja	94	53,7
Nee	81	46,3

We hebben ook gevraagd tegen wat voor lichamelijke klachten mensen medicatie gebruiken. Het getal geeft het aantal cliënten aan dat hiervoor medicatie gebruikt. Overigens gebruikt een groot deel van deze cliënten meerdere medicijnen.

Maagklachten (19)

o.a. genoemd:

Maagklachten;

*Hoge bloeddruk – evenwichtsstoornis, brandend maagzuur;
Maag, migraine, botontkalking, zweten, pijnstillers.*

Hoge bloeddruk (17)

o.a. genoemd:

Hoge bloeddruk, slaaptabletten;

Diabetes en bloeddruk;

Bloeddruk, schildklier, maag.

Ademhaling/longklachten (13)

o.a. genoemd:

Luchtwegklachten + voor beter immuunsysteem. Alles

holistisch/homeopathisch op psyche gebied;

Maag, diabetes, cholesterol, longen, trillingen, huid;

Astma, schildklier.

Diabetes (12)

o.a. genoemd:

Voor suikerziekte + astma + hoge bloeddruk;

Suikerziekte;

Maagpijn, diabetes, pijn.

Hoofdpijn (10)

Rugpijn (8)

Hart- en vaatziekten (6)

Schildklierproblemen (4)

Andere klachten (30)

o.a. genoemd:

Huidafwijking, oogboldruk;

Opgezette buik;

Hoge bloeddruk, cholesterol, prostaatkanker;

Voet- en tongbranden;

SOA, HIV-positief, Herpes gordelroos, nierbekkenontsteking;

Moeheid, ijzertekort, bloedarmoede;

Hooikoorts, migraine, schimmelinfecties, allergische reacties in hals.

5.3 Sekse en de lichamelijke gezondheid

Hoewel de vrouwen uit ons onderzoek over het algemeen gezonder leven dan de mannen, voelen zij zich minder gezond. Ze zeggen twee keer zo vaak als de mannen dat hun gezondheid slecht is. Dat is ook terug te zien in het aantal klachten dat vrouwen en mannen rapporteren. Daarbij valt met name het grote aantal vrouwen op dat 10 of meer klachten heeft (ruim 41%).

Tabel 26 – Lichamelijke gezondheid: mannen en vrouwen (in percentages)

	mannen	vrouwen
Goed	42,5	37,0
Matig	45,3	38,7
Slecht	12,3	24,4

Tabel 27 – Mannen en vrouwen: aantal lichamelijke klachten/aandoeningen (percentages)

	mannen	vrouwen
0	27,0	17,7
1-3	21,7	8,9
4-6	20,9	16,9
7-9	13,0	15,3
10-14	9,6	19,4
15 of meer	7,8	21,8

De verschillen tussen de klachten die vrouwen en mannen aangeven zijn soms groot. Vrouwen lijken zowel meer last van lichamelijke

aandoeningen als meer last van bijwerkingen van de medicatie te hebben.

Tabel 28 – Mannen en vrouwen: soort lichamelijke klachten/aandoeningen (percentages)

	mannen	vrouwen
Ademhalingsklachten	20,0	34,7
Diabetes	7,8	10,5
Droge mond	19,1	30,6
Duizeligheid	20,9	36,3
Eetbuien	8,7	25,0
Gewichtstoename	21,7	34,7
Hartkloppingen	17,4	29,8
Hart- en vaatziekten	7,0	4,0
Hoge bloeddruk	15,7	21,8
Hoofdpijn	19,1	37,9
Moeheid	33,9	50,0
Moeilijke stoelgang	4,3	23,4
Nek-schouderklachten	22,6	37,9
Rugpijn	17,4	33,1
Slapeloosheid	19,1	34,7
Stijfheid	13,0	27,4
Trillen	8,7	25,0
Veranderd gevoel in handen/voeten	7,8	23,4
Wazig zien	10,4	21,8

Er zijn weinig verschillen tussen vrouwen en mannen als het gaat om wat volgens hen de mogelijke oorzaak van de lichamelijke klachten is (leefstijl en gebruik psychofarmaca). Ook is er weinig verschil te zien in het gebruik van medicatie tegen lichamelijke klachten.

5.4 Afkomst en lichamelijke gezondheid

De eerste generatie allochtonen ervaart de eigen gezondheid minder vaak als goed dan autochtonen: 63% zegt dat zijn of haar gezondheid goed tot zeer goed is (gemiddeld vindt zo'n 80% dat hij of zij een goede gezondheid heeft, zie 4.2). De tweede generatie allochtonen beoordeelt hun gezondheidstoestand positiever.⁴⁸

De allochtone cliënten (n=93) in ons onderzoek voelen zich ongezonder dan de autochtonen (n=144): slechts 34,5% zegt dat de gezondheid goed is. Meer dan een kwart ervaart zijn of haar lichamelijke gezondheid als ronduit slecht.

Tabel 29 – Lichamelijke gezondheid: autochtonen en allochtonen

	autochtoon	allochtoon
Goed	42,6	34,5
Matig	44,1	37,9
Slecht	13,2	27,6

Allochtonen hebben ook vaker veel klachten. Ruim 52% van hen heeft 7 of meer klachten tegen ruim 38% van de autochtonen.

Tabel 30– Aantal klachten: autochtonen en allochtonen

	autochtoon	allochtoon
0	23,6	20,4
1-3	18,1	10,8
4-6	20,1	16,1
7-9	13,2	16,1
10-14	13,2	17,2
15 of meer	11,8	19,4

⁴⁸ Centraal Bureau voor de Statistiek: Allochtonen in Nederland 2004, p 31.

In het algemeen kan gezegd worden dat allochtonen op zeer veel klachten/aandoeningen (veel) hoger scoren. Opvallend is het grote verschil in het ervaren van hartkloppingen: 11% van de autochtonen heeft daar last van, 44% van de allochtonen.

Tabel 31 – Autochtonen en allochtonen: soort lichamelijke klachten/aandoeningen (percentages)

	autochtoon	allochtoon
Ademhalingsklachten	23,6	34,4
Diabetes	7,6	11,8
Duizeligheid	21,5	40,9
Hartkloppingen	11,1	44,1
Hart- en vaatziekten	4,2	7,5
Hoge bloeddruk	16,7	22,6
Hoofdpijn	23,6	37,6
Maagklachten	12,5	24,7
Moeheid	40,3	46,2
Nek-schouderklachten	24,3	40,9
Onrustig gevoel	29,9	44,1
Seksuele problemen	10,4	19,4
Slapeloosheid	23,6	33,3
Slaperigheid	13,9	23,7
Spierpijn	15,3	31,2
Veranderd gevoel in handen/voeten	11,8	21,5
Wazig zien	11,8	21,5

Van de autochtonen wijt 41,8% zijn klachten (deels) aan de eigen leefstijl. Bij de allochtonen is dat 24,6%. Allochtonen zijn juist iets vaker van mening dat de (of sommige) lichamelijke klachten door de psychofarmaca zijn ontstaan: 62% tegenover 52% van de autochtonen. Er is tenslotte ook een verschil in het gebruik van medicijnen tegen lichamelijke klachten: bijna 60% van de allochtonen gebruikt die, 47% van de autochtonen.

5.5 Woonvormen en lichamelijke gezondheid

In publicaties wordt er nogal eens op gewezen dat mensen met chronische psychiatrische problemen slecht voor zichzelf zorgen. Zij zouden, door hun psychiatrische problemen, ook niet altijd hun gezondheidsproblemen onderkennen en er op tijd mee naar een (huis)arts gaan.

De mensen uit de begeleide en beschermde woonvormen zeggen veel vaker dat hun gezondheid goed is. Tegelijkertijd komen er van begeleiders signalen dat zij zich zorgen maken over de gezondheid van veel bewoners. Of het niet onderkennen van gezondheidsproblemen hier een rol bij speelt, kunnen we niet uit dit onderzoek afleiden.

Tabel 32 – Lichamelijke gezondheid: beschermd/begeleid (bw) – zelfstandig wonen (percentages)

	bw	zelfstandig
Goed	57,5	30,9
Matig	34,2	45,4
Slecht	8,2	23,7

5.6 Leeftijd en lichamelijke gezondheid

Van tevoren was de verwachting dat er een verschil in gezondheidsbeleving zou zijn tussen de verschillende leeftijdscategorieën: hoe jonger, hoe gezonder men zich zou voelen.

Dat laatste blijkt bij de cliënten uit ons onderzoek niet zo te zijn. Het aantal jonge mensen dat zich lichamelijk gezond voelt is schrikbarend laag: van de mensen tussen de 21 en 40 ervaart slechts 44%

de lichamelijke gezondheid als goed. Ruim 68% heeft lichamelijke klachten, ruim 42% gebruikt medicijnen tegen lichamelijke klachten.

Tabel 33 – Lichamelijke gezondheid: leeftijd (percentages)

	21-40	41-60	60 en ouder
Goed	44,4	36,3	34,8
Matig	40,3	45,2	34,8
Slecht	15,3	18,5	30,4

Wat betreft het aantal klachten valt op dat de jongere groep wat vaker 0 klachten rapporteert (bijna 29%). Maar ook veel mensen tussen de 21 en 40 jaar hebben 10 of meer klachten: zo'n 33%.

Tabel 34 – Aantal klachten: leeftijdscategorieën

	21-40	41-60	60 en ouder
0	28,9	18,3	12,0
1-3	10,5	19,8	8,0
4-6	18,4	17,6	28,0
7-9	9,2	15,3	24,0
10-14	17,1	15,3	4,0
15 of meer	15,8	13,7	24,0

Wat het meest opvalt wat betreft de klachten/aandoeningen: 14,5% van de mensen uit de leeftijdsgroep 41-60 heeft diabetes.

Hoofdstuk 6 – Resultaten van het onderzoek: meningen van cliënten over de somatische zorg

6.1 Inleiding

In 2007 verstuurde Ypsilon ⁴⁹ een enquête naar haar leden over de uitvoering van de door Ypsilon opgestelde tien voorwaarden voor goede medische en maatschappelijke zorg aan mensen met schizofrenie of psychose. Uit de enquête bleek dat aan voorwaarde 4: goede aandacht voor lichamelijke gezondheid, nauwelijks werd voldaan. Slechts een kwart van de familieleden gaf aan dat er bij de behandeling/begeleiding voldoende aandacht werd besteed aan de lichamelijke gezondheid.

In dit hoofdstuk gaan we in op hoe de somatische zorg volgens *cliënten* geregeld is en op hoe zij vinden dat die geregeld zou moeten zijn.

6.2 De somatische zorg voor mensen met chronische psychiatrische problemen

Naar wie

Naar wie gaan de cliënten uit ons onderzoek toe als ze lichamelijke klachten hebben? Voor de meeste mensen (ruim 78%) is de huisarts de geëigende persoon. Maar er zijn ook mensen die hun lichamelijke klachten bij een psychiater of SPV melden.

⁴⁹ Ypsilon is een vereniging van familieleden en betrokkenen bij mensen met schizofrenie en psychose.

Tabel 35 - Naar wie gaat u toe als u lichamelijke klachten heeft?(n = 240) (Meer antwoorden mogelijk)

	aantal	percentage
Huisarts	188	78,3
(Huis)arts in de psychiatrische kliniek	9	3,8
Psychiater	23	9,6
SPV	24	10,0
Alternatieve genezer	5	2,1
Psycholoog/therapeut	8	3,3
Anders, n.l.	23	9,6
Ik ga niet naar iemand toe	20	8,8

In hoofdstuk 1 gaven we al aan dat psychiatrische problemen, en met name schizofrenie, nogal eens samengaan met allerlei lichamelijke klachten en ziekten. Gezien het feit dat ook psychofarmaca tot lichamelijke problemen kunnen leiden, zou verwacht mogen worden dat de behandelaar (en met name psychiater en SPV) voldoende aandacht voor lichamelijke klachten van mensen met chronische psychiatrische problemen heeft. Bij maar iets meer dan de helft van de cliënten is dat geval.

Tabel 36 – Heeft de psychiater, SPV of psycholoog/therapeut voldoende aandacht voor lichamelijke klachten? (n = 156)

	aantal	percentage
Ja	88	56,4
Nee	68	43,6

De psychiater van T vraagt regelmatig naar lichamelijke klachten en gaat er ook serieus op in. T bespreekt alles wat ze wil met haar psychiater en haar huisarts. In principe is er een taakverdeling

tussen de huisarts en de psychiater (de huisarts voor lichamelijke klachten, herhalingsrecepten en het overzicht van medicijngebruik; de psychiater voor psychische klachten), maar M bespreekt met haar psychiater ook haar lichamelijke klachten en met haar huisarts ook haar psychische klachten.

In bovenstaand fragment is heeft de psychiater voldoende aandacht voor de lichamelijke klachten én is het voor de cliënt duidelijk dat zij haar lichamelijke klachten ook met de psychiater kan bespreken. Veel mensen hebben echter het beeld dat je voor lichamelijke klachten naar je huisarts gaat en dat je die niet met je psychiater bespreekt.

Opmerking op de vragenlijst:

Het is voor cliënten vaak onduidelijk wie verantwoordelijk is voor wat.

Klachten serieus genomen?

De vraag is of mensen het gevoel hebben dat hun klachten door de huisarts of door de behandelaar altijd serieus genomen worden.⁵⁰ Nog niet de helft van de mensen met lichamelijke klachten geeft aan dat zo is.

	aantal	percentage
Ja	84	49,1
Nee	20	11,7
Soms wel, soms niet	67	39,2

⁵⁰ We hadden achteraf beter moeten specificeren of het hierbij om de GGz-behandelaar of door de huisarts gaat. Desondanks geven de cijfers wel een heel duidelijke indicatie over hoe de cliënten uit ons onderzoek de somatische zorg beleven.

Tijdens haar dagbehandeling voelde T zich niet serieus genomen. Zo had T bijvoorbeeld veel last van jeuk, wat als een psychische klacht werd beoordeeld. Via haar eigen huisarts is ze doorverwezen naar een dermatoloog, die een allergie voor kleur- en geurstoffen constateerde.

Een mevrouw vertelde tegen R dat, als je bij de psychiater met lichamelijke klachten komt en bijvoorbeeld zegt dat je geen gevoel in je armen of lichaam hebt, hij zegt dat het door angst komt. Hij zegt je hebt veel meegemaakt, je moet bezig zijn, werken, niet thuiszitten.

Dat mensen zich onvoldoende serieus genomen voelen m.b.t. hun somatische klachten blijkt ook uit de volgende twee tabellen. Een minderheid van de cliënten uit ons onderzoek vindt dat er altijd voldoende lichamelijk onderzoek wordt gedaan (43%) en dat ze altijd op tijd worden doorverwezen (bijna 47%). Een kwart vindt dat dat soms wel, soms niet gebeurt.

Tabel 38 - Wordt er voldoende lichamelijk onderzoek gedaan? (n = 172)

	aantal	percentage
Ja	74	43,0
Nee	57	33,1
Soms wel, soms niet	41	23,8

Tabel 39 – Wordt u op tijd doorverwezen? (n = 171)

	aantal	percentage
Ja	80	46,8
Nee	49	28,7
Soms wel, soms niet	42	24,6

Meer dan 60 mensen hebben op de vragenlijst opmerkingen gemaakt over serieus genomen willen worden en over aandacht en luisteren.⁵¹

- *De mensen moeten serieus genomen worden. Goed luisteren naar de klachten en bespreken voor tot medicatie overgaan;*
- *Dat deze klachten serieuzer genomen moeten worden. En niet afgeschimpt worden met 'Je spoort niet helemaal';*
- *Dat er een diagnose wordt gesteld terwijl het een bijwerking van de medicatie is, komt veel voor!' LEREN luisteren naar de cliënt zonder direct een oordeel klaar te hebben. SERIEUS genomen worden door de psychiater;*
- *Ik zou minder het idee willen krijgen, dat ik niet serieus genomen word;*
- *De psychiater mag ook aandacht hebben voor lichamelijke kwalen. Aandacht besteden aan voorkomen is een pre;*
- *Meer een luisterend oor en doorverwijzing als dat nodig is, je zegt het niet voor niks;*
- *Dat ze de tijd voor je nemen en naar jouw advies of idee luisteren, want zij kijken naar cijfers en boeken, maar jij bent degene die alles voelt. Dat je niet moet vechten om gehoord te worden;*
- *Ik wil graag dat mensen serieus genomen worden. Niet iedere keer 'Het is bekend wat u heeft, deze medicijnen moet u gebruiken.' Klaar. Ik vind taal en cultuur heel erg belangrijk, dat daar ook rekening mee gehouden wordt;*
- *Goed luisteren en naar gevoel en gedachten vanuit de persoon handelen;*
- *Cliënten moeten serieus genomen worden door behandelaars en met name goede lichamelijke zorg krijgen (+ controle) en m.n. ook tandzorg en b.v. onderzoek/checkup/voorlichting/begeleiding ter voorkoming van lichamelijk verval wat de psychische situatie alleen maar veel méér verslechtert;*

⁵¹ De laatste twee vragen van de enquête waren open vragen. De eerste was: 'Wat zou er volgens u veranderd moeten worden?' De tweede was: 'Heeft u nog andere opmerkingen?'

- *Meer aandacht van meet af aan voor lichamelijke klachten en dieet;*
- *Soms is het niet altijd nodig meteen in paniek te raken. Verschilt per arts;*
- *Menselijker/invoelender en ook voor alternatieve middelen meer aandacht; heb daar zelf goeie ervaringen mee en zelf 'uitgedokterd';*
- *Dat ze je goed begrijpen en veel aan je denken.*

6.3 Meningen over regelmatige controle op lichamelijke gezondheid

In het al eerder aangehaalde artikel van Cahn e.a. wordt aanbevolen om, als een patiënt al een antipsychoticum gebruikt, tenminste jaarlijks te screenen op somatische complicaties.⁵²

Meer dan 80% van de cliënten uit ons onderzoek geeft aan dat zij regelmatige controle op de lichamelijke gezondheid belangrijk vinden.

- *Vaker contact met de huisarts;*
- *Controle uit voorzorg, omdat veel klachten niet door de mensen zelf worden gesignaleerd;*
- *Eén keer per jaar een lichamelijke controle zou fijn zijn;*
- *Meer onderzoeken. Hulpverleners moeten naar de cliënten toekomen en vragen over lichamelijke gezondheid. Niet wachten tot we naar de huisarts gaan of zo;*
- *Een uitgebreid onderzoek door een speciale arts bijv. ook een hartfilmpje + longonderzoek;*
- *Tijdens het interview voor mijn BHP (viermaandelijks) zouden algemene klachten besproken moeten worden (uitgebreider).*

Men zou het liefst eens per jaar of eens per half jaar worden gecontroleerd. Voor veel mensen (60%) in ons onderzoek is de huisarts de persoon die de controle zou moeten doen. Iets meer dan 30% heeft voorkeur voor controle door een gespecialiseerde (GGz)arts.

⁵² Cahn e.a.: Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychotica-gebruik. Tijdschrift voor psychiatrie 50 (2008) 9, p. 587.

Tabel 40 – Vindt u regelmatige controle op lichamelijke gezondheid belangrijk? (n = 240)

	aantal	percentage
Ja	195	81,3
Nee	27	11,3
Geen mening	17	7,1
Niet ingevuld	1	0,4

Tabel 41 – Hoe vaak zou zo'n controle plaats moeten vinden? (n = 190)

	aantal	percentage
Een keer per half jaar	84	44,2
Een keer per jaar	69	36,3
Een keer per twee jaar	14	7,4
Anders, n.l.	23	12,1

Tabel 42 - Door wie zou zo'n controle plaats moeten vinden? (n = 195) (soms meer antwoorden ingevuld)

	aantal	percentage
Eigen huisarts	117	60,0
Een arts van een GGz-instelling	29	14,9
Een gespecialiseerde niet-GGz-arts	34	17,4
Geen mening	18	9,2
Anders, n.l.	24	12,3

6.4 De tandartszorg voor mensen met chronische psychiatrische problemen

Een van de meest voorkomende bijwerkingen van anti-psychotica is een droge mond. Bij een voortdurend droge mond treedt er eerder tandplaque op, waardoor er gaatjes ontstaan. Het tandvlees kan gaan ontsteken en het mondslijmvlies raakt sneller geïrriteerd.⁵³

We hebben de mensen die aan ons onderzoek gevraagd hoe vaak ze naar een tandarts gaan en of ze het belangrijk vinden dat er een tandarts zou moeten zijn die er speciaal voor GGz-cliënten is.

Redelijk veel mensen uit ons onderzoek (zo'n 60%) bezoeken regelmatig een tandarts. Bijna 21% gaat alleen naar de tandarts als ze last van hun gebit hebben. De mensen die nooit naar een tandarts gaan, zijn (deels) mensen met een kunstgebit.

Tabel 43 – Hoe vaak gaat u naar een tandarts? (n = 240)

	aantal	percentage
Eens per half jaar	104	43,3
Eens per jaar	43	17,9
Bij last	50	20,8
Nooit	39	16,3
Niet ingevuld	4	1,7

Opvallend veel mensen hebben behoefte aan een tandarts speciaal voor GGz-cliënten: ruim 43% van de cliënten in ons onderzoek.

⁵³ Psy nr. 8, 26-6-1999

Tabel 44 - Behoeftte aan tandarts speciaal voor GGz-cliënten? (n = 240)

	aantal	percentage
Ja	104	43,3
Nee	62	25,8
Geen mening	67	27,9
Niet ingevuld	7	2,9

Hoofdstuk 7 – Samenvatting

Algemeen

Psychiatrische problemen gaan nogal eens samen met allerlei lichamelijke klachten en ziekten. De verklaring daarvoor is enerzijds de invloed van psychische aandoeningen op de lichaamsfuncties, anderzijds de niet gezonde leefstijl van mensen met een psychiatrische aandoening. Ook psychofarmaca spelen een rol.

Gegevens over de lichamelijke gezondheid van mensen met chronische psychiatrische problemen kwamen tot nu toe van hulpverleners. In ons onderzoek zijn cliënten met chronische psychiatrische problemen zelf bevraagd.

In totaal hebben 240 cliënten aan het onderzoek meegedaan.

Het onderzoek is uitgevoerd volgens de APCP-methodiek. Dat betekent dat ervaringsdeskundigen, onder leiding van een onderzoeker, het onderzoek hebben opgezet en uitgevoerd.

Het onderzoek werd uitgevoerd middels:

1. Een enquête onder chronische psychiatrische cliënten
2. Interviews met enquêteurs voor interpretatie en aanvullende informatie
3. Een bijeenkomst met sleutelpersonen voor een eerste toets van de resultaten

De onderzoeksresultaten geven waarschijnlijk een te rooskleurig beeld van de lichamelijke gezondheid van mensen met chronische psychiatrische problemen.

De somatische zorg in de GGz

In 1999 verscheen een kritisch rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in over de somatische zorg in de Algemeen Psychiatrische ziekenhuizen (APZ'en). GGz-Nederland heeft daarna kwaliteitsnormen voor de somatische zorg in de GGz ontwikkeld.

Bij een vervolgonderzoek in 2004 concludeerde de Inspectie dat de kwaliteit van de somatische zorg in de GGz was verbeterd, maar dat de ontwikkelingen per instelling verschillen.

De somatische zorg vanuit GGz-instellingen voor mensen die niet in een APZ zijn opgenomen, is tot nu toe beperkt geregeld. Er is een aantal initiatieven, vooral uitgevoerd via de zogenaamde Zorg voor Betertrajecten. In de Amsterdamse instellingen zijn op verschillende plekken pilots opgezet, aan de hand waarvan een lijn wordt bepaald. Tegelijkertijd is er sprake van andere prioriteiten, fusies en een gebrek aan financiële middelen en er is (daardoor) weinig aandacht voor borging en verspreiding van de resultaten van de pilots.

Resultaten van het onderzoek: achtergrondgegevens

- Er deden iets meer vrouwen dan mannen mee (52% vrouw, 48% man).
- Meer dan de helft van de cliënten is tussen de 41 en 60 jaar (ruim 54%). Bijna 32% is tussen 21 en 40.
- Zo'n 60% is van Nederlandse afkomst.
- Van de groep die niet van Nederlandse afkomst is, spreekt ruim 70% goed tot voldoende Nederlands.
- Slechts 16% van de mensen uit ons onderzoek woont met partner en/of kinderen. De rest woont alleen (bijna 48%) of in een beschermde of begeleide woonvorm (32%).

- Bijna 84% van alle cliënten in ons onderzoek heeft contact met een psychiater, 63% met een SPV.

Resultaten van het onderzoek: leefstijl

- Van alle Amsterdammers zou volgens de GGD Amsterdam 37% van de mannen onvoldoende beweging hebben en 42% van de vrouwen. In ons onderzoek beweegt 48% van de mannen te weinig en 51% van de vrouwen.
- Van de Amsterdammers voldoet resp. 18% (mannen) en 26% (vrouwen) aan de groente en fruitnorm (2 ons groenten en 2 keer fruit). Uit ons onderzoek wordt alleen duidelijk dat bijna 70% van de mannen slecht eet (zelden of slechts een of twee keer per week groenten en fruit); ruim 50% van de vrouwen eet niet goed.
- Van alle Amsterdammers rookt 39% van de mannen en 28% van de vrouwen. In ons onderzoek liggen die percentages veel hoger: 68% van de mannen rookt en 47% van de vrouwen.
- Ruim 80% van de Amsterdammers gebruikt alcohol. In onderzoek is dat slechts 45%. Daarvan drinken de meesten af en toe.
- In 2006 gebruikte 15% van de Amsterdammers cannabis. Van de cliënten uit ons onderzoek gebruikt bijna 18% drugs, waarvan bijna 5% dagelijks. Over het algemeen gebruikt men cannabis, een paar mensen gebruiken cocaïne. Mannen gebruiken vaker drugs dan vrouwen (23% resp. 11%).

Resultaten van het onderzoek: gebruik psychofarmaca

Van alle cliënten uit ons onderzoek gebruikt 84% psychofarmaca, d.w.z. medicijnen tegen psychische klachten zoals psychosen, depressie en angsten.

Zo'n 56% van de mensen uit ons onderzoek gaat ervan uit dat in ieder geval een deel van hun lichamelijke klachten veroorzaakt worden door psychofarmaca. Bij ruim 70% van de cliënten wordt de medicatie aangepast bij bijwerkingen.

Van de cliënten uit ons onderzoek stopt 17% zelf de medicatie, zonder overleg met de behandelaar.

Ruim 22% vermindert of verhoogt de medicatie, terwijl de behandelaar daar weet van heeft. Een klein deel doet dat zonder medeweten van de behandelaar.

Slechts de helft van de cliënten vindt dat ze van de arts voldoende informatie over de bijwerkingen hebben gekregen.

Resultaten van het onderzoek: lichamelijke gezondheid

In ons onderzoek ervaart slechts 39% de lichamelijke gezondheid als goed, 42% noemt de eigen gezondheid matig, bijna 19% vindt de eigen gezondheid slecht. Ter vergelijking: van alle Amsterdammers vindt 80% de eigen gezondheid goed.

Het aantal jonge mensen dat zich lichamelijk gezond voelt is schrikbarend laag.

Ruim 74% van de mensen uit ons onderzoek heeft lichamelijke klachten of aandoeningen. Veel mensen hebben veel klachten: ruim 45% blijkt 7 of meer klachten/aandoeningen te hebben.

De meest genoemde klachten zijn zogenaamde aspecifieke klachten: moeheid, onrustig gevoel, nek/schouderklachten, hoofdpijn, duizeligheid en gewichtstoename. Voor veel van dit soort klachten geldt dat ze bijwerkingen van psychofarmaca kunnen zijn, die uiteindelijk tot meer klachten leiden.

Van alle Amsterdammers kampte in 2004 45% met overgewicht, had naar schatting van de GGD 38% een hoge bloeddruk en was bij 3,5% diabetes gediagnosticeerd.

In ons onderzoek heeft 29% van de mensen last van *gewichtstoename*. 19% meldt een hoge bloeddruk. Dat is weinig vergeleken met de resultaten van het onderzoek (38%) onder alle Amsterdammers . Van die laatste groep wist echter de helft, vóór een lichamelijk onderzoek door de GGD, niet dat ze een hoge bloeddruk hadden.

Bijna 10% van de cliënten heeft diabetes. Van de cliënten tussen de 41 en 60 jaar heeft 14,5% diabetes.

Hoewel de vrouwen in ons onderzoek over het algemeen gezonder leven dan de mannen, voelen zij zich minder gezond. Ze zeggen twee keer zo vaak als mannen dat hun gezondheid slecht is. Opvallend is ook het grote aantal vrouwen dat 10 of meer klachten heeft (ruim 41%).

De verschillen in klachten die mannen en vrouwen aangeven zijn soms groot. Zo heeft 50% van de vrouwen in ons onderzoek last van moeheid, tegenover 34% van de mannen. Vrouwen lijken zowel meer last van lichamelijke aandoeningen als meer last van bijwerkingen van medicatie te hebben.

De allochtone cliënten in ons onderzoek voelen zich ongezonder dan de autochtone cliënten: slechts 35% ervaart hun gezondheid als goed, meer dan een kwart als slecht. Allochtonen hebben ook vaker veel klachten. In het algemeen kan gezegd worden dat allochtonen op vrijwel alle klachten/aandoeningen (veel) vaker scoren. Opvallend is het grote verschil in het ervaren van hartkloppingen: 11% van de autochtonen heeft daar last van, 44% van de allochtonen.

Ruim 34% van de cliënten uit ons onderzoek denkt dat in ieder geval sommige klachten het gevolg van hun leefstijl zijn. Zo'n 56% gaat er van uit dat op z'n minst een deel van hun klachten veroorzaakt wordt door het gebruik van psychofarmaca.

Meer dan de helft van de cliënten die lichamelijke klachten hebben, gebruikt daar medicijnen tegen.

Meningen van cliënten over de somatische zorg

Gezien de comorbiditeit en de invloed van psychofarmaca op de lichamelijke gezondheid zou verwacht mogen worden dat de behandelaar voldoende aandacht heeft voor de lichamelijke klachten van mensen met chronische psychiatrische problemen. Dat is lang niet altijd het geval.

Veel mensen (ruim 50%) vinden dat hun lichamelijke klachten niet of niet altijd serieus genomen worden.

Meer dan 80% van de cliënten geeft aan dat zij een regelmatige controle op de lichamelijke gezondheid belangrijk vinden. Voor 60% is de huisarts de persoon die de controle zou moeten doen, iets meer dan 30% heeft voorkeur voor een gespecialiseerde (GGz)arts.

Tot slot: Opvallend veel mensen hebben behoefte aan een tandarts speciaal voor GGz-cliënten.

Hoofdstuk 8 – Conclusies en aanbevelingen

Conclusies

De ervaren gezondheid van de chronische psychiatrische cliënten uit ons onderzoek is veel slechter dan die van de Amsterdamse bevolking. Veel chronische psychiatrische cliënten kampen met veel lichamelijke problemen. Het aantal jonge mensen met chronische psychiatrische problemen dat zich gezond voelt is schrikbarend laag.

De leefstijl van de cliënten uit ons onderzoek is met name wat betreft bewegen en roken (veel) slechter dan die van de Amsterdammers. Het alcoholgebruik is daarentegen beperkt. Dat geldt ook voor het drugsgebruik. Een aanzienlijk deel van de mensen uit ons onderzoek eet ronduit slecht.

Het merendeel van de mensen uit ons onderzoek gebruikt psychofarmaca.

In ieder geval een deel van de cliënten is zich ervan bewust dat de leefstijl en het gebruik van psychofarmaca tot lichamelijke klachten kunnen leiden.

De meest genoemde lichamelijke klachten zijn zogenaamde aspecifieke klachten. Voor veel van dit soort klachten geldt dat ze bijwerkingen van psychofarmaca (kunnen) zijn, die uiteindelijk tot meer klachten leiden.

Chronische psychiatrische cliënten lopen meer risico op diabetes. In ons onderzoek valt vooral het zeer hoge percentage mensen met diabetes tussen de 41 en 60 jaar op.

Uit het onderzoek blijkt dat er geen systematische screening op hoge bloeddruk plaatsvindt. Het percentage mensen met een hoge bloeddruk zou in dat geval – analoog aan een onderzoek van de GGD – minstens twee keer zo hoog moeten zijn

De vrouwen in ons onderzoek leven over het algemeen gezonder dan de mannen, maar voelen zich minder gezond. Vrouwen lijken zowel meer last van lichamelijke aandoeningen als meer last van bijwerkingen van medicatie te hebben.

Allochtone cliënten voelen zich ongezonder dan de autochtone cliënten. In het algemeen scoren zij op vrijwel alle klachten/aandoeningen (veel) hoger.

De aandacht voor somatische problemen van chronische psychiatrische cliënten schiet ernstig te kort. De somatische zorg in de GGz is zeer beperkt geregeld en staat nog maar sinds kort op de agenda van de instellingen in de GGz.

Behandelaars en/of huisartsen nemen lichamelijke klachten te vaak niet serieus. Behandelaars schieten nogal eens tekort als het gaat om het geven van informatie over mogelijke bijwerkingen.

Positief is dat in veel gevallen de medicatie bij bijwerkingen wordt aangepast. Vanuit cliëntenperspectief (eigen regie) is het positief dat bijna een kwart van de cliënten uit ons onderzoek naar eigen inzicht de medicatie kan verhogen of verlagen.

Cliënten zelf hebben behoefte aan een regelmatige controle op de lichamelijke gezondheid. Deze controle zou moeten plaatsvinden door een huisarts of door een in GGz-problemen gespecialiseerde arts.

Opvallend veel mensen hebben behoefte aan een tandarts speciaal voor GGz-cliënten.

Aanbevelingen

Behandelaars/ huisartsen bevelen we aan om:

- Een actieve houding aan te nemen met betrekking tot de somatische problematiek/complicaties bij mensen met chronische psychiatrische aandoeningen.
- In het medicatiebeleid veel meer rekening te houden met de ernstige bijwerkingen van veel psychofarmaca. Het principe zou moeten zijn dat, als er medicatie nodig is, de laagst mogelijke dosering wordt voorgeschreven.
- Regelmatige controles uit te (laten) voeren bij met name cliënten die antipsychotica gebruiken. De psychiater is daarvoor verantwoordelijk. De cliënt bepaalt in overleg met de behandelaar door wie (huisarts of iemand anders) de controle moet worden uitgevoerd.
- Conform de WGBO uit te gaan van het principe dat de cliënt kosten en baten van medicatie tegen elkaar af kan wegen. De cliënt moet zoveel mogelijk de regie krijgen. Daarvoor is te allen tijde informatie over werkingen en bijwerkingen nodig.

GGz-instellingen bevelen we aan om:

- Op korte termijn een beleid te ontwikkelen voor de somatische zorg ten behoeve van chronische psychiatrische cliënten. De

somatische zorg (inclusief de tandartszorg) moet integraal onderdeel worden van de behandeling en in het behandelplan worden opgenomen.

- De somatische zorg niet alleen te richten op screening, maar ook op het aanbieden van leefstijlcursussen, beweegprogramma's, etc.
- Cliënten de mogelijkheid te bieden naar een tandarts speciaal voor GGz-cliënten te gaan.
- Nader onderzoek te doen naar de behoefte aan somatische zorg bij de diverse groepen cliënten en naar de wijze waarop aan die behoefte voldaan kan worden.

Cliëntenraden van GGz-instellingen bevelen we aan om:

- Afspraken te maken met de Raden van Bestuur en directies van de instellingen over het ontwikkelen van een beleid voor de somatische zorg voor chronische psychiatrische cliënten.

Zorgverzekeraars bevelen we aan om:

- In het zorginkoopbeleid de somatische zorg voor chronische psychiatrische cliënten hoog op de agenda te zetten.

De GGD Amsterdam bevelen we aan om:

- Voorlichtingsactiviteiten over bewegen en voeding, roken en alcohol en drugsgebruik ook op ambulante chronische psychiatrische cliënten te richten. Die voorlichting moet dan

plaatsvinden op plaatsen waar ambulante chronische psychiatrische cliënten komen. Voor Amsterdam-West wordt aanbevolen bij de voorlichting gebruik te maken van de expertise van sleutelpersonen die in de wijk bekend zijn en die het vertrouwen van de bewoners hebben.

Bijlage 1 - Literatuurlijst

Cahn, W. e.a.: Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. Overzichtsartikel, Tijdschrift voor Psychiatrie 50 (2008) 9.

Cahn, W.: Behandelaars hebben weinig aandacht voor somatische bijwerkingen. Interview Psy 16-09-2008.

Centraal Bureau voor de Statistiek: Allochtonen in Nederland 2004. Voorburg/Heerlen, 2004.

Dienst Onderzoek en Statistiek gemeente Amsterdam: Amsterdam in cijfers 2008. Amsterdam, 2009.

Dienst Onderzoek en Statistiek gemeente Amsterdam: De Staat van de stad IV. Amsterdam, juni 2007.

GGD Amsterdam: Alle Amsterdammers gezond. Amsterdam, 2008.

GGz-verpleegkundige leert weer prikken. In: Elsevier gezondheidszorg, februari 2006.

Inspectie voor de Gezondheidszorg: Somatische zorg in APZ'en. Den Haag, juni 1999.

Inspectie voor de Gezondheidszorg: De somatische zorg in de GGz wordt beter, maar schiet in separeerkamers tekort. Den Haag, oktober 2004.

Loonen, Anton J.M.: Zorg psychiatrie schiet tekort. In: Friesch Dagblad, 25-8-2004.

Theunissen, J.R., M.J. Kikkert, W.R.A. Durkoop, J. Peen, S. Resnick, J.J.M. Dekker: Vermaatschappelijking van de chronische patiënt in de grote stad. Amsterdam, AMC de Meren/GGZ Buitenamstel, januari 2008.

Uitenbroek, D.G., J.K. Ujcic-Voortman, A.P. Janssen, P.J. Tichelman en A.P. Verhoeff: Gezond Zijn en Gezond Leven in Amsterdam. Amsterdamse Gezondheidsmonitor Gezondheidsonderzoek 2004. GGD Amsterdam, januari 2006.

Bijlage 2 - Vragenlijst

Algemene vragen

We willen eerst graag wat gegevens over uzelf hebben.

1. Bent u een man of vrouw
 - man
 - vrouw

2. Wat is uw leeftijd?
.....

3. Wat is uw afkomst?
 - Nederlands
 - Marokkaans
 - Surinaams
 - Turks
 - anders, n.l.....

4. Spreekt u Nederlands?
 - ja, goed
 - ja, voldoende
 - ja, een beetje
 - nee

5. Hoe woont u?
 - alleen, in een eigen woning
 - met partner en/of gezin in een eigen woning
 - in een begeleid wonen project
 - in een beschermde woonvorm
 - ik heb geen woning, ik leef op straat
 - anders, namelijk.....

6. Hebt u op regelmatig contact met een psychiater?
 - ja, een keer per week
 - ja, een keer per twee weken
 - ja, een keer per drie weken

- ja, anders, n.l.....
- nee, ik heb alleen contact als het niet goed gaat
- ik heb geen contact met een psychiater

7. Hebt u regelmatig contact met een SPV?

- ja, een keer per week
- ja, een keer per twee weken
- ja, een keer per drie weken
- ja, anders, n.l.....
- nee, ik heb alleen contact als het niet goed gaat
- ik heb geen contact met een SPV

8. Hebt u regelmatig contact met een psycholoog/therapeut?

- ja, een keer per week
- ja, een keer per twee weken
- ja, een keer per drie weken
- ja, anders, n.l.....
- nee, ik heb alleen contact als het niet goed gaat
- ik heb geen contact met een psycholoog/therapeut

Vragen over het gebruik van medicijnen tegen psychische klachten

9. Gebruikt u medicijnen tegen psychische klachten, zoals psychosen, depressie, angsten?

- ja
- nee
- soms

10. Bent u door uw arts geïnformeerd over mogelijke bijwerkingen van medicijnen?

- ja, voldoende
- ja, ten dele
- nee

11. Heeft u de bijsluiter gelezen?

- ja
- ja, ten dele

nee

12. Heeft u de informatie op de bijsluiter begrepen?

ja

nee

ten dele

13. Wordt de medicatie aangepast als u last van bijwerkingen heeft?

ja

nee

14. Stopt u zelf wel eens – zonder overleg met uw behandelaar – met het innemen van medicijnen?

ja

nee

15. Vermindert of verhoogt u zelf wel eens uw medicatie?

ja, ik doe dat zonder dat de behandelaar dat weet

ja, ik doe dat, de behandelaar is daarvan op de hoogte

nee

Vragen over uw leefstijl

16. Beweegt u regelmatig (wandelen, fietsen, sporten)?

ja, ik beweeg 1 keer per week minstens een half uur

ja, ik beweeg 2 – 3 keer minstens een half uur

ja, ik beweeg iedere dag een minstens een half uur

nee, ik wandel, fiets of sport zelden of nooit

17. Eet u regelmatig groenten en fruit?

ja, een tot twee keer per week

ja, minstens vier dagen per week

ja, vrijwel iedere dag

neen, zelden

18. Rookt u?

ja

nee

19. Drinkt u alcohol?
- ja, af en toe
 - ja, 1 of 2 glazen per dag
 - ja, meer dan 2 glazen per dag
 - nee

20. Gebruikt u drugs?
- ja, af en toe
 - ja, dagelijks
 - nee (ga door naar vraag 22)

21. Wat voor drugs gebruikt u?

.....

Vragen over uw lichamelijke gezondheid

22. Hoe is op dit moment uw **lichamelijke** gezondheid?
- goed
 - matig
 - slecht

23. Heeft u lichamelijke klachten?
- ja
 - nee (ga door naar vraag 29)

24. Zo ja, wat voor lichamelijke klachten heeft u? (Sorry voor de lange lijst. Wilt u hem toch zo goed mogelijk invullen?)
- ademhalingsklachten/longklachten
 - afscheiding uit een tepel (vrouwen)
 - borstvorming (mannen)
 - diabetes (suikerziekte)
 - diarree
 - droge mond
 - duizeligheid
 - eetbuien
 - gewichtsverlies
 - gewichtstoename
 - hartkloppingen

- hart- en vaatziekten
- hoge bloeddruk
- hoofdpijn
- huidafwijkingen
- maagklachten
- menstratiestoornissen (vrouwen)
- moeheid
- moeilijke stoelgang
- nek- en schouderklachten
- onrustig gevoel
- overmatige transpiratie
- problemen met plassen
- rugpijn
- schildklierproblemen
- seksuele problemen
- slapeloosheid
- slaperigheid
- slappe spieren
- spierpijn
- stijfheid
- trillen
- veranderd gevoel in handen/voeten
- verminderde eetlust
- wazig zien
- andere klachten, n.l.....

25. Denk u dat uw lichamelijke klachten het gevolg zijn van uw leefstijl (roken, alcohol- of drugsgebruik)?

- ja
- ja, sommige klachten n.l.:.....
- nee
- weet ik niet

26. Denkt u dat uw lichamelijke klachten bijwerkingen van psychofarmaca (medicijnen tegen psychische klachten) zijn?

- ja
- ja, sommige klachten n.l.:.....

- nee
- weet ik niet

27. Gebruikt u medicijnen tegen lichamelijke klachten?

- ja
- nee

28. Zo ja, tegen wat voor klachten?

.....

Vragen over de behandeling van lichamelijke klachten

29. Naar wie gaat u toe als u lichamelijke klachten heeft?

- mijn huisarts
- een (huis)arts in de psychiatrische kliniek
- mijn psychiater
- mijn SPV
- een alternatieve genezer
- een psycholoog/therapeut
- anders, n.l.....
- ik ga niet naar iemand toe

30. Vindt u dat uw psychiater, SPV of psycholoog/therapeut voldoende aandacht heeft voor uw lichamelijke gezondheid?

- ja
- nee

31. Verwijst de psychiater, SPV of psycholoog/therapeut wel eens door naar de huisarts?

- ja
- nee

32. Worden uw lichamelijke klachten die u vertelt serieus genomen?

- ja
- nee
- soms wel, soms niet

33. Vindt u dat er voldoende lichamelijk onderzoek wordt gedaan?
- ja
 - nee
 - soms wel, soms niet
34. Vindt u dat u op tijd wordt doorverwezen (naar een fysiotherapeut of een medisch specialist bijvoorbeeld)?
- ja
 - nee
 - soms wel, soms niet
35. Vindt u het belangrijk dat regelmatig wordt gecontroleerd of u lichamelijk gezond bent?
- ja
 - nee
 - geen mening
36. Hoe vaak zou zo'n controle plaats moeten vinden?
- een keer per half jaar
 - een keer per jaar
 - een keer per twee jaar
 - anders, n.l.....
37. Door wie moet zo'n controle plaatsvinden?
- door uw eigen huisarts
 - door een arts van een GGz-instelling
 - door een gespecialiseerde arts die niet bij een GGz-instelling werkt
 - geen mening
 - anders, n.l.....
38. Gaat u naar de tandarts?
- ja, eens per half jaar
 - ja, eens per jaar
 - ja, als ik last van mijn gebit heb
 - nooit
39. Bent u extra verzekerd voor tandartskosten?
- ja

- nee
- weet ik niet

40. Zou u willen dat er een tandarts speciaal voor GGz-cliënten is?

- ja
- nee
- geen mening

41. Vindt u het belangrijk dat de hulpverlener uw taal/cultuur kent?

- ja
- nee
- n.v.t.

Slotvragen

42. Hoe vindt u dat de lichamelijke zorg voor mensen met psychiatrische problemen is geregeld?

- goed
- matig
- slecht

43. Wat zou er volgens u veranderd moeten worden? Graag uw ideeën.

.....

44. Heeft u nog andere opmerkingen?

.....

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst.

Bijlage 3 – Indeling klachten naar orgaansystemen

Opmerkingen:

- De cijfers voor de klacht geven het respondentnummer aan

ASPECIFIEK (593)

Moeheid	101	42,1
Onrustig gevoel	84	35,0
Gewichtstoename	69	28,8
Slapeloosheid	65	27,1
Droge mond	61	25,4
Slaperigheid	43	17,9
Trillen	42	17,5
Overmatige transpiratie	41	17,1
Eetbuien	41	17,1
Verminderde eetlust	25	10,4
Gewichtsverlies	21	8,8

037: Iets trilling van binnen

061: Slechte conditie

163: (Chronische ijzertekort en bloedarmoede). Lage bloeddruk/(overgewicht, depressief etc).

204: Oververmoeid

210: Overgewicht

215: Uitputting

BEWEGINGSAPPARAAT (257)

Nek- en schouderklachten	73	30,4
Rugpijn	61	25,4
Spierpijn	51	21,3
Stijfheid	50	20,8
Slappe spieren	22	9,2

013: Niet lopen, rolstoelafhankelijk

017: Gewrichten (én een tennisarm)

036: Kramp in spieren

- 055: (Pijn in borst en aan de zijkant van de buik, alsof het opgezet is. Kramp.) Pijn aan de botten
- 080: Gewrichtsklachten, pijn onder voorvoet, neuropathie
- 091: (Mijn gezondheid is niet honderd procent. Hoge bloeddruk). Rugproblemen. (Angst en vreesgevoel. Psychische klachten)
- 107: Last van heup.
- 109: Artrose (schimmelinfecties van de huid, hooikoorts, allergische reactie in hals)
- 113: Pijn in mijn scheenbenen
- 128: Krampen, achillespees, ontsteking slijmbeurs
- 130: Overall pijn. Knieën, enkels, armen. Rugafwijking.(Ogen, ik denk dat ik met iemand in contact sta die last van zijn ogen heeft)
- 145: (Hersenvloeding gehad, verlamd rechter been, waardoor pijnklachten in linker been. Neuralgische pijnen,) chronische jicht. Veel ziekenhuisopnames gehad
- 150: Voeten gewrichten (armen + handen)
- 195: Operatie een linker elleboog
- 196: Pijn in knieën
- 199: (Kiespijn) en pijn in linkervoet (in de bal van de voet)
- 205: Last van heupen
- 223: Gebroken ribben
- 230: Pijn in mijn benen

ZENUWSTELSEL (177)

Hoofdpijn	70	29,2
Duizeligheid	69	28,8
Veranderd gevoel handen/voeten	38	15,8

- 080: (Gewrichtsklachten), pijn onder voorvoet, neuropathie
- 084: Voet en tongbranden
- 145: Hersenvloeding gehad, verlamd rechter been, waardoor pijnklachten in linker been. Neuralgische pijnen, chronische jicht. Veel ziekenhuisopnames gehad
- 159: Coördinatie, handelingen, laat gauw iets vallen, schokken in de rug.

HARTVAATSTELSEL (115)

Hartkloppingen	57	23,8
Hoge bloeddruk	45	18,8
Hart- en vaatziekten	13	5,4

002: (Incontinentie) en soms vocht in longen, te weinig zuurstof in mijn bloed, daardoor werkt hart niet zo goed.

033: Steek in de borst bij overinsp

091: (Mijn gezondheid is niet honderd procent). Hoge bloeddruk. (Rugproblemen. Angst en vreesgevoel. Psychische klachten.)

163: (Chronische ijzertekort en bloedarmoede). Lage bloeddruk. (Overgewicht, depressief etc).

167: Lage bloeddruk

168: Lage bloeddruk

MAAGDARMSTEISEL (102)

Maagklachten	42	17,5
Moeilijke stoelgang	34	14,2
Diarree	26	10,8

055: Pijn in borst en aan de zijkant van de buik, alsof het opgezet is. Kramp. (Pijn aan de botten)

103: (Allergieën (stof, pollen, penicilline, geuren)), middenrifproblemen (breuken en verklevingen)

ADEMHALING/LONG (67)

07. Ademhalingsklachten/longklachten	67	27,9
--------------------------------------	----	------

ENDOCRIEN (63)

28: Diabetes (suikerziekte)	23	9,6
31: Menstruatiestoornissen (vrouwen)	16	6,7
33: Schildklierproblemen	13	5,4
34: Borstvorming (mannen)	7	2,9
35: Afscheiding uit een tepel (vrouwen)	4	1,7

076: Overmatig bloeden bij menstruatie.

UROGENITAAL (60)

23: Seksuele problemen	35	14,6
26: Problemen met plassen	25	10,4

002: Incontinentie(en soms vocht in longen, te weinig zuurstof in mijn bloed, daardoor werkt hart niet zo goed.)

206: Nierproblemen

HUID (40)

Huidafwijkingen 40 16,7

109: (Artrose), schimmelinfecties van de huid, (hooikoorts, allergische reactie in hals)

OGEN (38)

22: Wazig zien 38 15,8

011: Dubbel zien

021: Slecht ziend (Borstkanker)

ANDERS

021: (Slecht ziend.) Borstkanker

063: Borstkanker

052: Prostaatcancer (behandeling Zoladex hormoon).

076: (Nerveus. Uitputting, stress gejaagdheid. Overmatig bloeden bij menstruatie.

Mijn gezondheid is geestelijk zowel als lichamelijk ongeneeslijk. Chronische psychotisch schizofreen en paranoïde gedesoriënteerd en dodelijk)? HIV-seropositief en herpes meerdere infecties – blaasontsteking, urinewegontsteking en nierbekkenontsteking. Gebit verminkt.

089: Griep

103: Allergieën (stof, pollen, penicilline, geuren), middenrifproblemen (breuken en verklevingen)

112: Verhoogd cholesterol

163: Chronische ijzertekort en bloedarmoede.(Lage bloeddruk/ overgewicht, depressief etc).

231: Allergische reacties

ONDUIDELIJK

018: Het zoeken naar een vaste sportpostuur en die kan je zeggen wie er dwars ligt

130: (Overall pijn. Knieën, enkels, armen. Rugafwijking). Ogen, ik denk dat ik met iemand in contact sta die last van zijn ogen heeft

Bijlage 4 - Opmerkingen op de vragenlijst

Vraag 43. Wat zou er volgens u veranderd moeten worden? en Vraag 44. Heeft u nog andere opmerkingen?

Vraag 43: 137 opmerkingen

Vraag 44: 65 opmerkingen (grijs)

Een aantal opmerkingen komt in verschillende rubrieken voor.

Rubrieken:

1. Serieus nemen
2. Aandacht
3. Luisteren
4. Hoe? Organisatie
5. Aandacht voor leefstijl, omstandigheden en alternatieven
6. Medicatie
7. Tandarts
8. Geen veranderingen noodzakelijk
9. Andere problemen in de GGz
10. Eigen verhaal
11. Opmerkingen over de enquête
12. Losse opmerkingen

1. Serieus nemen

004: Vaak niet serieus nemen van klachten dus.

010: De mensen moeten serieus genomen worden. Goed luisteren naar de klachten en door bespreken voor tot medicatie overgaan.

017: GGz-cliënten moeten niet afgewimpeld worden met de uitspraak "Eén klacht per keer".

058: Dat deze klachten serieuzer genomen moeten worden. En niet afgeschimpt worden met 'Je spoort niet helemaal'.

069: Dat de lichamelijke klachten serieus genomen worden

084: Meer een luisterend oor en doorverwijzing als dat nodig is, je zegt het niet voor niks.

122: Serieus nemen van klachten, meer informatie over bijwerking medicijnen, betere samenwerking met huisarts en andere specialisten

123: Dat patiënten meer serieus genomen worden.

150: Men moet serieuzer met klachten omgaan. Soms worden klachten nogal eens gebagatelliseerd

159:

- Dat er geen diagnose wordt gesteld terwijl het een bijwerking van de medicatie is (komt veel voor!)
- LEREN luisteren naar de cliënt zonder direct een oordeel klaar te hebben
- SERIEUS genomen worden door de psychiater
- Patiënten niet uitlachen, wordt vaak gedaan, bijv. gedragsveranderingen kunnen worden veroorzaakt door de medicatie.

168: Ik wil graag dat mensen serieus genomen worden. Niet iedere keer 'Het is bekend wat u heeft, deze medicijnen moet u gebruiken', klaar. Ik vind taal en cultuur heel erg belangrijk, dat daar ook rekening mee gehouden wordt.

169: Dat de klachten van mensen serieus genomen worden.

198: Ik zou minder het idee willen krijgen, dat ik niet serieus genomen word.

214: Cliënten moeten serieus genomen worden door behandelaars en met name goede lichamelijke zorg krijgen (+ controle) en ook m.n. tandzorg en b.v. onderzoek/check up/voorlichting/begeleiding ter voorkoming van lichamelijk verval wat de psychische situatie alleen maar veel méér verslechtert!

218: Wordt niet goed beoordeeld. Ik wil graag serieus genomen worden.

219: Als je met lichamelijke klachten bij de huisarts komt, schrijft hij paracetamol voor, omdat hij vindt dat het door psychische klachten komt en stuurt weg. Serieus nemen en doorverwijzen naar het ziekenhuis vind ik belangrijk

239: Serieus genomen moeten worden meer aandacht besteden

041: Iedereen is uniek, daarmee wil ik zeggen dat iedereen serieus genomen moet worden

2. Meer aandacht

007: Meer aandacht van meet af aan voor lichamelijke klachten en dieet.

031: Structureel meer aandacht voor lichamelijke gezondheid bij schizofreniecliënten.

046: Meer aandacht/onderzoek voor somatische klachten.

052: Meer aandacht voor lichamelijke klachten tijdens behandeling psychiatrische problemen

- 056: Meer aandacht voor mensen met diverse klachten, o.a. geestelijke klachten en ook lichamelijke
- 085: Betere aandacht voort klachten. Er zijn wel mogelijkheden, maar heb zelf ervaring opgedaan m.b.t. slechte afhandeling.
- 093: Meer aandacht.
- 125: Bijv. meer aandacht via GGz
- 126: Meer aandacht oor lichamelijke problemen van de GGz of psychiater
- 137: Meer aandacht voor de patiënten.
- 157: Meer aandacht.
- 195: De psychiater mag ook aandacht hebben voor lichamelijke kwalen. Aandacht besteden aan voorkomen is een pré.
- 233: Genoeg aandacht
- 239: Serieus genomen moeten worden meer aandacht besteden

3. Luisteren... enz

- 010: De mensen moeten serieus genomen worden. Goed luisteren naar de klachten en door bespreken voor tot medicatie overgaan.
- 033: Soms is het niet altijd nodig om meteen in paniek ter raken. Versch per arts
- 034: Meer begrip en meer begeleiding
- 041: Als er iets begeleid moet worden, dan op een flexibele manier
- 048: Meer openheid.
- 059: Menselijker/invoelender en ook voor alternatieve middelen meer aandacht.
Heb daar zelf
goeie ervaringen mee en zelf 'uitgedokterd'
- 063: Goed naar de cliënten luisteren.
- 076: Meer persoonlijke interesse, Goeie sfeer creëren, geduldig, behulpzaam
- 083: Respect, geen bejegening, vertrouwen, serieus genomen worden
- 084: Meer een luisterend oor en doorverwijzing als dat nodig is, je zegt het niet voor niks.
- 089: Meer luisteren.
- 102: Meer geluisterd worden naar lichamelijke klachten m.b.t. werk
- 090: Beter naar de mensen luisteren
- 124: Dat ze je goed begrijpen en veel aan je denken.
- 136: Geen stigmatisering
- 138: Wat beter omgaan met patiënten

159:

- Dat er geen diagnose wordt gesteld terwijl het een bijwerking van de medicatie is (komt veel voor!)
- LEREN luisteren naar de cliënt zonder direct een oordeel klaar te hebben
- SERIEUS genomen worden door de psychiater
- Patiënten niet uitlachen, wordt vaak gedaan, bijv. gedragsveranderingen kunnen worden veroorzaakt door de medicatie.

160: Goed luisteren en naar gevoel en gedachten vanuit de persoon handelen

161: Eerder ingrijpen en uitgebreider onderzoeken.

162: dat er serieus geluisterd moet worden. Direct contact met psychiaters en niet eerst stagiairs en nog eens andere hulpverleners inschakelen

163: Dat ze de tijd voor je nemen en naar jouw advies of idee luisteren, want zij kijken naar cijfers en boeken, maar jij bent degenen die alles voelt. Dat je niet moet vechten om gehoord te worden

188: Ik heb weinig tijd wordt door hulpverleners vaak gezegd en zou dat anders ingevuld willen zien.

203: Meer openheid en toegankelijker.

209: Meer begrip

210: Psychiater moet beter opletten

236: De artsen moeten meer begrip hebben voor de mensen en onderzoeken

237: De dokter moet gaan begrijpen

095: Beter luisteren

090: De mensen niet als een nummer behandelen.

110: Ik heb klachten als gevolg van mijn twee psychoses. Ben snel moe in mijn hoofd en daardoor ook lichamelijk sneller moe dan gezonde mensen. Mijn psychiaters kijken hiervan op. Dit fenomeen is hen niet bekend en ze kunnen er helaas niets mee. Het zou goed zijn om onderzoek te doen onder onze doelgroep of dit meer voorkomt en kijken hoe anderen ermee omgaan.

111: De psychiater moet meer vertellen

115: Meer therapie en onderzoek, minder medicijnen (versta: antidepressiva)

122: Sneller inspelen op klachten om erger te voorkomen.

4. Hoe? Organisatorisch

006: Geen idee, moet dat niet via de huisarts?

014: De huisarts weer niet altijd wat hij met een psychiatrische patiënt aan moet!

- 028: Vaker contact met de huisarts
- 036: Dat alle hulp bij elkaar zit
- 040: Meer artsen.
- 043: Controle uit voorzorg, omdat veel klachten niet door de mensen zelf worden gesignaleerd
- 045: Gespecialiseerde psychiater aan het werk
- 054: Dat er meer hulp voor mensen moet komen en ook een keer op bezoek komen
- 060: Eén keer per half jaar een lichamelijke controle zou fijn zijn.
- 061: Meer ervaren (andere) zorgverleners voor zowel de psychische als lichamelijke hulpverlening. Geen a.i.o. bij nieuwe patiënten
- 070: Dat de hulpverlener mijn taal kent.
- 071: Dat er meer met elkaar samengewerkt wordt.
- 075: Meer onderzoeken. Hulpverleners moeten naar de patiënten toekomen en vragen over lichamelijke gezondheid. Niet wachten totdat we naar de huisarts gaan of zo.
- 078: Meer tijd voort patiënt bij behandelaar, minstens 1 uur per gesprek
- 086: Een uitgebreid onderzoek door een speciale arts bijv. ook een hartfilmpje + longonderzoek.
- 092: Kortere wachttijden.
- 094: Meer samenwerking arts, specialist, GGz-instelling
- 103: De lichamelijke zorg is slecht, zowel bij tandarts als in ziekenhuizen (o.a. transferafdelingen) en ziekenverzorgenden in algemeen en in bijzonder verzorgingshuizen. Ze weten daar niets van psychische problematiek. Bijscholing op alle fronten vereist
- 116: Regelmatige controle 1x per jaar of half jaar.
- 132: Ik word graag doorverwezen voor mijn specifieke klachten naar een specialist
- 139: Ze moeten beter samenwerken
- 156: Meer contact met de psychiaters en specialist.
- 158: Dat mensen met de goede medisch wordt geholpen
- 162: dat er serieus geluisterd moet worden. Direct contact met psychiaters en niet eerst stagiairs en nog eens andere hulpverleners inschakelen
- 165: Dat we serieus genomen worden door de specialisten, rekening houden met onze cultuur. Meer onderzoeken, behandelingen geven aan cliënten.
- 168: Ik wil graag dat mensen serieus genomen worden. Niet iedere keer 'Het is bekend wat u heeft, deze medicijnen moet u gebruiken', klaar. Ik vind taal en cultuur heel erg belangrijk, dat daar ook rekening mee gehouden wordt.
- 178: Dat de arts de eigen taal kent.

- 195: De psychiater mag ook aandacht hebben voor lichamelijke kwalen. Aandacht besteden aan voorkomen is een pré.
- 199: Sommige (pijn)klachten komen door de psychische ziekten. Andere (pijn)klachten zouden door 'gewone' artsen verholpen moeten worden. Ik vind dat door de psychiater weinig tegen (pijn)klachten wordt gedaan
- 205: Meer donkere begeleiders die ons beter begrijpen
- 206: In sommige gevallen eerder doorverwezen worden
- 207: Ik ben nierpatiënt. Een goede voerdracht bij calamiteiten zou zeer gewenst zijn vanuit ziekenhuis naar beschermd wonen.
- 208: Klachtenbus, medicatie-infodagen
- 219: Als je met lichamelijke klachten bij de huisarts komt, schrijft hij paracetamol voor, omdat hij vindt dat het door psychische klachten komt en stuurt weg. Serieus nemen en doorverwijzen naar het ziekenhuis vind ik belangrijk
- 227: Eerder opname als dat nodig is. Indien nodig aanmelding beschermd wonen
- 229: Meer controle
- 230: Regelmatig contact met psychiater!
- 232: Iets vaker naar psychiater
- 235: 1x per jaar lichamenlijk onderzoek
- 013: Meer transparantie bij medici en instellingen
- 014: Lichamelijke zorg tijdens een opname in een psychiatrische instelling is wel minder.
- 017: Tijdens het interview voor mijn BHP (vier-maandelijks) zouden algemene klachten besproken moeten worden (uitgebreider).
- 018: Wat meer zorg gedragen wordt in plaats van het probleem opschuiven naar een ander.
- 025: Lees het boek het Slothoofdstuk der erkenning eens, en laat het achter op het buro van de psychiater.
- 085: Begrijp de regiogebonden formules niet, m.a.w. indien niet vertrouwd en/of niet tevreden, bestaat de mogelijkheid niet te switchen....
- 163: In ziekenhuizen mogen uitgebreide testen gedaan worden, en niet pas als het probleem zodanig is dat er alleen nog maar pijnstillers gegevens worden maat eigenlijk te laat is. Eerder onderzoeken en eerder handelen.
- 140: Ze werken slordig.
- 229: Lichamelijke controle kan veel beter
- 234: Open blijven voor mensen die nodig hebben

5. Meer aandacht voor leefstijl/alternatief

- 007: Meer aandacht van meet af aan voor lichamelijke klachten en dieet.
- 016: Zie 35-37. Verder: 1. Keuzemogelijkheid medicijnmerken. 2. Consequente verstrekking bijwerkingarme medicijnen. 3. Kantines, maaltijden op wielen. 4. Sport & event. kookles en lichamelijke verzorging integraal in behandeling
- 013: Meer gebruik maken van alternatieve geneeswijzen, bijv. acupunctuur, Reiki
- 026: Niet direct medicijnen voorschrijven, eerder ademhalingsoefeningen, naar buiten, hulp in de huishouding etc.
- 027: Soepele verwerking met herhuisvesting.
- 059: Menselijker/invoelender en ook voor alternatieve middelen meer aandacht. Heb daar zelf goeie ervaringen mee en zelf 'uitgedokterd'
- 081: Het programma moet meer gericht zijn op het motiveren van patiënten om een serieuze gezondheidstoestand
- 099: Gratis fitnessless, yogales of tai-chiles
- 105: Er wordt tijdens een behandeling geen methode ter bevordering van uiting van jezelf en je situatie, ook gezondheid, toegepast
- 106: Fitnessruimte met begeleiding. Gezond lichaam, gezonde geest, maar het moet wel vrijwillig blijven.
- 107: Tijdens opname wordt weinig aandacht aan lichamelijke klachten besteed in de zin van voeding/fruit: gebrek aan fruit.
- 118: Mensen met lichamelijke klachten meer laten bewegen (sporten, wandelen, fietsen)
- 135: Macrobiotiek invoeren – massages – extra mineralen i.p.v. medicatie – sauna – yoga – samenwerkingsvormen aanpassen - tuinwerk
- 192: Meer aandacht voor het sporten.
- 214: Cliënten moeten serieus genomen worden door behandelaars en met name goede lichamelijke zorg krijgen (+ controle) en ook m.n. tandzorg en b.v. onderzoek/check up/voorlichting/begeleiding ter voorkoming van lichamelijk verval wat de psychische situatie alleen maar veel méér verslechtert!
- 226: Meer voedingsgeld want is alles is duurder geworden. Meer aandacht aan diegene die het nodig heeft.
- 135: Komt op voeding aan en yoga en massages.
- 188: Steunpunt voor financiële zaken erbij. Budget beheer BV.
- 224: Meer voedingsgeld

228: Voorlichting alcohol en/of drugs noodzakelijk. Doorverwijzing Jellinek, indien getrouwd één woning

6. Medicatie

010: De mensen moeten serieus genomen worden. Goed luisteren naar de klachten en door bespreken voor tot medicatie overgaan.

016: Zie 35-37. Verder: 1. Keuzemogelijkheid medicijnmerken. 2. Consequente verstrekking bijwerkingarme medicijnen. 3. Kantines, maaltijden op wielen. 4. Sport & event. kookles en lichamelijke verzorging integraal in behandeling

025: Mensen leren wat afhankelijkheid is van medicatie, en voordelen van stoppen

026: Niet direct medicijnen voorschrijven, eerder ademhalingsoefeningen, naar buiten, hulp in de huishouding etc.

037: Dat er meer aandacht wordt besteed aan bijwerkingen van anti-psychotica.

062: Er moet meer aandacht zijn voor somatische ziekten die ontstaan door het slikken van anti-psychotica

089: Er zou niet onmiddellijk overgegaan moeten worden tot medicijngebruik, maar eerst onderzocht moeten worden of psychische klachten verband houden met leefgewoonten, zoals drugsdrink/beweging/voedsel/gedrag/hobby/ enz.enz.

122: Serieus nemen van klachten, meer informatie over bijwerking medicijnen, betere samenwerking met huisarts en andere specialisten

135: Macrobiotiek invoeren – massages – extra mineralen i.p.v. medicatie – sauna – yoga – samenwerkingsvormen aanpassen - tuinwerk

159:

- Dat er geen diagnose wordt gesteld terwijl het een bijwerking van de medicatie is (komt veel voor!)
- LEREN luisteren naar de cliënt zonder direct een oordeel klaar te hebben
- SERIEUS genomen worden door de psychiater
- Patiënten niet uitlachen, wordt vaak gedaan, bijv. gedragsveranderingen kunnen worden veroorzaakt door de medicatie.

185: Harde feiten om iemand medicatie te geven ontbreekt.

208: Klachtenbus, medicatie-infodagen

213: Controle over medicatiegebruik wat het doet met je lichaam

006: Behandeling zonder bijsluiter gehad

010: Als iemand slecht reageert op medicijnen onmiddellijk stoppen vind ik.

- 037: Dat er pas na 4 jaar aandacht gegeven is aan de bijwerkingen van anti-
psychotica bij mij.
- 039: Ik heb vroeger psychische klachten gehad en door medicatie erg bijwerkingen
gehad en dan werd er gezegd daar moet je maar mee leven. Dat vind ik niet kunnen.
- 043: Bijsluiters zijn vaak moeilijk te begrijpen
- 060: Ik zou graag willen weten wat de ze psychofarmaca op de lange termijn voor
lichamelijke klachten kunnen veroorzaken.
- 084: Om te voorkomen dat ik seresta ga innemen krijg ik telefonische consulten van
mijn SPV-ster
- 203: Graag onafhankelijke informatie over medicijnen

7. Tandarts

- 012: Vanwege onkosten (invaliditeit) speciale tandartsvoor (ex-patiënten). Betere
interpretatie bij klachten van medicatie. Zorgvuldige voorschrijving van medicatie
door arts/psychiater.
- 029: Een tandarts voor cliënten
- 094: Met name de tandarts had ik altijd het idee erop aangekeken dat ik psy patiënt
ben. Niet met name 1 tandarts nam, ZOA

8. Geen veranderingen noodzakelijk

- 080: Vind het wel goed zo.
- 100: Geen veranderingen nodig
- 109: Er hoeft geen speciale medische zorg voor GGz-patiënten te komen, althans
niet voor mij.
- 110: Bij GGz Buitenamstel zijn ze dit najaar begonnen met lichamelijke onderzoeken
als gevolg van alarmerende berichten in de media.
- 164: Ik ben tevreden over het zorgverleners.
- 166: Niets, ik ben tevreden
- 225: Ik denk dat ik zélf wel weet wat gezond voor me is, en wat niet (vb. voeding)
- 134: Ben tevreden, zou wel meer vrijheid willen (De Bocholt)

9. Andere problemen in de GGz

072: Meer met mensen met psy klachten

088: Ik vind dat men eerder naar de psycholoog verwezen moet worden

113: Mensen die hulp nodig hebben het ook krijgen!

114: Ik zit al maanden te wachten op cognitieve therapie. Ik sta op de wachtlijst maar het duurt maanden.

115: Ik zal neurofysiologisch onderzoek willen bevorderen

119: Mensen met psychiatrische problemen zouden ook serieus genomen moeten worden

127: Als je zowel een alcohol en een psychiatrisch probleem hebt, verwijzen ze naar elkaar, met name Bram Bakker, de tv-psychiater.

142: Genoeg. Er wordt niet goed opgelet wie er separeer wordt gezet.

167: Ik wil graag dat er meer aandacht besteed wordt aan mensen die meer aandacht nodig hebben (zoals ik)

238: Er moet een oplossing komen voor mensen

004: Zelf niet veel problemen, als vol van iets dan praten, mailen met vrienden en lotgenoten.

024: Ik vind dat ik het niet leuk vind dat ik hier (De Waterheuvel MV) niet betaald word

044: mensen niet langdurig vastbinden.

055: Psychiatrie is een grote leugen. Patiënten zijn gewoon mensen die opgeofferd zijn voor het opzetten van een of andere nieuwe Elbow-tribe.

.076: Autoritair en gezaghebbend regime van machtspositie en psychiatrische patiënt met maatregelen of ingrepen op persoonlijk belang.

081: Ik ben al tien jaar in de psychiatrie en vind dat er weinig is veranderd in die toen jaar naar mijn belevenis

101: De mensen van de Mentrum moeten meer tijd geven aan de cliënten.

103: Psychische problemen en daaraan gerelateerde lichamelijke ziekten zijn onzichtbaar!

105: Het toedienen van spuiten en de bezorgdheden bij patiënten is vaak overbodig en ontoepasselijk vooral schandelijk!

134: Ben tevreden, zou wel meer vrijheid willen (De Bocholt)

160: Dat trauma's van verleden en heden tegelijk behandeld moeten worden. Niet het verleden laten liggen.

10. “Eigen verhaal”

005: Toen ik voor het eerst een depressie kreeg (1993) wist ik niet wat me gebeurde. Er was nergens een plek waar ik goed opgevangen werd. Bij het RIAGG werd ik buiten de deur gezet omdat ik niet meer weg wilde (ik was wanhopig). De psycholoog bij de huisarts wist geen raad met me. Ik moest maar naar het Valerius voor dagbehandeling. Het was er vreselijk. Ik werd niet begrepen. Uiteindelijk een herstellingsoord maar daar functioneerde ik ook niet. Pas na maanden in een hel geleefd te hebben kwam iemand op het idee om me naar een psychiater te sturen, die me antidepressiva voorschreef. Ik knapte meteen op en kon aan mijn herstel gaan werken. Gelukkig heb ik nu (nog) een PGB

008: Ik had veel weerstand tegen medicijnen maar had ze toch nodig. Ik kreeg van de psychiater de mogelijkheid om met een superlage dosering te beginnen en steeds zelf te bepalen of ik meer ging slikken. Ik ben uiteindelijk meer gaan slikken. maar zie er wel het nut van in. Ik voel me veel beter en heb geen last van bijwerkingen.

009: Wijkzuster komt bij mij thuis 3 keer per week

018: Er moet meer aan verzadigde momenten van een lichaam worden gedacht.

030: Ik laat alles wat ze zeggen. Alles wordt geregeld.

073: Ik heb verder geen vragen of om te vertellen

101: Vertrouwen op God

129: Dat is een moeilijke vraag. Dat kan niet wat ik wil! Ik wil geen nachtmerrie en herbeleving van de oorlog. Voldoende slapen, zonder nachtmerrie, geen depressie. Ik heb veel meegemaakt in de oorlog. Ik heb er veel last van. Ik gebruik veel medicijnen om rustig te blijven

133: Vrijheden + positieve als negatieve

184: Nog meer aandacht aan Klain

212: Medicijnen slikken is kiezen tussen twee kwaden en het is zwaar vol te houden. Maar het moet. De enige oplossing is bidden tot God om genezing en verlossing. Dat geeft hoop.

234: Toegankelijk voor publiek

011: Ik maak het tegenwoordig wel wat beter

012: Hopelijk verbetering. Merci voor de moeite.

033: Ik heb wel eens last (steek in de borst). Ik wil het wel verhelpen maar het gaat tot nu toe wel.

056: Ja, ik zit over mijn gewicht. Dan val ik een beetje af , dan kom ik opnieuw weer aan. Ik wil afvallen. Wat me dwars zit qua gewicht is mijn opvang van mijn heup, buik, billen en bovenbenen

059: Het PGB-budget is voor mij een enorme rijkdom. Het geeft mij juist die ondersteuning zodat ik mij helemaal kan wijden aan het helen van de ‘wonden’ die mij psychiese stoornissen hebben aangebracht. Van levenslang naar betere levenskwaliteit. Goddank gaat het eindelijk beter met mij. Hoewel ik vrees dat dat nog een lange weg is. Als het ooit over gaat. Veel dank aan mijn 1^{ste} maatje van de Vriendendiensten.

083: Gaat de goede kant op, psychisch en lichamelijk

113: Ik heb gekozen voor Mentrum + huisarts, psychiatrische – lichamelijke pijn

129: Ik ben vaak bang en voel me onveilig en eenzaam overdag. ‘s Nachts nachtmerrie, dan herbeleving. Ik doe mijn best de laatste tijd ga ik naar school. Maar toch te druk met veel hoofdpijn. Ik ben hopeloos van mijn leven. Ik hoop dat het in de toekomst beter gaat.....!

199. Ja. De laatste tijd krijg ik veel minder netto-uitkering. Ook moet ik veel meer AWBZ betalen. De bezwaarschriftprocedure door de begeleiding van HVO-Querido duurt veel te lang. Ik denk dat het geen zin heeft. Waarschijnlijk wordt de voor mij te dure maatregel niet teruggedraaid, waardoor ik (binnenkort) te weinig geld zal hebben (dan zal ik saldo-tekort hebben).

204: Over vraag 7 en 8: mijn SPV is gelijk mijn psycholoog.

11. Opmerkingen over de enquête

028: Dit is een korte enquête, zeg

058: Ik vind dat jullie goed werk verrichten.

082: Goede campagne.

086: Dit is een duidelijke invullijst

127: Dit is geen open enquête! Mij lijkt dat u bepaalde antwoorden wilt. Bent u soms van de Scientology?

136: U profileert een moderne aanpak..

142. Genoeg. U kunt mij bereiken onder tel. 06..... Bedankt voor de centjes.

161: Bedankt voor de aandacht die jullie er aan geven.

164: Ik wil graag op de hoogte gehouden worden over de resultaten van de enquête.

168: Bedankt voor de bijdrage.

215: U ook bedankt. Heel goed initiatief!

12.Losse opmerkingen

009: Groetjes en tot ziens

016: Pollens, ik word niet goed....

156: Gelukkig nieuwjaar 2009