



# Mind the body!

## Somatische zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen vraagt om een multidisciplinaire aanpak

**De somatische gezondheidstoestand van patiënten met een 'severe mental illness' (SMI) of ernstige psychiatrische aandoening – waaronder schizofrenie, ernstige depressie, schizo-affectieve en bipolaire stoornissen – krijgt steeds meer aandacht in de geestelijke gezondheidszorg. Somatische screening en de hierop volgende behandeling zijn van cruciaal belang voor een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid van deze patiënten.**

**Ronald van Gool**  
verpleegkundig specialist,  
GGZ inGeest

**Berno van Meijel**  
lector GGZ-verpleegkunde,  
Hogeschool Inholland/  
Parnassia Bavo Groep

» Vroege herkenning van somatische complicaties en vroegtijdige behandeling dragen positief bij aan de verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt, diens psychosociale functioneren en kwaliteit van leven.<sup>1,2)</sup> Desondanks blijft de implementatie van deze somatische screening en behandeling een moeizaam proces. Binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz), en zeker binnen de langdurende zorg, zijn deze activiteiten bepaald nog geen gemeengoed.<sup>3)</sup> De verschillen in gezondheidstoestand en levensverwachting tussen mensen met een ernstige psychiatrische

aandoening (EPA) en mensen uit de algemene bevolking zijn groot, naar schatting zo'n 15 tot 25 jaar.<sup>4,5)</sup> Naast onnatuurlijke vroegsterfte door suïcide en ongelukken zijn cardiovasculaire aandoeningen (CVA) de belangrijkste oorzaak voor deze verhoogde mortaliteit. Tabel 1 biedt een overzicht van de belangrijkste somatische risicofactoren, de prevalentie van deze risicofactor bij patiënten met schizofrenie en bipolaire stoornis en de relatieve risico's (RR) ten opzichte van de normale populatie.

Beïnvloedbare risicofactoren	Schizofrenie prevalentie (%)	RR	Bipolaire stoornis prevalentie (%)	RR
Obesitas	45-55	1.5-2	21-49	1-2
Roken	50-80	2-3	54-68	2-3
Diabetes mellitus	10-15	2-3	8-17	1.5-3
Hypertensie	19-85	2-3	35-61	2-3
Dislipidemia	25-69	<5	23-38	<3
Metaboolsyndroom	37-65	2-3	30-49	2-3

**Tabel 1 Risicofactoren voor cardiovasculaire aandoeningen bij schizofrenie en bipolaire stoornis<sup>6)</sup>**

### Waarom is de implementatie van EBP zo moeilijk?

De cardiovasculaire aandoeningen worden mede veroorzaakt door de vaak ongezonde levensstijl van mensen met EPA: weinig lichaamsbeweging, slechte voedingsgewoonten, overgewicht, veel roken en het gebruik van andere verslavende middelen.<sup>6)</sup> Daarnaast is bekend dat sommige medicijnen, in het bijzonder antipsychotica, bijwerkingen hebben die sterk kunnen bijdragen aan de somatische morbiditeit van deze patiënten. Gewichtstoename, verhoogde kans op diabetes, stoornissen in de vetstofwisseling, bewegingsstoornissen en seksueel disfunctioneren zijn in dit verband bekende bijwerkingen.<sup>7)</sup> Ten gevolge van bovengenoemde factoren bestaat er een verhoogde kans op schadelijke, metabole processen (samen resulterend in het metaboolsyndroom) die een ongunstige invloed hebben op de levensverwachting en kwaliteit van leven van de patiënt. De diagnose 'metaboolsyndroom' wordt gesteld bij aanwezigheid van drie of meer van de kenmerken (ATP-III definitie), zoals weergegeven in tabel 2.

De kosten voor zorg en behandeling nemen door deze somatische complicaties toe, ondanks het feit dat de patiënt de gang naar de arts vaak niet weet te vinden en er dus feitelijk nog onderbehandeling plaatsvindt. De gezondheidswinst die te behalen is door vroegsignalering en adequate behandeling van somatische comorbiditeit bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, is naar verwachting groot.<sup>8)</sup> Met name leefstijlbeïnvloedende interventies zijn beloftevol, gezien het feit dat bepaalde gezondheidsrisico's bij deze patiëntengroep sterk samenhangen met leefstijlkenmerken.<sup>9,10)</sup>

### Barrières voor goede somatische zorg

De bovengenoemde risicofactoren voor somatische complicaties zijn vrijwel allemaal aanwezig bij patiënten met EPA. Daarnaast staan negatieve symptomatologie en apathie vaak gezondheidsbevorderend gedrag in de weg. De gebrekkige wijze waarop EPA-patiënten hun gezondheidsproblemen signaleren, ervaren en presenteren<sup>11)</sup>, draagt ertoe bij dat behandelaren de klachten en aandoeningen vaak niet of pas laat ontdekken. Ook spelen beperkt ziektebesef, angst en een grotere pijntolerantie<sup>12)</sup> een belangrijke rol waardoor patiënten hun hulpzoe-

Factoren	Criteria
Buikomvang	Mannen: >102 cm; Vrouwen: > 88
Triglyceriden	≥1,7 mmol/l (≥150 mg/dl)
Cholesterol HDL	Mannen: <1 mmol/l (<40 mg/dl); vrouwen <1,3 mmol/l (<50 mg/dl)
Bloeddruk	>130/85 mmHg
Glucose	≥6,1 mmol/l (≥110 mg/dl)

**Tabel 2 Criteria metaboolsyndroom<sup>6)</sup>**

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

Ten slotte draagt ook het gebrek aan urgentiebesef, evenals een tekort aan kennis en vaardigheden op het gebied van somatische problematiek bij hulpverleners, bij aan de instandhouding van de genoemde problemen. Het beperkte urgentiebesef leidt er onder meer toe dat de noodzakelijke samenwerking tussen huisartsen en ggz-professionals slechts moeizaam tot stand komt.<sup>13)</sup>

### Geïntegreerde aanpak

We kunnen concluderen dat de somatische zorg voor patiënten met EPA nog steeds onvoldoende aandacht krijgt en dat er in bepaalde gevallen zelfs gesproken kan worden van verwaarlozing op dit gebied. Ook kan er sprake zijn van behandel pessimisme: hulpverleners hebben onvoldoende vertrouwen dat zij wezenlijk bij kunnen dragen aan een goede somatische conditie van deze doelgroep. Vaak komen somatische diagnostiek en behandeling daardoor te laat op gang. Het gebruik van medische behandeling en zorg neemt zelfs af na het diagnosticeren van een psychiatrische aandoening. Onderdiagnostiek en onderbehandeling van somatische gezondheidsproblemen komen dan ook veel voor.<sup>7)</sup> Binnen de organisatie van zorg is er duidelijk sprake van een afstemmingsprobleem: er bestaat onduidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines in de gezondheidszorg. Deze onduidelijkheid bestaat binnen de ggz zelf, maar zeker ook tussen de ggz en de algemene eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. Het ontbreekt aan een eenduidig zorgpad voor screening en behandeling, dat bijdraagt aan de

noodzakelijke afstemming tussen professionals onderling, en tussen de professionals en de patiënt. Een dergelijk zorgpad zou bij kunnen dragen aan een geïntegreerde aanpak van de somatische comorbiditeit van patiënten met EPA.

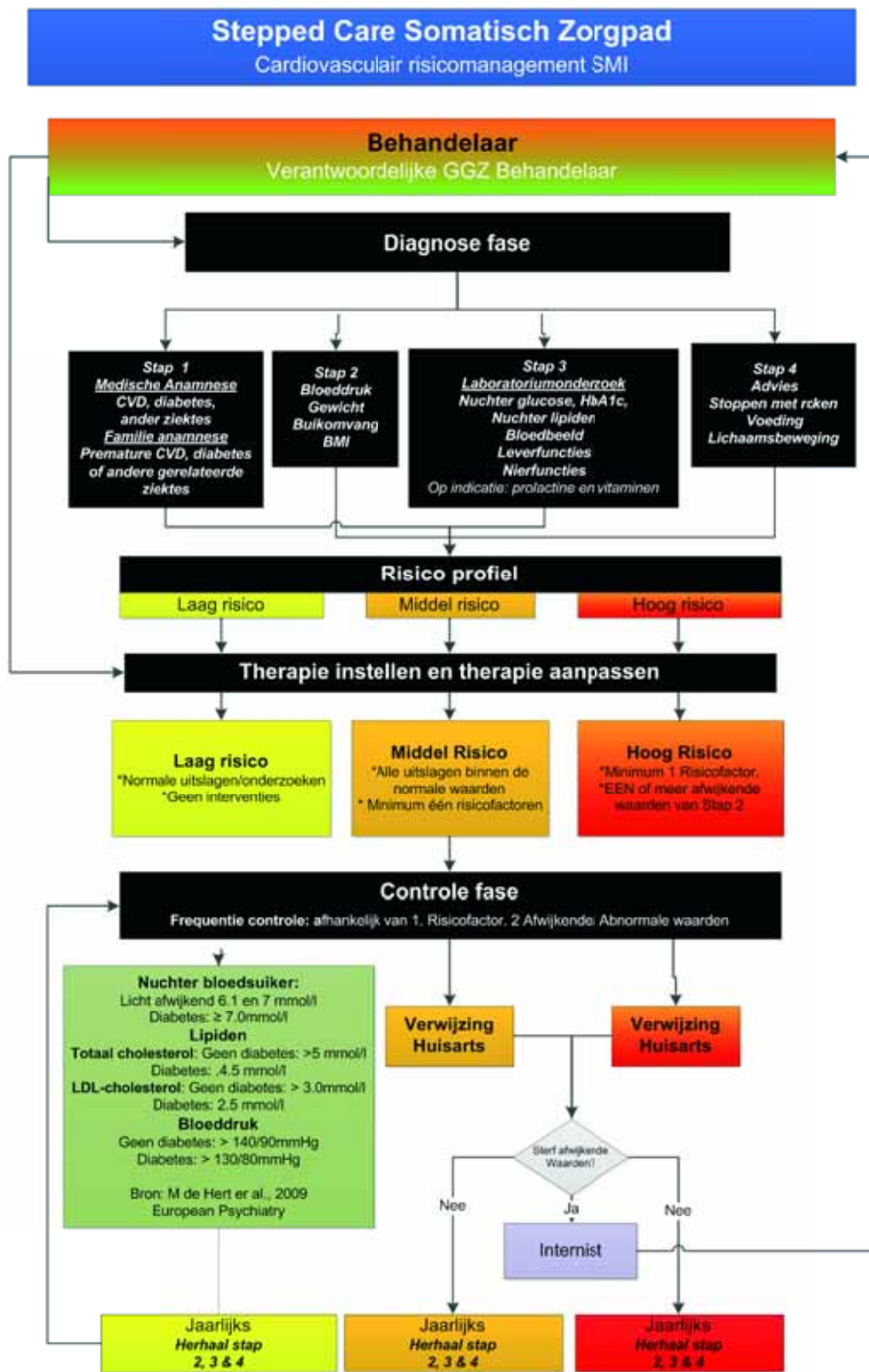
### Multidisciplinair zorgpad

Somatisch gezondheidsmanagement bij EPA-patiënten vraagt om een multidisciplinaire aanpak met betrokken-

heid van psychiaters, verpleegkundigen, agogen, arbeidsdeskundigen, huisartsen, diëtisten, medisch specialisten, patiënten en hun naastbetrokkenen.

EPA-patiënten dienen eenzelfde kwaliteit van somatische zorg te ontvangen als de mensen in de algemene populatie. Het gaat dan om het brede spectrum van somatische zorg, zoals screening (inclusief de toegang tot monitoring en screening van carcinomen) en opvolgende behandeling middels leefstijlinterventies en farmacologische behandeling. Leefstijladvies dient vooral gericht te zijn op voeding, lichaamsbeweging en stoppen met

**Figuur 1**  
**Somatisch zorgpad EPA.**  
**Deel 1: screening**



roken. Figuur 1 geeft een presentatie van deel 1 van het somatische zorgpad, gericht op het onderdeel screening. Figuur 2 omvat deel 2 van het zorgpad en richt zich op de behandeling.

Het 'stepped care zorgpad somatische zorg EPA' is ontwikkeld op basis van de meest recente publicaties over en inzichten in de somatische screening en behandeling van deze specifieke patiëntengroep. Centraal in het zorgpad staat het cardiovasculaire risicomangement, met daarbij aandacht voor de multidisciplinaire samenwerking en afstemming tussen professionals in de eerste- en de tweedelijns gezondheidszorg.

Binnen het cardiovasculaire risicomangement neemt het metabool syndroom – als belangrijke voorspeller van CVA – een belangrijke plaats in. Een belangrijk gegeven is dat de verschillende parameters van het metabool syndroom te beïnvloeden zijn via gerichte leefstijlinterventies.

Leefstijlveranderingen, in het bijzonder gericht op gewichtsreductie en toename van lichamelijke activiteit, vormen een belangrijk onderdeel van de behandeling van het metabool syndroom.<sup>2)</sup> Naast het cardiovasculaire risicomangement zijn er meerdere aandachtspunten in de somatische zorg voor deze patiëntengroep. Het gaat dan om tandzorg, bijwerkingen medicatie (zoals bewegings- en seksuele functiestoornissen), vitaminedeficiënties en (verwaarloosde) infectieziekten. Uitgangspunt is dat de verantwoordelijkheid voor somatische screening en coördinatie van de behandeling bij de ggz-behandelaar ligt. De feitelijke uitvoering van de screening kan in overleg zowel binnen de ggz-context als binnen de eerste lijn worden uitgevoerd. De behandeling van gevonden afwijkingen vindt bij voorkeur plaats binnen de eerste lijn door de huisarts, dit in overleg met het behandelend multidisciplinaire ggz-team. De keuze voor regie en coördinatie vanuit het ggz-team is een pragmatische. De doel-



groep bestaat voor een deel uit patiënten die niet of moeilijk terechtkomen bij hun huisarts. In dat geval moet de ggz laagdrempelige eerstelijns somatische zorg bieden in overleg met de huisarts.

Veel huisartsen ervaren zichzelf onvoldoende competent, indien er antipsychotische medicatie moet worden voorgeschreven. Ggz-teams zien de patiënten met een zekere regelmaat door hun assertieve werkwijze en hebben daardoor vaak een goede behandelrelatie opgebouwd die bevorderend werkt voor medicatie- en therapietrouw. Zij kennen ook de specifieke (on)mogelijkheden en bijwerkingen van de voorgeschreven psychofarmaca. Zij zijn ook primair de deskundigen als het gaat om de noodzakelijke aanpassingen in de antipsychotische medicatie in de richting van een lager risicoprofiel. De ggz-professionals krijgen daarmee een centrale rol in het medicatiebeleid voor EPA-patiënten.

### Implementatie van het zorgpad

De komende maanden zal het zorgpad worden getest in een klinisch en ambulante team binnen GGZ inGeest. Vervolgens zal er worden gewerkt aan de systematische implementatie van het zorgpad. Dit vraagt om een aantal belangrijke strategische investeringen. Het totale implementatieproces is in drie delen op te splitsen:

- Vergroten urgentiebesef en deskundigheid van ggz-professionals.
- Uitvoeren van jaarlijkse somatische screening.
- Medicamenteus en non-medicamenteus behandelen van de gevonden afwijkingen en monitoring van de effecten van deze behandeling.

### Vergroten van urgentiebesef en deskundigheid

Investeringen zijn vooral gericht op het vergroten van het urgentiebesef en de deskundigheid van psychiaters, verpleegkundigen en andere ggz-professionals op het gebied van goede somatische zorg voor EPA-patiënten. De professionals zullen getraind worden in de vaardigheden die nodig zijn voor het effectief uitvoeren van het somatisch zorgpad.

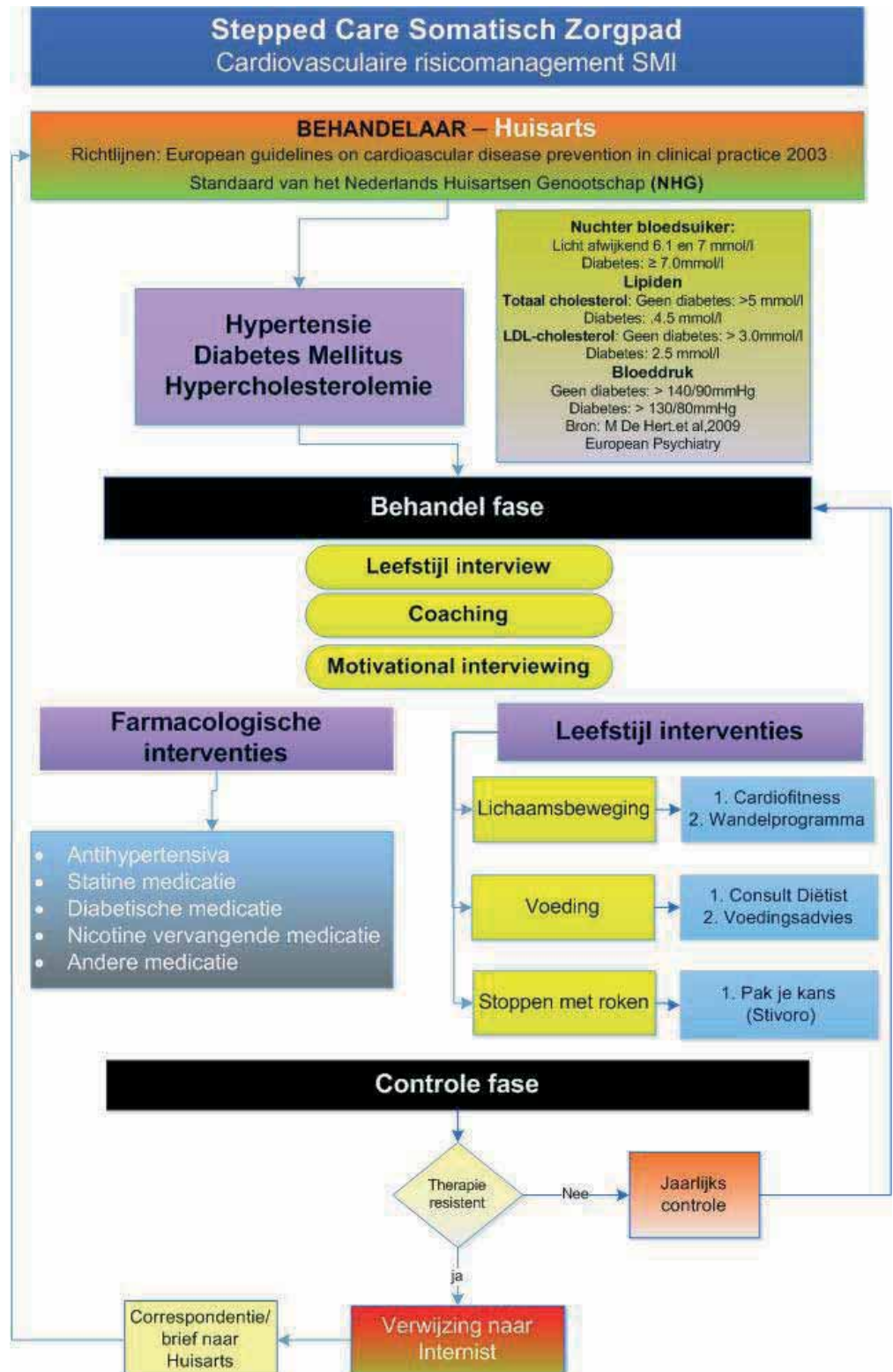
### Uitvoering somatische screening

De uitvoering van de systematische somatische screening maakt onderdeel uit van de *Routine Outcome Monitoring* (ROM) voor deze groep patiënten. Dit werkt ondersteunend voor het implementatieproces. In de ggz is er een toenemende vraag naar trans-

parantie. Van hulpverleners wordt steeds meer verwacht dat ze laten zien waar een behandeling uit bestaat, hoe deze wordt uitgevoerd, hoe de behandeling door de patiënt wordt ervaren en gewaardeerd en wat de uitkomsten van de behandeling zijn.

De ROM biedt informatie die beslissingsondersteunend kan werken, voor zowel patiënt als behandelaar, in het gezamenlijke proces van doelformulering en keuze van interventies en behandeling (*shared decision making*).

**Figuur 2**  
Somatisch zorgpad EPA.  
Deel 2: behandeling



De ROM vormt daarmee de ‘natuurlijke’ basis voor de jaarlijkse behandelplanevaluatie en de nieuw op te stellen behandelovereenkomst. Somatische en metabole screening vormen een vanzelfsprekend onderdeel van de jaarlijkse ROM.

### **Behandeling van de gevonden somatische afwijkingen**

De derde fase is wellicht de meest complexe fase van het implementatieproces en vraagt om een goede afstemming tussen eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. Het ggz-team draagt daarbij de verantwoordelijkheid voor de coördinatie en continuïteit. Het is van belang dat de patiënten goede toegang krijgen tot medicamenteuze en non-medicamenteuze behandelingen voor de gevonden afwijkingen. Leefstijlinterventies voor patiënten met EPA zijn momenteel nog nauwelijks beschikbaar en onderzocht op hun effectiviteit. Zoals gemeld, zijn juist deze leefstijlinterventies van groot belang om de bestaande gezondheidsproblemen te behandelen en nieuwe problemen te voorkomen.

Medicamenteuze behandelingen dienen breed beschikbaar te komen, onder andere volgens de geldende NHG-normen voor huisartsen. De NHG-standaard cardiovasculair risicomanagement zou moeten worden aangepast. EPA-patiënten zouden moeten worden toegevoegd als patiënten met verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen, zodat zij eerder voor behandeling in aanmerking komen.

### **Zelfmanagement en shared decision making**

Binnen de (geestelijke) gezondheidszorg groeit het bewustzijn dat zelfmanagement van klachten en gezamenlijke besluitvorming van patiënten, mantelzorgers en behandelaren belangrijke elementen zijn voor effectieve behandeling van chronische aandoeningen. Niet alleen de psychische klachten, maar ook de comorbide somatische klachten zijn vaak van chronische aard. Het is van belang dat er geïnvesteerd wordt om het zelfmanagement van patiënten te ondersteunen en shared decision making te bevorderen binnen de langdurige ggz, in het bijzonder ook bij somatische gezondheidsproblemen. De inzet van ervaringsdeskundigheid zou daarbij een waardevolle activiteit zijn.

### **Samenvatting**

De somatische gezondheidsproblemen bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) zijn groot en dragen ertoe bij dat de levensverwachting van deze patiënten met 15 tot 25 jaar wordt bekort en de kwaliteit van leven wordt verminderd. De risicofactoren voor deze problemen zijn bekend en kunnen deels worden beïnvloed via gerichte behandeling en leefstijlaanpassingen. Internationale richtlijnen bevelen jaarlijkse systematische somatische screening aan voor deze groep patiënten, zeker indien er antipsychotica worden voorgeschreven. In de dagelijkse beroepspraktijk is het

urgentiebesef voor deze somatische monitoring en behandeling groeiende, maar blijft uitvoering nog vaak steken in ambitieuze plannen en goede bedoelingen. Wij ontwikkelden een somatische zorgpad voor deze doelgroep, gericht op een gestructureerde screening en diagnostiek van deze somatische problemen. Deze screening en diagnostiek worden gevolgd door doelgerichte multidisciplinaire interventies, waarbij de ggz-professionaal verantwoordelijk is voor de coördinatie en continuïteit. Hierbinnen nemen leefstijlinterventies een belangrijke plaats in, waarbij het streven is het zelfmanagement van de patiënt ten aanzien van zijn somatische gezondheid te versterken. «

### **Literatuur**

- 1) Leucht S, et al. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116:317-335.
- 2) Marder SR, et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1334-1349.
- 3) Mitchell AJ, et al. Guideline concordant monitoring of metabolic risk in people treated with antipsychotic medication: systematic review and meta-analysis of screening practices. *Psychol Med* 2012; 42:125-147.
- 4) Saha S, et al. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:1123-1131.
- 5) Tiihonen J, et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009; 374:620-627.
- 6) de Hert M, et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness: position statement from the European Psychiatric Association (EPA). Supported by the European Association of the study of Diabetes and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry* 2009; 24:412-424.
- 7) Nasrallah HA, et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial. *Schizophr Res* 2006; 86:15-22.
- 8) Leslie D, Rosenheck R. Pharmacotherapy and health care costs among patients with schizophrenia and newly diagnosed diabetes. *Psychiatr Serv* 2005; 56(7):803-809.
- 9) Cabassa LJ, et al. Lifestyle interventions for adults with serious mental illness: a systematic literature review. *Psychiatr Serv* 2010; 61:8.
- 10) Chacon F, et al. Efficacy of lifestyle interventions in physical health management of patients with severe mental illness. *Annals of General Psychiatry* 2011; 10:22. Internet: <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/10/1/22>.
- 11) Pary R, Barton S. Communication difficulty of patients with schizophrenia and physical illness. *South Med J* 1988; 81(4):489-490.
- 12) Jochum T, et al. Influence of antipsychotic medication on pain perception in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2006; 142:2-3.
- 13) Heideman J, et al. De samenwerking tussen huisartsen en de ggz is voor verbetering vatbaar. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2006; 84(1):22-28.