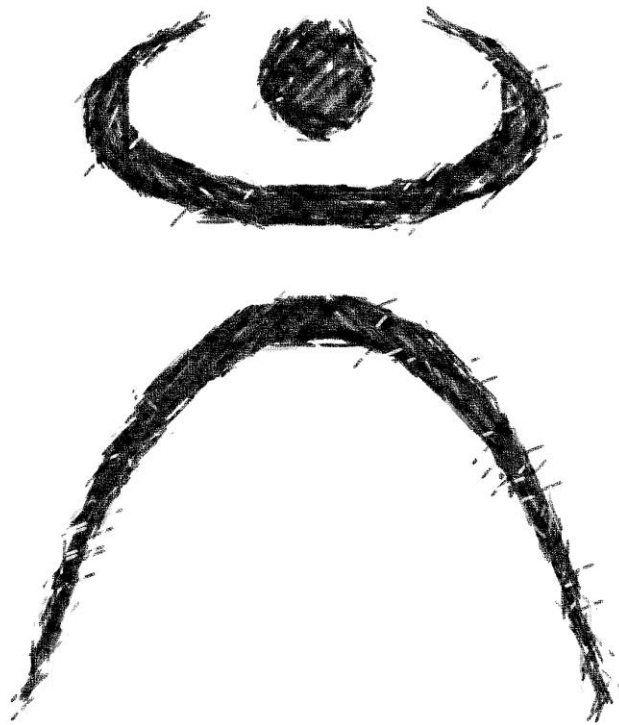




S.O.S.

***Van Systematisch Onderzoek Somatiek op metabole risico's naar
leefstijlinterventies op maat bij mensen met ernstige psychiatrische stoornissen.***

Student:	Sonja van Hamersveld
Opleiding:	MANP-GGZ '07
Studentnummer:	1542441
Opdracht:	Afstudeerartikel
Begeleider:	Roland van de Sande
Datum:	Juni 2009
Aantal woorden:	9587

Samenvatting

1	Probleemverkenning	5
1.1	Inleiding	5
1.2	Prestatie-indicatoren somatische monitoring in de GGZ	6
1.3	Landelijke ontwikkelingen	7
1.4	Behandeling van metabole bijwerkingen	10
1.5	Opvattingen van patiënten over somatische complicaties	13
1.6	Mauritzhof, Transmurale Langdurige Psychiatrie (TLP) Gooi en Vechtstreek, Symfora groep	14
2	Haalbaarheidanalyse zorginnovatie somatische monitoring	17
2.1	Draagvlak binnen Symfora groep	17
2.2	Afbreukrisico's bij implementatie van somatische zorg binnen TLP	18
3	Polikliniek Metabole Bijwerkingen en Lifestyle coaching	19
3.1	Procesweergave	20
3.2	Lifestyle coaching	21
3.3	Follow-up	23
3.4	Probleemformulering	24
3.5	Vraagstelling	24
3.6	Doelstelling	24
3.7	Methode	24
4	Bevindingen	25
4.1	Kwantitatieve data	25
4.1.1	Baseline gegevens	25
4.1.2	Follow-up gegevens	27
4.2	Kwalitatieve analyse	31
5	Discussie, Conclusie en Aanbevelingen	33
5.1	Discussie	33
5.2	Conclusie	40
5.3	Aanbevelingen	41

Nawoord

Literatuurlijst

Bijlagen

- Bijlage 1 Voorlichtingsfolder voor patiënten, Symfora groep.
- Bijlage 2 Screeningsinstrument TLP, Symfora groep.
- Bijlage 3 Screening metabole bijwerkingen en lifestyle coaching bij patiënten in behandeling binnen de Mauritzhof, Transmurale Langdurige Psychiatrie
Informatie voor verwijzers.
- Bijlage 4 Consensusdocument “Verpleegkundige zorg bij patiënten met psychiatrische problematiek en overgewicht” Symfora groep.

Samenvatting

ACHTERGROND: De prevalentie van cardiovasculaire aandoeningen en diabetes mellitus type II ligt velen malen hoger bij patiënten met schizofrenie in vergelijking met de algemene bevolking. Er is een causaal verband aangetoond met de nieuw generatie antipsychotica, het ziektebeeld en de leefstijl van de patiënt.

DOEL: Omschrijven van implementatie en werkwijze van de polikliniek “metabole bijwerkingen en lifestyle coaching”, inventariseren van metabole bijwerkingen, omschrijven van de resultaten en het geven van advies voor vervolg, binnen de Mauritzhof, afdeling Transmurale Langdurige Psychiatrie (TLP) onderdeel van de Symfora groep.

METHODE: Retrospectieve analyse van onderzochte groep, ambulante psychiatrisch patiënten (N=73) met een risicovolle buikomvang, binnen de polikliniek metabole bijwerkingen en lifestyle coaching. 29 Patiënten met een (dreigend) metabool syndroom (vrouw N=14; man N=15) zijn gevolgd gedurende een of twee follow-up consulten op de polikliniek metabole bijwerkingen en lifestyle coaching.

RESULTATEN: Binnen de onderzochte populatie, N=73 voldoet 57% aan de criteria van een metabool syndroom. 15 Mannen en 14 vrouwen met een (dreigend) metabool syndroom zijn gevolgd gedurende een aantal follow-up consulten op de polikliniek metabole bijwerkingen. Bij de mannen is er een gemiddelde afname in gewicht van 1,9 kg en bij de vrouwen een afname van 3.1 kg. Eén man is gestopt met roken en één vrouw en twee mannen zijn dit minder gaan doen.

CONCLUSIE: De screening draagt bij aan het inzichtelijk maken van de metabole risico's bij patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen en antipsychoticagebruik. Er zijn verschillende mogelijkheden voor het aanpakken van deze metabole risico's echter het effect hiervan is minimaal terug te vinden in wetenschappelijke publicaties.

Dit onderzoek toont aan dat leefstijlinterventies al dan niet in combinatie met somatische farmacotherapie of switchen van antipsychotische medicatie lichaamsgewicht kan reduceren. Aandacht voor de leefstijl van patiënten met metabole bijwerkingen en psychiatrische stoornissen zal een prominentere rol moeten gaan spelen tijdens de screening. Afstemming op het motivatie niveau met behulp van motivational interviewing om tot interventies op maat te komen biedt hoop.

Er zal meer longitudinaal onderzoek gedaan moeten worden om hier statistisch verantwoorde uitspraken te kunnen doen.

1 Probleemverkenning

1.1 Inleiding

“We eten teveel en bewegen te weinig”; een veel gehoorde slogan. Beide zijn ook risicofactoren voor het ontstaan van hart, -en vaatziekten en diabetes. De meeste mensen sterven nog steeds aan hart, - en vaatziekten en diabetes wordt tegenwoordig steeds vaker vastgesteld (RIVM, 2008).

De prevalentie van het metabool syndroom bij mensen met schizofrenie is twee keer zo hoog als bij de algemene bevolking en de consequentie hiervan is dat hiermee de levensduur met circa 15 jaar wordt bekort (Hert et al., 2006).

Uit de CATIE studie, een zeer omvangrijke Amerikaanse studie (N=1460), werd zelfs een prevalentie van 40% vastgesteld van metabole problematiek bij mensen met schizofrenie (McEvoy et al., 2005). Ook in Nederland is onderzoek verricht naar implicaties van metabole problematiek bij psychiatrisch patiënten. In Assen werden 550 psychiatrische patiënten gescreend op MS en bij nadere analyse bleek dat 25% van deze populatie niet eerder vastgestelde metabole afwijkingen vertoonden (Oven, 2008).

Zweeds onderzoek heeft uitgewezen dat er drie keer zoveel patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis aan cardiovasculaire aandoeningen overlijden vergeleken met de algemene bevolking (Tidemalm et al., 2008).

Het metabool syndroom kan worden omschreven als een breed spectrum van symptomen die gezamenlijk een zeer hoog risico vormen voor het ontstaan van Diabetes Mellitus (DM) en hart, - en vaatziekten (HVZ). Er is sprake van het metabool syndroom als er drie van de volgende vijf symptomen tegelijkertijd aanwezig zijn:

1. Taille omtrek > 88 cm (V) of > 102 cm (M)
2. Hyperglycemie nuchter > 6,1 mmol/L
3. Hypertryglyceridemie nuchter > 1,7 mmol/L
4. HDL <1,0 mmol/L (M) of < 1,3 mmol/L (V)
5. Hypertensie > 130/85 mmHg

(Richtlijn van National Cholesterol Education Program criteria NCEP, Adult Treatment Protocol, ATP III 2001).

Internationaal is nog geen consensus over het definiëren van het concept metabool syndroom. De pathogenese wordt in de literatuur nauwelijks gedefinieerd (Gale, 2008). Critici voeren echter aan dat het ook geen nieuwe ziekte betreft maar een clustering is van

symptomen die diabetes en/ of hart- en vaatziekten voorspellen (Alberti, 2008). In het kader hiervan is dit concept zeer bruikbaar voor het beoordelen van het gezondheidsrisico van patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen.

De hoge prevalentie van de metabole problematiek onder mensen met schizofrenie hangt in grote lijnen samen met de volgende risicofactoren:

1. De aanwezigheid van genetische kwetsbaarheid voor metabole verstoringen. Deze hypothese wordt bekrachtigd door het feit dat reeds voor het ontstaan van antipsychotica (1950) al een verband gelegd is tussen schizofrenie en het ontstaan van diabetes (Baptista et al., 2004).
2. Bij de patiënt met schizofrenie zien we episodes waarin hallucinaties en wanen op de voorgrond staan: positieve symptomen. Anderzijds zijn bij schizofrenie patiënten vooral initiatiefverlies en problemen met plannen die een gezonde leefstijl in de weg staan. Hierbij ziet men een verhoogd risico tot overconsumptie van verzadigde vetten, koolhydraatrijke dranken en een vezelarme voeding. Roken, fysieke inactiviteit en psychische stress creëren hierbij een verhoogd risico (Brown, 1999). Voor het ombuigen van dit gedrag vormen de negatieve symptomen zoals passiviteit, depressie en beperkingen van het cognitief functioneren veelal een belemmering.
3. De scheiding van de algemene gezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg in de jaren '60 heeft gezorgd voor een barrière voor adequate en geïntegreerde behandeling van de somatische aandoeningen bij mensen met schizofrenie (van Gool, 2006).
4. Voorgeschreven medicijnen kunnen bovendien metabole verstoringen bewerkstelligen (MCEvoy et al., 2005; Hert et al., 2006). In de laatste 10 jaar is er toenemende interesse voor de relatie tussen antipsychotische medicatie, toename van lichaamsgewicht, diabetes en het metabool syndroom. De relatie tussen de nieuwe generatie antipsychotica (SGAs) en verhoogde kans op overgewicht en diabetes is aangetoond (Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes, 2004).

1.2 Prestatie-indicatoren somatische monitoring in de GGZ

In Nederland is het urgentiebesef groeiende voor systematische aandacht voor somatische ongemakken bij patiënten met psychiatrische stoornissen. Dat dit lange tijd een verwaarloosd gebied geweest is, is gebleken uit onderzoek van de Inspectie van de Gezondheidszorg (1999;2004). In dit inspectierapport: Toezicht op somatische zorg (IGZ, 2004) werd geconcludeerd dat er in de Nederlandse GGZ weinig structurele aandacht bestaat voor de somatische zorg.

Binnen de GGZ en verslavingszorg wordt er sinds 2007 gewerkt met een basisset prestatie-indicatoren (www.zichtbarezorg.nl). Dit is een instrument dat de resultaten en kwaliteit van de geleverde zorg meetbaar en inzichtelijk moet maken. Met de basisset prestatie-indicatoren geven de instellingen binnen de GGZ en verslavingszorg invulling aan hun verantwoording van de kwaliteit van de geleverde zorg. Publicatie hiervan gebeurt in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording en zal in de toekomst ook via internet inzichtelijk zijn.

In de set prestatie-indicatoren is ook de indicator “Somatische zorg” opgenomen.

In de herziende versie van 2009 wordt gesteld dat er binnen iedere organisatie een standaardprocedure moet zijn onderverdeeld naar leeftijd, diagnose, medicatiegebruik en toestandbeeld voor het geven van somatische zorg aan ingeschreven patiënten.

Instellingen moeten verplicht verantwoorden bij welk percentage patiënten professionele overwegingen zijn gemaakt en vastgelegd, of en zo ja welke 1) somatische zorg gepast is, en daar waar nodig 2) adequaat behandeld is, conform de landelijke richtlijnen

(www.zichtbarezorg.nl).

1.3 Landelijke ontwikkelingen

Het ontbreken in Nederland aan officiële richtlijnen om somatische complicaties te voorkomen of vroegtijdig op te sporen en te behandelen. Hierop heeft de multidisciplinaire werkgroep voor het monitoren van somatische complicaties bij antipsychotica een concept voorstel richtlijn ontwikkeld (figuur 1). Zij pleiten voor een implementatie van een consistente vroegdetectie en monitoring van somatische complicaties. Daarnaast bevelen zij aan om psychiatrisch patiënten preventief te screenen bij het inzetten van een anti- psychotische farmacologische behandeling. Binnen de langdurige zorg pleiten zij voor een jaarlijkse screening (Cahn et al., 2008).

Figuur 1

Schema voor systematische monitoring ter preventie van somatische complicaties bij antipsychotica gebruik, opgesteld door de Werkgroep Somatische Complicaties bij Antipsychotica gebruik, Cahn e.a. 2008.

	Baseline	1mnd	2mnd	3mnd	6mnd	Jaarlijks	Op indicatie
Somatische anamnese	x	x	x	x	x	x	x
Familiaire anamnese	x					x	x
MMSE	i	i					x
BMI	x	x	x	x	x	x	x
Buikomvang	x	x	x	x	x	x	x
Bloeddruk-pols*	x			x	x	x	x
Glucose nuchter/ HbA1c**	x	i	i	x	x	x	x
Nuchter cholesterol, hdl-cholesterol en triglyceriden.	x			x	x	x	x
Prolactine***	i	i		i			x
Bloedbeeld	i						x
Leverfuncties	i					x	
Bewegingsstoornissen	x	x	x	x	x	x	x
ECG****	i	i					x
Eeg	i						x
Blaasscan							

Idl = low-densitylipoproteïne; hdl = high-densitylipoproteïne; mmse = Mini Mental State Examination; i = op indicatie (bijv. ecgbij sertindolgebruik; eeg bij epilepsie en clozapinegebruik; leukocytentelling en differentiatie bij clozapinegebruik); bmi =body-mass index.

*Naast de monitoring op metabool syndroom, op indicatie orthostase meten (liggend en staand).

**HbA1c (in combinatie met niet-nuchtere glucosewaarde) als nuchtere glucosewaarde niet kan worden bepaald.

***Bij adolescenten vereist op aangegeven meetpunten.

****Bij ouderen vereist op aangegeven meetpunten.

Best practices in Nederland

In 2006 heeft het Trimbos-instituut onderzoek gedaan naar het rendement van kwaliteitsverbeteringprojecten rond GGZ-cliënten (langdurige zorg) met zowel een psychische als een somatische diagnose. Bij een eerste verkenning werden 16 zorgpraktijken geselecteerd. Op basis van diverse inclusiecriteria bleven er 8 praktijken over die voldoen aan de criteria voor een good practice, dit bleken vooral projecten binnen de klinische psychiatrische zorg.

Het project van GGZ Drenthe werd landelijk gezien als koploper op het gebied van somatische monitoring. Men heeft sinds 2003 vanuit de somatische dienst de polikliniek

Metabole Stoornissen Antipsychotica operationeel. De afgelopen jaren zijn er een grote groep patiënten gescreend (N=427): 28% van deze patiënten met schizofrenie bleek te voldoen aan de criteria van het metabool syndroom (Oven, 2008). Dit komt overeen met andere Europese studies (Hert et al., 2006) onder schizofrenie patiënten, ook liggen die gemiddelden rond de 30%.

De geselecteerde patiënten bij GGZ Drenthe worden gevolgd in een zogenaamd diseasemanagement project. Het betreft hier een breed (vraag) gestuurd kwaliteitstraject. Hierbij worden de verschillende leefgebieden, diagnose, symptomatologie, medicatie en overige predisponerende factoren systematisch geëvalueerd. Dit diseasemanagement project heeft navolging gekregen in het UMC Groningen, GGZ Friesland, Lentis, Van Mesdag Kliniek, Adhesie, De Grote rivieren, Parnassia Bavogroep en GGNet onder de naam "Phamous".

Nurse practitioners als potentiële sleutelfiguren:

Er is in Nederland een groeiend aantal nurse practitioners actief geworden binnen dit gebied. Zo is binnen GGZ Noord Holland Noord sinds 3 jaar een nurse practitioner polikliniek metabole stoornissen operationeel en binnen de Symfora groep in Almere is er een nurse practitioner op een polikliniek bijwerkingen werkzaam. Dit zijn twee voorbeelden van kleinschalige projecten die een vaste waarde zijn geworden binnen deze instellingen. Deze nurse practitioners doen somatische screenings, interpreteren de gegevens en voeren (globaal) lichamelijk onderzoek uit. Er worden met de patiënt en diens behandelaar voorstellen voor behandeling gedaan. Zij hebben een coördinerende taak en bewaken de continuïteit voor de totale zorg voor de patiënt met schizofrenie en somatische comorbiditeit.

De master opleiding tot nurse practitioner leidt ambitieuze verpleegkundigen op tot experts binnen de directe patiëntenzorg. Zij krijgen onder andere modules lichamelijk onderzoek en farmacologie aangeboden. Deze modules vormen een goede basis om de gesignaleerde hiaten tussen psychiatrie en somatiek op te vangen. Het voordeel is dat nurse practitioners met een GGZ achtergrond een breed spectrum van behandelaspecten kunnen behartigen. Naast somatische expertise is ook psychiatrische symptoomevaluatie en psychosociale begeleiding onmisbaar. Deze professional kan integrale zorg bieden aan een populatie waarbij het risico op zorgvermijding zeer hoog is.

1.4 Behandeling van metabole bijwerkingen.

Farmacotherapie

Het geïndividualiseerd toepassen van uitgebalanceerde antipsychotica is een belangrijke interventie bij het reduceren en voorkomen van metabole bijwerkingen (Faulkner, 2006). Een voorbeeld hiervan is in een vroeg stadium aanpassen van de voorgeschreven antipsychotica als blijkt dat het lichaamsgewicht van de patiënt toeneemt.

Binnen de langdurige ambulante psychiatrie zijn patiënten veelal al jaren op dezelfde antipsychotica ingesteld. Het toegenomen lichaamsgewicht is bij het instellen als een 'te accepteren' bijwerking aangenomen. Deze patiënten kampen met veel overgewicht met daarbij horende gezondheidsrisico's.

Tijdig wijzigen van geïndividualiseerd antipsychotica beleid

Switchen van antipsychotica wordt genoemd als een effectieve interventie om de risico's van metabole stoornissen te reduceren (Hert, 2006). Uit de CATIE trials is bewijs gevonden voor gewichtsvermindering door de patiënt over te zetten naar een meer neutrale antipsychotica. Veelal wordt aripiprazol ingezet als metabool neutraler middel, als additief bij clozapine of als monotherapie. De switch van clozapine naar aripiprazol blijkt psychiatrisch gezien zeer risicovol. Vaak is toevoegen van aripiprazol enigszins effectief, zonder risicoverhoging op een psychiatrisch recidief (Zink et. al., 2008). Eventuele dosisverlaging van clozapine naast aripiprazol dient met uiterste voorzichtigheid en langzaam plaats te vinden. Clozapine is namelijk doorgaans een middel dat pas als laatste keuze wordt ingezet bij patiënten die veelal therapieresistent blijken te zijn. Toch blijken de verschillen in bijwerkingen tussen aripiprazol en (a)typische antipsychotica klein (Bhattacharjee et al., 2008).

Somatische farmacotherapeutische behandeling

Bij aanwezigheid van metabole afwijkingen zal, afhankelijk van de setting worden gekozen voor de specifieke toepassing van een metabool reducerende-behandeling van deze aandoening. Binnen klinische voorzieningen of GGZ-locaties wordt deze door de somatisch arts van de kliniek behandeld. Binnen de ambulante langdurige zorg is de patiënt aangewezen op de eigen huisarts. Een dilemma hierbij is dat de meeste huisartsen onvoldoende op de hoogte zijn van de extra kwetsbaarheid van deze doelgroep en hierdoor wordt de kans op onderbehandeling groter (Oven, 2008). Jonge patiënten met schizofrenie en metabole risico's dienen hoger te worden ingeschaald op risico's voor somatische complicaties die meestal passen bij een hogere leeftijd dan de kalenderleeftijd van de patiënt. Uit onderzoek blijkt dat zowel schizofrenie als de antipsychotica grote risico's kunnen opleveren voor de somatische gezondheid (Oven e.a., 2008).

Leefstijlinterventies

Leefstijlverbetering zoals caloriearme en gevarieerde voeding, afvallen, bewegen en stoppen met roken zijn essentiële factoren in het verkleinen van het risico op diabetes en hart- en vaatziekten ten gevolge van het metabool syndroom (Usher, 2006). Verpleegkundigen kunnen een sleutelrol vervullen in het signaleren, meten, educatie geven, motiveren en trainingen verzorgen (Usher, 2006).

Leefstijlverandering wordt als eerste keuze interventie genoemd (Cahn et al., 2008; NHG richtlijnen 2007-2008). Internationaal gezien zijn er diverse publicaties die de urgentie van leefstijlinterventies laten zien bij patiënten met schizofrenie (Henderson et al., 2006).

Uit een review, uitgevoerd door Nederlandse Hartstichting in 2008, naar het effect van leefstijlinterventies bij patiënten met hart- en vaatziekten of met een hoog risico daarop komt naar voren dat er met voedingsinterventies effect op het lipidenspectrum en daarmee het effect op verlaging van hart- en vaatziekten en sterfte is aangetoond. Vooral visvetzuren hebben een gunstige invloed op het triglyceriden gehalte (daling van 25 tot 35%). Ook is aangetoond dat visvetzuren een gunstige invloed hebben op depressies. Verder is er aangetoond dat schizofreniepatiënten een lager DHA- gehalte zouden hebben waardoor de structuur in de hersenmembranen zouden veranderen. Een tekort aan DHA kan leiden tot stoornissen in gedrag, cognitie en visus (Assies 2007).

Leefstijlinterventies gericht op gewichtsverlies hebben vooral invloed op verlaging van de bloeddruk (daling van 2-10 mmHg). Ook is verlaging van de bloedglucose aangetoond (daling van 0,2-0,3 mmol/l).

Natriumbeperking (daling 4-6 mmHg), beweging (daling 6-4 mmHg) en afvallen (3-4 mmHg) hebben effect op de systolische bloeddruk, dit is het sterkst gemeten bij mensen met al een aanwezige hoge bloeddruk.

Uit onderzoek bij patiënten met coronaire hartziekten is gebleken dat de kans op (totaal) sterfte met 20-25% verlaagd kan worden door lichamelijke activiteit en dit de kans op sterfte aan hart- en vaatziekten zelfs kan verlagen met 25-35%. Hierbij is activiteit op lage intensiteit vaak al effectief. Daarnaast verbetert lichaamsbeweging het uithoudingsvermogen, de bloeddruk en het lipidenprofiel. Bij personen met verhoogd risico verlaagt het eveneens het risico op diabetes en heeft lichaamsbeweging effect op verlaging van de bloeddruk. Lichaamsbeweging blijkt significante verbetering te hebben op de lichamelijke en geestelijke toestand van de patiënt met schizofrenie (Beebe 2008).

Stoppen met roken verlaagt het risico op (sterfte aan) hart- en vaatziekten met 30-50%, zowel bij hart- en vaatziekten patiënten als bij gezonde rokers. Vooral psychosociale counseling en het gebruik van medische hulpmiddelen zijn hierbij effectief en daarnaast is

het effect groter bij intensievere begeleiding. Het blijkt dat hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg roken nauwelijks bespreekbaar maken (Brown 1999).

Bovenstaande interventies zijn nauwelijks onderzocht bij patiënten met schizofrenie maar er is geen reden om aan te nemen dat dit niet van invloed zou kunnen zijn op deze doelgroep. Het betreft hier immers algemene interventies die gunstige cardiovasculaire en metabole effecten kunnen opleveren. Echter het consistent naleven van leefregels is voor patiënten met schizofrenie een zware opgave. Negatieve symptomen zoals initiatief verlies en affectvervlakking en positieve symptomen zoals wanen en hallucinaties zijn vaak spelbrekers in het doen slagen van langere inspannende trajecten.

Een klein aantal onderzoeken met cognitieve-gedragtherapeutische programma's voor gezondheidsbetering bij patiënten met schizofrenie is verricht (Littrell et al., 2003; Mauri et al., 2008; Evans et al., 2005). Hierbij stonden interventies centraal zoals het bijhouden van een eet-, - en bewegingdagboek, krijgen van dieetvoorschriften, discussies, normale porties voedsel, educatie en motiveren tot bewegen. Er is gewichtsstabilisering en/ of verbetering van andere metabole waarden (nuchtere glucose en lipidenprofiel) aangetoond bij toepassing van deze benadering.

In Nederland heeft het programma van Health4U, een groepsgewijs educatie- en trainingsprogramma geen statistisch significante uitkomst gegeven op de reductie van lichaamsgewicht aan het einde van het programma. Na follow-up van enkele maanden bleek het gewicht wel significant gedaald (vooral bij de vrouwen) en er was meer contact met lotgenoten ontstaan (Appelo, 2005).

In dit opzicht is er veel meer en longitudinaal onderzoek nodig met grotere onderzoeksgroepen (Faulkner et al. 2008).

Farmacologische interventies voor gewichtsvermindering

Ook is er medicatie gericht op gewichtsvermindering. Bij de doelgroep van patiënten met schizofrenie is nog weinig onderzoek naar gedaan.

Orlistat en sibutramine is veel onderzocht bij de algemene populatie. In combinatie met een leefstijlprogramma is er gewichtsvermindering opgetreden. Het laatste middel is onderzocht in twee studies bij patiënten met antipsychotica. Hierbij zijn wisselende resultaten geboekt. Voedingsondersteuning bleek net zo effectief als de sibutramine (Faulkner 2008).

Rimonabant, een selectieve cannabinoid CB1 receptor antagonist voorspelt betere resultaten, ook voor de psychiatrische populatie. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft beslist dat dit middel niet in aanmerking komt voor vergoeding door verzekeraars. Wel staat dit

middel geregistreerd voor indicatie bij adipositas en diabetes type 2. Actuele depressieve klachten of behandeling met antidepressiva vormt een relatieve contra-indicatie (Oven, 2008).

Er is ook onderzoek gedaan naar gewichtsvermindering door metformine, een glucoseverlagend middel, bij high risk diabetes. Leefstijlinterventies bleken effectiever (Faulkner et al. 2006).

Lacunes bij behandeling

Het mag duidelijk zijn dat detectie van somatische comorbiditeit bij deze doelgroep noodzakelijk is en dat er behandelalternatieven zijn voor de meest voorkomende gezondheidsrisico's. Detectie van metabole afwijkingen vraagt om regelmatige somatische monitoring en de behandeling van de klachten kent vele obstakels. Het aantal gecontroleerde metabool syndroom studies bij deze doelgroep is schaars (Faulkner et al, 2006).

De kans op een psychiatrisch recidief is groot bij het switchen naar neutralere antipsychotica, de compliance aan de psychiatrische medicatie kan vaak problemen opleveren, ook bij andere medicatie is noncompliance een belangrijk aandachtspunt bij deze doelgroep.

Patiënten met schizofrenie zijn door hun worsteling met psychiatrische symptomen moeilijk te motiveren tot leefstijl veranderingen. Er is een hoge mate van no-shows in leefstijlgroepen en het aantal patiënten waarbij de interventies aanslaan zijn klein (Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie, 2005).

Het behandelen van overgewicht met medicatie kan riskant zijn vanwege de psychische bijwerkingen, zoals depressies, van dit soort middelen.

1.5 Opvattingen van patiënten over somatische risico's

Patiënten lijken zich beperkt bewust te zijn van het extra hoge gezondheidsrisico's waaraan zij bloot staan, echter bij bewustwording hiervan lijkt er al gedragsverandering op te treden (Gupta, 2004). Dit kan dus betekenen dat de patiënt er meer belang aan gaat hechten om zijn leefstijl te veranderen.

Een belemmering is vaak dat patiënten kampen met de symptomen van de psychiatrische aandoening en bijwerkingen van de medicatie. Deze problemen kunnen elkaar ernstig versterken waardoor depressie, overgewicht en sedatie een belangrijke belemmering vormen bij de motivatie.

De cognitieve problemen als gevolg van de aandoening kunnen problemen opleveren in de oordeelsvorming. Psycho-educatie komt hierdoor nauwelijks binnen of worden verkeerd geïnterpreteerd waardoor de patiënt nog minder grip op zijn ziekte ervaart.

In een aantal studies geven de patiënten aan ontevreden te zijn over zijn lichamelijke toestand (McDevitt, 2006; Brown, 1999). Deze onderzoekers benadrukken dat de hulpverlening zal moeten waken voor de groep die de bijwerkingen hebben geaccepteerd en die zelf nauwelijks aandacht vragen voor somatische ongemakken.

In het kader van 'zorg voor beter': "Niet alleen de geest maar ook het lichaam", hebben 46 bewoners van de Regionale Instelling Beschermd Wonen Gooi en Vechtstreek een uitgebreide vragen lijst ingevuld. Hier hebben 30 van de 46 bewoners (70%) aangegeven graag deskundig advies te willen over zijn/ haar gezondheid. Buiten deze 30 hebben een aantal aangegeven al specifieke somatische ondersteuning te hebben via de Symforagroep (polikliniek Metabole stoornissen en lifestyle coaching) en hier tevreden over te zijn. Hierdoor zal het percentage van 70% mogelijk nog hoger liggen.

1.6 Mauritzhof, Transmurale Langdurige Psychiatrie (TLP), Symfora groep

De Symfora groep is een organisatie binnen de Geestelijke Gezondheidszorg in het midden van het land. Jaarlijks worden er meer dan 18.000 mensen behandeld.

Zij draagt een grote maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de zorg van een heel kwetsbare groep in de samenleving. Kernactiviteiten liggen op drie terreinen: zorg, opleiding en onderzoek.

De visie van de Symfora groep luidt:

'De belangen van mensen met een psychiatrische zorgvraag bepalen ons handelen'.

Centraal uitgangspunt is dat *de vraag van de patiënt leidend is*.

De ambities van Symfora groep zijn drieledig van aard:

1. Het goede behouden en waar mogelijk verder uitbreiden.
2. Waar nodig verbeteringen en correcties aanbrengen.
3. Nieuwe wegen inslaan en uitdagingen aangaan.

De Mauritzhof bestaat uit een kliniek, Hebron, locatie Zon en Schild in Amersfoort en een ambulant team, TLP, in Hilversum. In het najaar van 2010 zullen deze 2 afdelingen zich gaan vestigen in een nieuw centrum voor langdurige psychiatrie te Bussum.

De populatie van TLP bestaat uit 360 ambulante chronisch psychiatrisch patiënten tussen de 18 en 65 jaar.

Het betreft patiënten met aanhoudende stoornissen, beperkingen en handicaps, voortvloeiende uit een psychiatrische stoornis, waardoor zij zich niet in redelijke mate

staande kunnen houden in de maatschappij, langdurig van zorg afhankelijk zijn en veelal kampen met meervoudige en complexe problemen.

Veelal zijn dit patiënten met een schizofrene of schizo-affectieve stoornis. Ook patiënten met een andere ernstige psychiatrische stoornis kunnen onder deze groep vallen. Te denken valt aan ernstige stemmingsstoornissen en ernstige persoonlijkheidsstoornissen. De ernst van de aandoening kan er tevens toe leiden dat de patiënt in het kader van de BOPZ behandeld wordt.

Het team van TLP bestaat uit Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV), verpleegkundigen van de intensieve psychiatrische thuiszorg(PIT), een arts en een psychiater.

Sinds september 2007 richt de nurse practitioner in opleiding binnen dit behandelprogramma zich op de somatische complicaties van patiënten met de nadruk op metabole bijwerkingen. Bij aanvang van de opleiding is dit door de hoofdbehandelaar, een psychiater, als probleemgebied aangewezen en besproken.

Gangbare somatische zorg in de lokale praktijk voor september 2007

Er waren geen standaardprocedures binnen de behandelprogramma's van TLP gericht op de somatische zorg. Het was afhankelijk van de hulpverlener in hoeverre hier aandacht aan werd gegeven. Bij gezondheidsklachten of bijzonderheden van de patiënt werd verwezen naar de huisarts. Bloeddruk en gewicht werden gemeten op indicatie. Buikomvang werd niet gemeten.

Behandeling van somatische stoornissen was vooral in handen bij de huisarts. Somatische medicatie werd door huisarts voorgeschreven. In sommige gevallen door de psychiater. De psychiater vroeg laboratoriumonderzoek aan, enkele SPV'ers deden dit zelf.

Risicovolle leefstijl werd besproken in teamvergaderingen, vooral overgewicht en verslavingsgedrag. Binnen het behandelplan werd sinds eind 2006 het aandachtsgebied 'leefstijl' in het EPD geïntroduceerd. Veel behandelplannen moeten nog worden overgezet. Er draait jaarlijks een Health4U programma en er is een sport(fitness) programma. Dit programma biedt de mogelijkheid om een of twee keer per week (30-45 minuten) deel te nemen aan een low level fitness programma begeleidt door een PIT verpleegkundige met sport-instructriceopleiding.

In 2008 werden er door de nurse practitioner een aantal opiniërende interviews gedaan om de visie over het bieden van somatische zorg te inventariseren binnen TLP. In het onderstaande figuur worden de gesignaleerde belemmeringen weergegeven

Patiënten niveau: • Ongemotiveerdheid van de patiënt • Geestelijk toestand van patiënt (te psychotisch) • Moeite met lichamelijk contact (meten buikomvang/RR) vanwege wanen van de patiënt. • Passiviteit/ negatieve symptomen. Kennis niveau: • Teveel gericht op psychiatrie • Kennis is gezakt over somatische complicaties • Nieuwe medicijnen op de markt • Laboratoriumuitslagen die niets zeggen • Gebrek aan kennis over verslavingen, hoe daar mee om te gaan? Organisatie niveau: • Weinig mogelijkheden om deze groep te verwijzen (bijv. expert, diëtiste) Maatschappelijk niveau: • Culturele aspecten, met name rondom voeding. • Financiële problemen: geen geld bij patiënten. • Niet serieus genomen door huisarts

Figuur 1: Interview TLP, SPV (4) en een PIT (1), 2008.

De SPV en de PIT zien signalering, bewaken van continuïteit, verwijzen, preventie en stimuleren tot verantwoorde leefstijl als taak binnen de lichamelijke zorg voor de patiënt met ernstige psychiatrische problematiek.

2 Haalbaarheidanalyse zorginnovatie somatische monitoring

2.1 Draagvlak binnen Symfora groep

Draagvlak binnen de organisatie voor het probleem is aanwezig. Dit is gebleken uit de oriënterende interviews met verpleegkundigen en psychiaters.

Vanuit de Centrale Cliëntenraad van de Symfora groep is aangegeven dat er meer structurele aandacht moet komen voor dit onderwerp. Bovenstaande ontwikkelingen gaven in 2007 aanleiding tot het starten van een tweejarig innovatieproject, "Overgewicht door medicatie samen te lijf".

Vanuit de herziene prestatie-indicatoren 2009-2010 zal ieder behandelprogramma zijn somatische zorg omschreven moeten hebben in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. Een voorbeeld hiervan is dat instellingen jaarlijks moeten kunnen laten zien bij hoeveel patiënten systematische screening is uitgevoerd.

De Symfora groep is een van de vijf deelnemende organisatie aan het patiëntveiligheidsprogramma voor de Geestelijke Gezondheidszorg 2008-2011. Psychiatrische en somatische comorbiditeit is een belangrijk domein uit de zeven speerpunten.

In Almere, onderdeel van de Symfora groep, heeft een nurse practitioner in 2006 de polikliniek Bijwerkingen opgezet. Na afronding van haar opleiding in Utrecht heeft zij toestemming gekregen om dit project voort te zetten. Deze polikliniek maakt onderdeel uit van het behandelprogramma psychotische stoornissen in Almere.

Verpleegkundig Specialist binnen Symfora groep

Binnen de Symfora groep is de functie Verpleegkundig Specialist (VS) onlangs in het functiehuis opgenomen. De functieomschrijving is nog volop in ontwikkeling en zal gepaard gaan met de wetgeving. De functie Verpleegkundig Specialist GGZ (VS-GGZ) is eind mei 2009 officieel erkend. Zodra wetsverandering is geoperationaliseerd zal de VS-GGZ voorbehouden handelingen kunnen gaan verrichten. Via een toetsingscommissie verloopt de aanvraag voor dit specialisme. Verwachting is dat de opleiding Master Advanced Nursing Practice (curriculum vanaf september 2006) zonder assessment toegang biedt.

Binnen de Symfora groep is er onlangs een verpleegkundig hoofdbehandelaar voor een langdurig zorgprogramma aangesteld. Deze functie was voorheen enkel bestemd voor medisch specialisten. Ook is het functiehuis in een vergevorderd stadium en ligt er intern erkenning voor de Verpleegkundig Specialist. In de doelstellingen voor 2009 zijn de

afdelingen Mauritzhof en Meeregaard als pilot aangewezen voor positionering van verpleegkundige/ verpleegkundig specialisten in de behandelprogramma's.

Er is tevens sprake van een ontwikkeling van een verpleegkundige onderzoekslijn.

2.2 Afbreukrisico's bij implementatie van somatische zorg binnen TLP

- De meeste programma's zijn gericht op de klinische doelgroep. Met ambulante patiënten is hier nog relatief weinig ervaring.
- Er is nog geen landelijke richtlijn (2007) voor screening metabole stoornissen. Dit impliceert mogelijk ook dat er nog weinig consensus is onder professionals over het meest wenselijke beleid voor screening en monitoring.
- Er bestaan landelijk veel verschillen bij het gebruik van screeningsinstrumenten en de behandeling van metabole stoornissen.
- Beperkte middelen door onderbreken projectbudgetten.
- Onduidelijkheid over kwaliteitscriteria voor verslaglegging in het Elektronisch Patiënten Dossier.
- Meetbare uitkomsten: er is nog geen lange traditie met het werken met Routine Outcome Measurement (ROM).
- Nog weinig gecontroleerde studies naar het effect van behandeling van metabole bijwerkingen bij patiënten met schizofrenie.
- Binnen de ambulante zorg is geen aanwezigheid van een medische dienst of een somatisch arts. Patiënten hebben een eigen huisarts. Binnen de Gooi en vechtstreek zijn er 70 verschillende huisartsen actief.
- Vanuit patiëntenervaringen (Anoiksis en Cliëntenraad), de literatuur en uit eigen ervaring geven verpleegkundigen, uitzonderingen daargelaten, te weinig aandacht aan somatiek en ongezonde leefstijl van de patiënt.

3 Polikliniek Metabole Bijwerkingen en Lifestyle coaching

Na grondig literatuur onderzoek, gesprekken met experts, werkbezoeken (figuur 2) en praktijkonderzoek is in april 2007 de polikliniek: “Metabole Stoornissen en Lifestyle coaching” binnen de Mauritzhof van start gegaan als onderdeel van een behandelmodule Somatische zorg.

Literatuuronderzoek met behulp van Ovid: Pubmed, Medline, Cinahl, Cochrane en Google. Gezocht is op de termen; Metabolic Syndrome, Schizophrenia, Lifestyle, Treatment, Unhealthy lifestyle, Antipsychotics.

Expertraadpleging : werkbezoek bij J Assies, internist en onderzoeker biologische psychiatrie AMC.

Werkbezoek in Leuven bij Dr. M. de Hert, psychiater. Werkbezoeken bij de nurse practitioners in Noord Holland Noord, polikliniek metabole stoornissen en de bijwerkingenkliniek in Almere. Werkbezoek bij W v Oven, somatisch arts GGZ- Drenthe.

Clëntenraadpleging Bezoek Anoiksis regiobijeenkomst Noord Holland

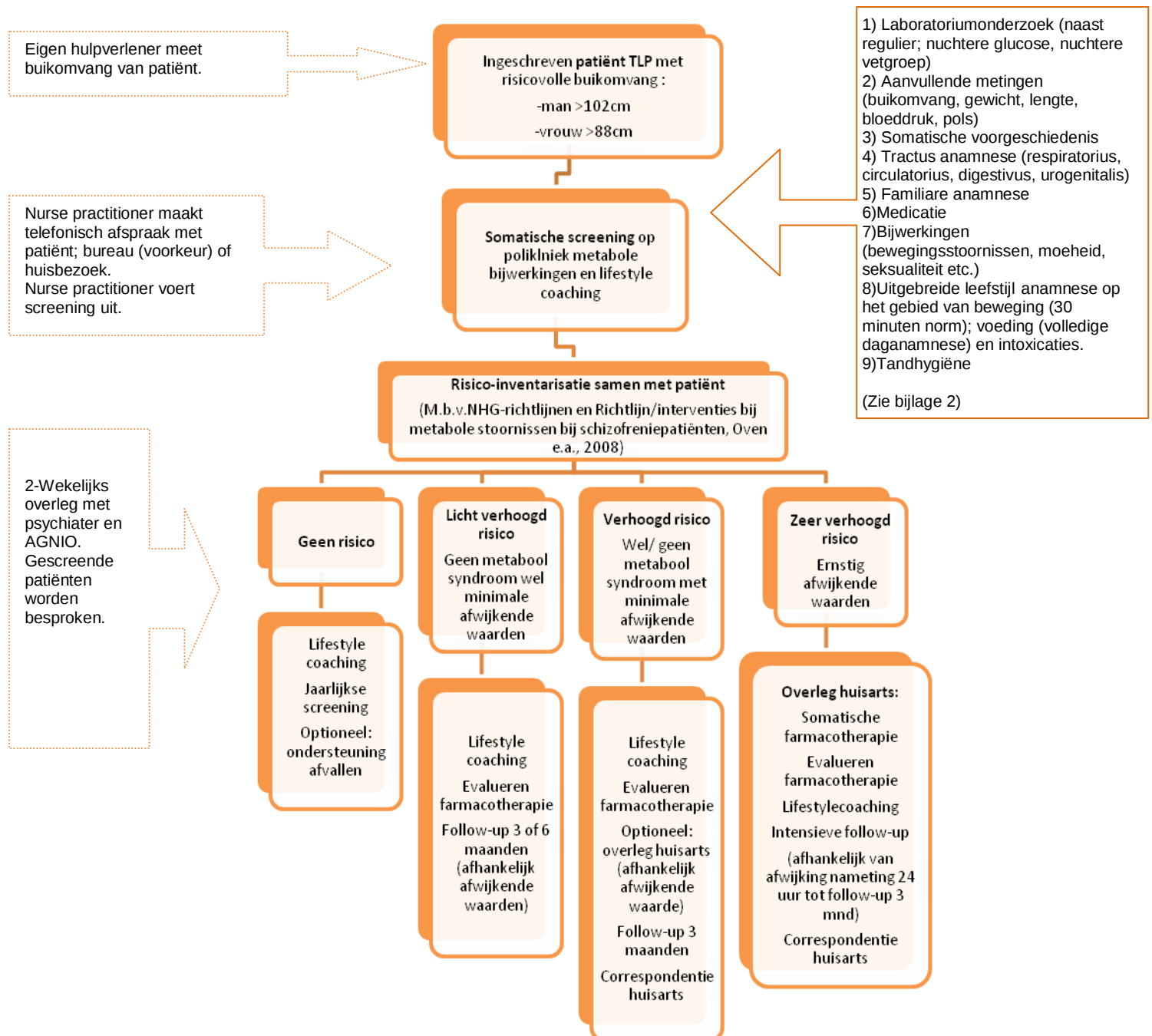
Bezoek aan diverse symposia gericht op psychiatrie en somatiek.

Deelname werkgroepen presatie-indicatoren GGZ- verslavings zorg voor 2009-2010 vanuit Inspectie van de Gezondheidszorg en werkgroep Multidisciplinaire richtlijn Metabole stoornissen, Symfora groep

Figuur 2 Onderzoeksmethoden

3.1 Procesweergave

De werkwijze van de polikliniek Metabole bijwerkingen en lifestyle coaching is weergegeven in onderstaand figuur (3).



Figuur 3 Werkwijze polikliniek Metabole bijwerkingen en lifestyle coaching

3.2 Lifestyle coaching

Bij lifestyle coaching wordt er met behulp van motivational interviewing (Miller and Rollnick, 2002) en het veranderingsmodel van Prochaska & Diclemente (zie figuur 5) geïntervenieerd om samen met de patiënt te komen tot interventies op maat (figuur 6).

Motivational interviewing is een directieve persoonsgerichte gesprekstijl, bedoeld om verandering van gedrag te bevorderen door ambivalentie ten opzichte van verandering te helpen verhelderen en oplossen (Miller and Rollnick, 2002). Hierbij is het belangrijk dat er vertrouwen wordt opgebouwd, weerstand verminderd en er direct gericht wordt op het verhogen van het stadium van gedragsverandering (Prochaska & Diclemente).

De principes van motivational interviewing zijn:

1. nauwkeurig begrijpen van het standpunt van de patiënt;
2. vermijden van weerstand;
3. verhogen de eigen effectiviteit van de patient;
4. ontwikkelen van discrepantie tussen het huidige en wenselijke gedrag.

De essentie hierbij is dat de motivatie vanuit de patiënt zelf komt en niet van buitenaf wordt opgelegd (Miller and Rollnick, 2002).

Het gedragsveranderingmodel 'Stages of Change' loopt als een rode draad door het traject van motivational interviewing heen. Het heeft als doel meer inzicht te krijgen waar iemand zich bevindt in de stadia van de gedragsverandering zodat de interventie hier op af wordt gestemd.

De keuze voor het werken met deze modellen is ontstaan door de bewezen effectiviteit binnen de diabeteszorg en diëtetiek (Bowen, 2002 et al; Britt, 2003 et al.). Een randomised control trial laat zien dat rokende patiënten met schizofrenie (N=78) benaderd volgens Motivational Interviewing meer deelnemen aan stoppen met roken programma's (Steinberg et al. 2004).

De eigen praktijk laat ook zien dat het voor zowel voor de patiënt als voor de hulpverlener een positieve invloed heeft. Aan de patiënt wordt gevraagd hoe deze denkt zijn gezondheidstoestand te kunnen verbeteren. Het centraal stellen van de wensen en mogelijkheden van de patiënt sluit aan bij de vraaggestuurde zorg en is ondersteunend bij het zoeken naar interventies op maat.

De interventies op maat (figuur 6) zijn tijdens dit onderzoek ontwikkeld. De interventies zijn de eerste maanden schriftelijk bijgehouden. Hieruit zijn categorieën ontstaan. Deze categorieën zijn in het verdere onderzoek meegenomen en als zodanig gecodeerd.

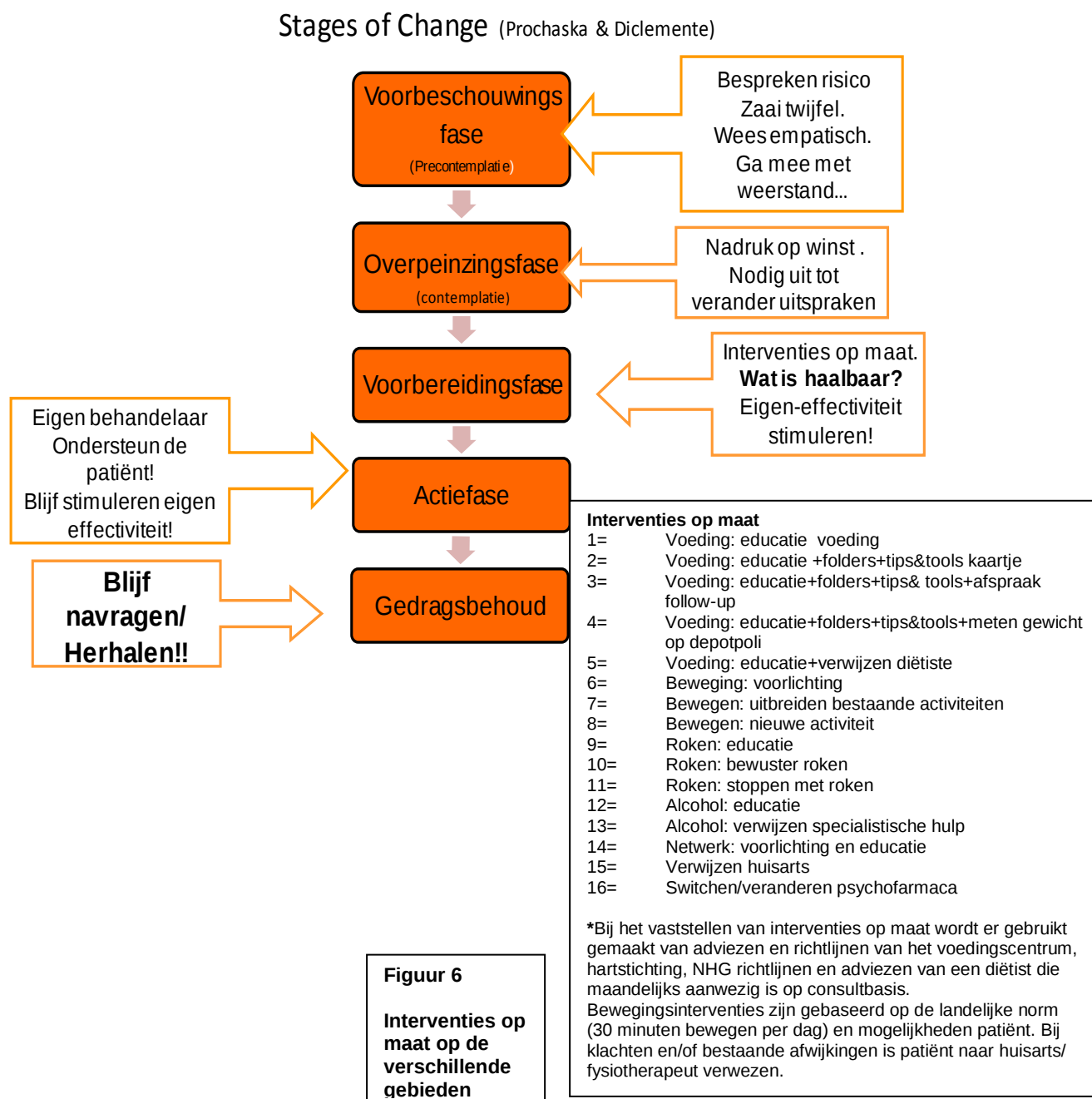
Een kaart met Tips&Tools is per patiënt afgestemd (figuur 4).

Bij het vaststellen van interventies op maat maakt de nurse practitioner gebruik van adviezen en richtlijnen van het Voedingscentrum, Nederlandse Hartstichting, NHG richtlijnen en adviezen van een diëtist die maandelijks een dagdeel aanwezig is op de polikliniek. Bewegingsinterventies zijn gebaseerd op de landelijke norm (30 minuten bewegen per dag bij overgewicht 2x 30 minuten) en de mogelijkheden van de patiënt. Bij klachten en/of bestaande afwijkingen wordt de patiënt naar de huisarts en/ of een fysiotherapeut verwezen. Informatiefolders zijn (gratis) verkregen via het Voedingscentrum en de Nederlandse Hartstichting.



Figuur 4 Voorbeeld kaart met Tips&Tools (op gebied van voeding voorbereidingsfase en gebied van bewegen in de voorbeschouwingfase)

Figuur 5 Lifestyle coaching bij patiënten met schizofrenie en risicovolle leefstijl



3.3 Follow-up

Bij de follow-up vormt de evaluatie van de afwijkende waarden, het medicatiebeleid en lifestyle coaching de rode draad. De interventies op maat worden doorgenomen en eventueel bijgesteld. Iedere keer vindt een afweging plaats zoals in figuur 3 is weergegeven.

3.4 Probleemstellingformulering praktijkonderzoek

Een verhoogd risico op diabetes en hart, - en vaatziekten ten gevolge van het metabool syndroom bij patiënten met schizofrenie en een risicovolle leefstijl in de ambulante psychiatrische hulpverlening.

Door bovengenoemde somatische comorbiditeit zal de patiënt eerder overlijden (Tidemalm et al., 2008), mindere kwaliteit van leven ervaren en (nog) meer medicatie en/of zorg nodig hebben waardoor zorgkosten stijgen.

3.5 Vraagstelling:

In hoeverre draagt de polikliniek metabole bijwerkingen en lifestyle coaching bij aan het eerder identificeren van de noodzaak tot uitgebreider verpleegkundig en medisch ingrijpen bij patiënten met schizofrenie in de ambulante psychiatrische hulpverlening?

3.6 Doelstelling:

1. Via een retrospectieve analyse de werkwijze van de polikliniek “Metabole bijwerkingen en lifestyle coaching” evalueren bij patiënten met schizofrenie in de lokale context van TLP, Mauritzhof onderdeel van Symfora groep.
2. Kwantitatieve outcome van de gezondheidswinst.
3. Kwalitatieve analyse en proces evaluatie omschrijven.
4. Aanbevelingen geven voor de toekomst van de polikliniek metabole bijwerkingen en lifestyle coaching.

3.7 Methode

Van april 2008 tot april 2009 is binnen TLP begonnen met het screenen van patiënten met schizofrenie. Inclusiecriteria waren ingeschreven staan als patiënt van TLP en een risicovolle buikomvang (man >102cm en vrouw >88cm). Het betrof een populatie van 73 patiënten, 42 vrouwen en 31 mannen. Patiënten met een (dreigend) metabool syndroom (N=29) zijn intensiever gevolgd. Er werden frequent diverse metabole waarden gemeten zoals buikomvang, gewicht, BMI, nuchtere glucose, bloeddruk, nuchtere HDL en triglyceriden, leefstijl, familiale belasting, medicatie, motivatie niveau en een tevredenheidwaardering. De gegevens zijn verwerkt in Excel ook zijn hierin notities bijgehouden.

4 Bevindingen

4.1 Kwantitatieve data

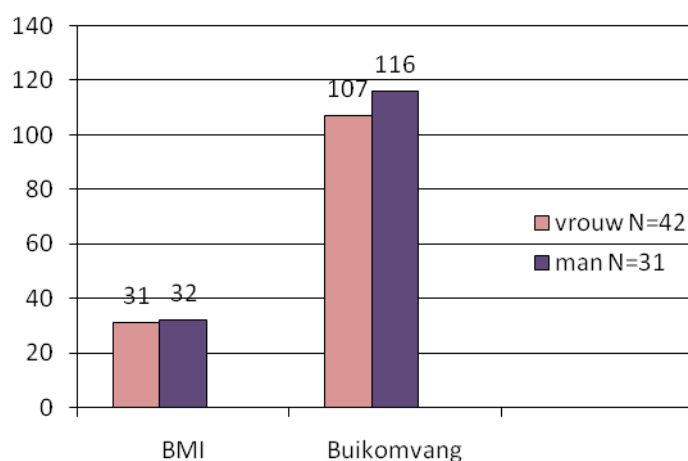
4.1.1 Baselinegegevens

In onderstaande tabellen worden de bevindingen van de baseline weergegeven (N=73).

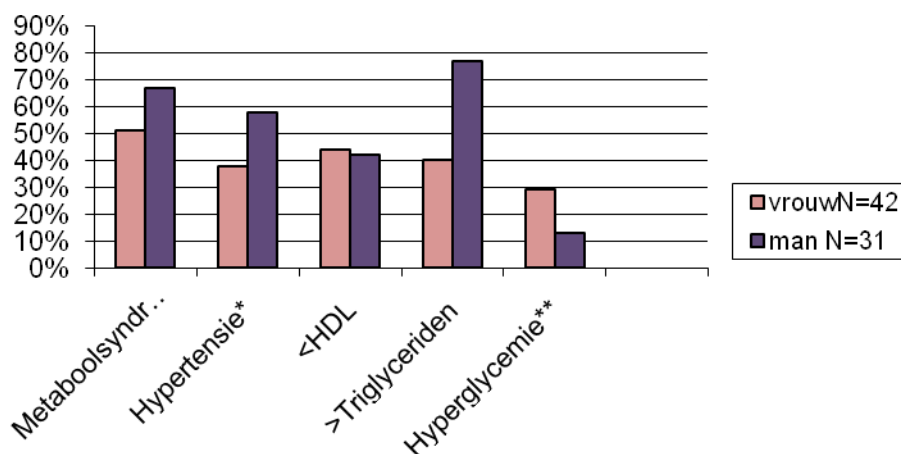
Inclusiecriteria:

- Risicovolle buikomvang : vrouw > 88cm man >102cm
- Ingeschreven patiënt bij TLP, Mauritzhof.

Tabel 1 Overzicht gemiddelde BMI en buikomvang bij baseline, TLP, Mauritzhof, 2009.



Tabel 2 Metabool syndroom en parameters bij baseline, TLP, Mauritzhof



* Extreme hypertensie (>180mmHg) N=3 (1man; 2vrouw)

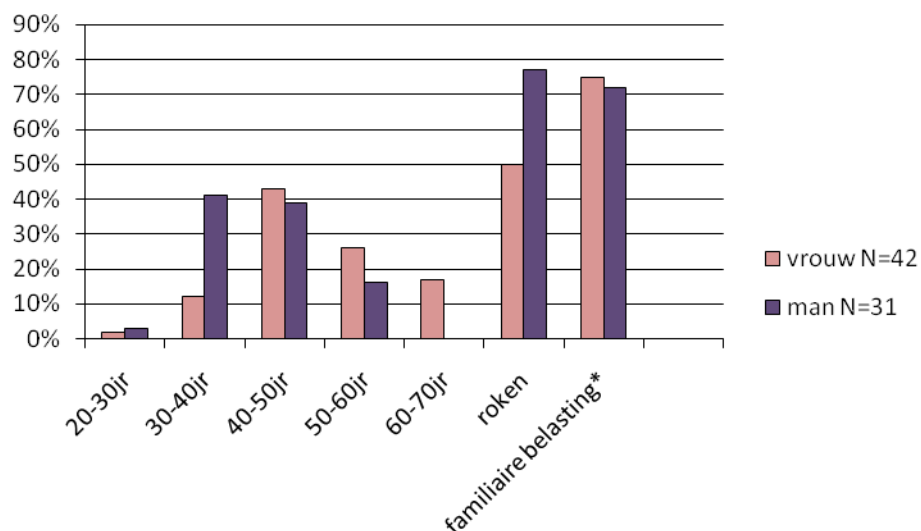
**Hyperglycemie waargenomen tijdens screening (Ingestelde diabeten hierin niet meegenomen N=2)

Bestaande diabetes: vrouw N=7 man N=2.

Tijdens screening hyperglycemie (6.1-6.9 mmol/l) opgespoord N=11 (8vrouw; 3man).

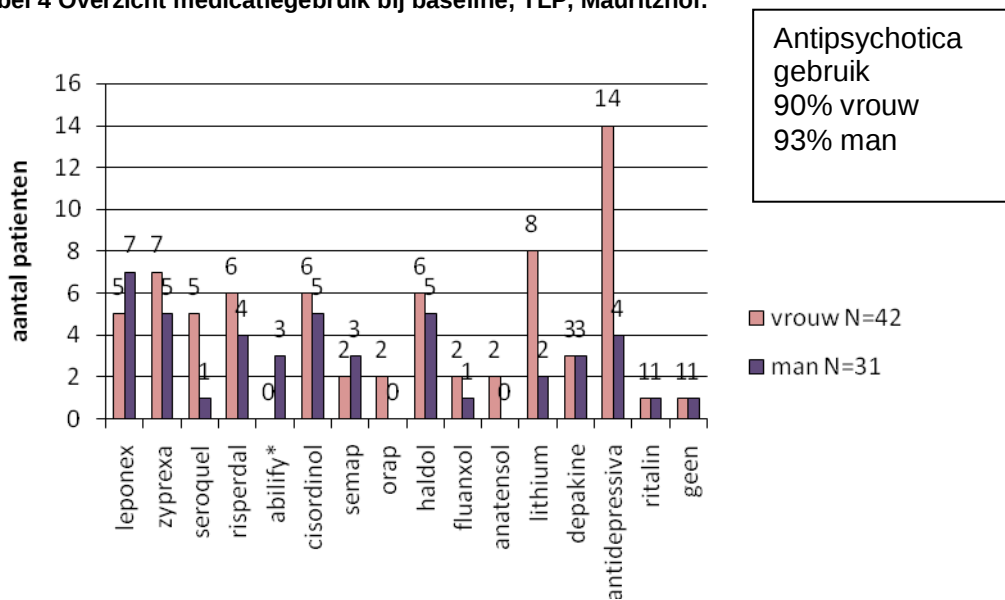
Enkele kenmerken

Tabel 3 Leeftijd, roken en familiale belasting, TLP, Mauritzhof



*Vrouw N=35 - Man N=25 (reden: onbekend of er sprake is familiere belasting)

Tabel 4 Overzicht medicatiegebruik bij baseline, TLP, Mauritzhof.



* Abilify als additief naast Leponex gebruik

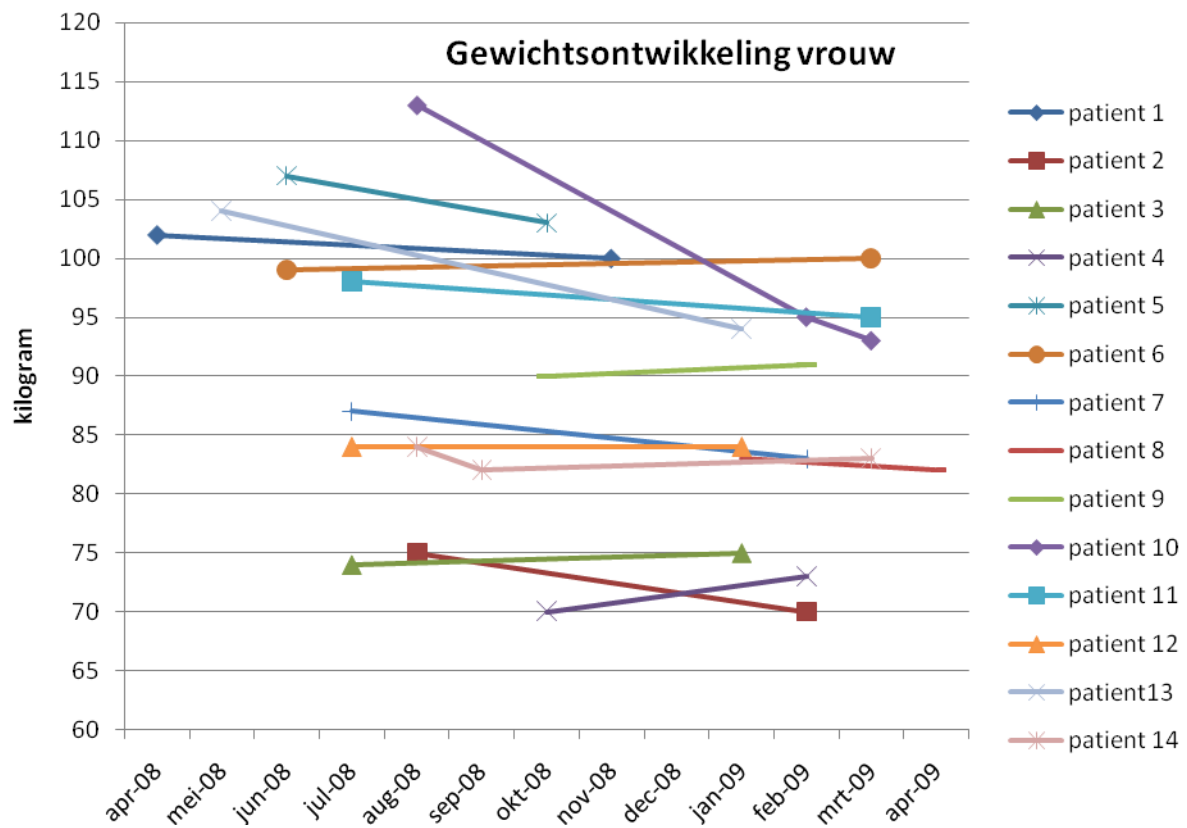
4.1.2 Follow-up gegevens

Bij een populatie van 29 patiënten (14 vrouwen en 15 mannen) heeft follow-up plaats gevonden.

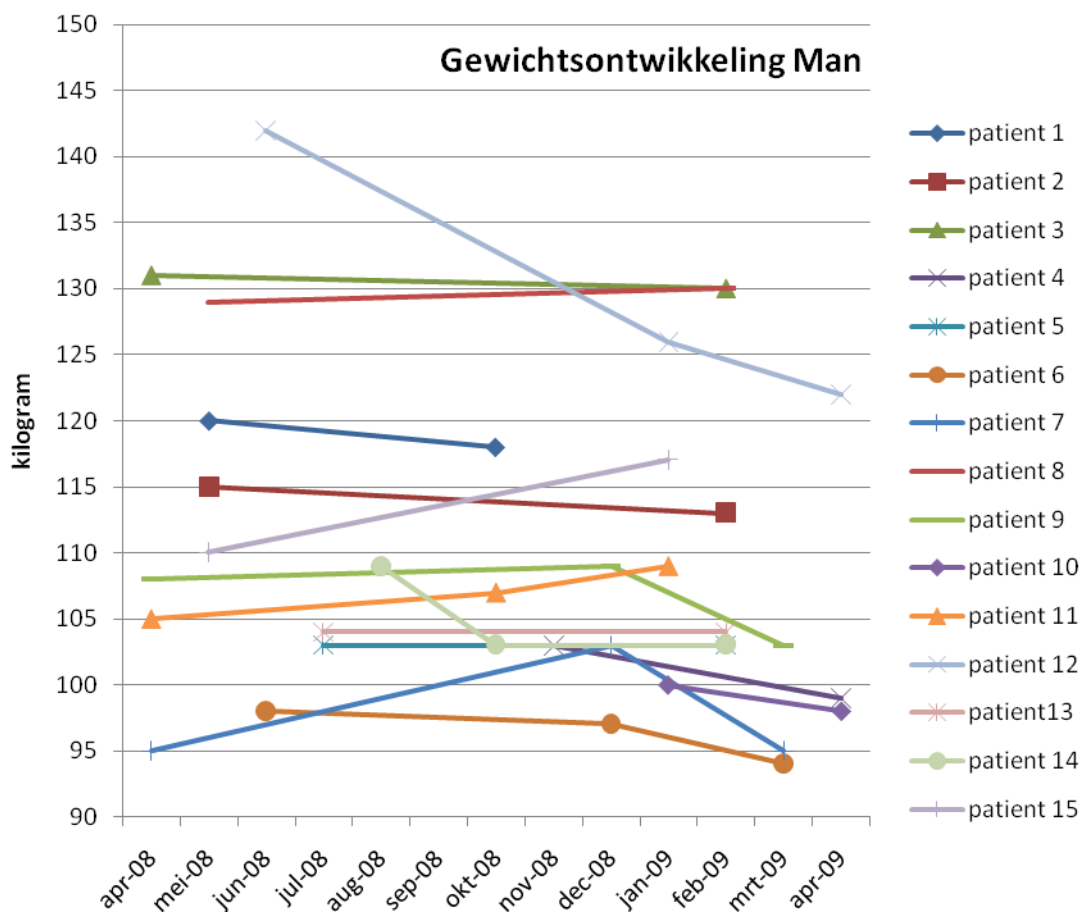
Inclusiecriteria:

- Een (dreigend) metabool syndroom.

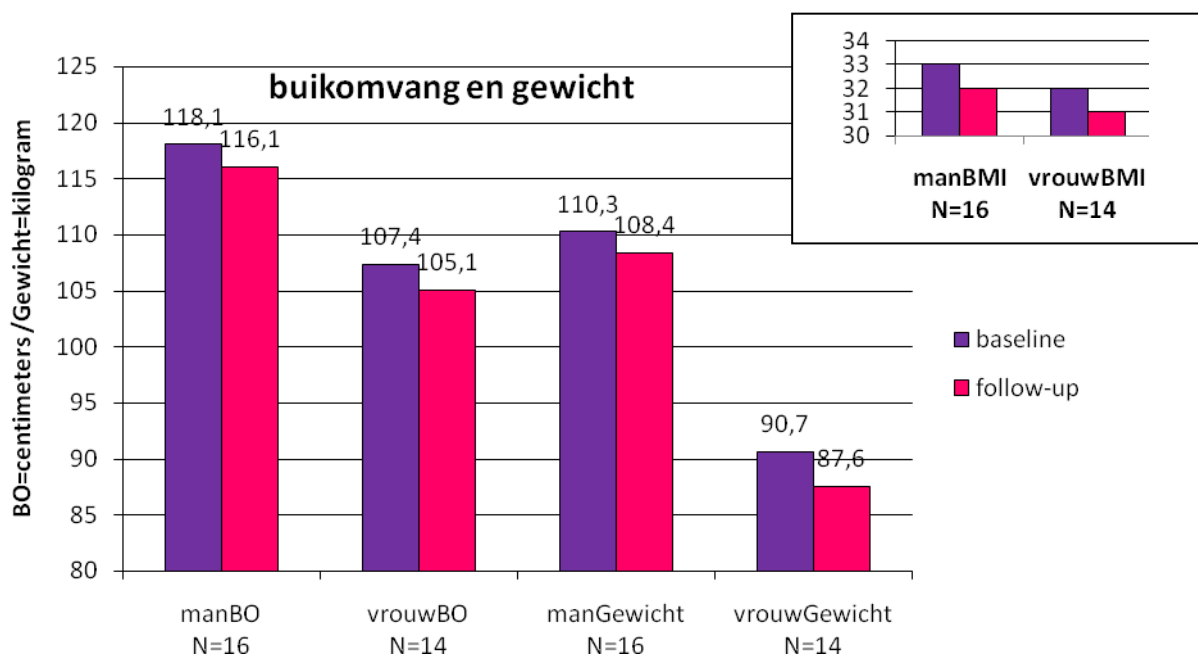
Grafiek 1 Gewichtontwikkelingen bij de vrouwen (N=14), TLP, Mauritzhof.



Grafiek 2 Gewichtontwikkelingen bij de mannen (N=15) , TLP, Mauritzhof



Tabel 5 Gemiddelde buikomvang, gewicht en BMI na follow-up, TLP, Mauritzhof.



Voor nadere analyse van bovenstaande resultaten zijn de interventies op maat in onderstaande tabellen weergegeven.

Interventies op maat

- 1= gebied voeding: educatie voeding
- 2= gebied voeding: educatie +folders+tips&tools
- 3= gebied voeding: educatie+folders+tips& tools+afpraak follow-up
- 4= gebied voeding: educatie+folders+tips&tools+meten gewicht op depotpoli
- 5= gebied voeding: educatie+verwijzen diëtiste
- 6= gebied beweging: voorlichting
- 7= gebied bewegen: uitbreiden bestaande activiteiten
- 8= gebied bewegen: nieuwe activiteit
- 9= gebied roken: educatie
- 10= gebied roken: bewuster roken
- 11= gebied roken: stoppen met roken
- 12= gebied alcohol : educatie
- 13= gebied alcohol: verwijzen specialistische hulp
- 14= voorlichting en educatie netwerk
- 15= huisarts
- 16= switchen van medicatie

Bij het vaststellen van interventies op maat wordt er gebruikt gemaakt van adviezen en richtlijnen van het voedingscentrum, hartstichting, NHG richtlijnen en adviezen van een diëtist die maandelijks aanwezig is op consultbasis. Bewegingsinterventies zijn gebaseerd op de landelijke norm (30 minuten bewegen per dag) en mogelijkheden patiënt. Bij klachten en/of bestaande afwijkingen is patiënt naar huisarts/ fysiotherapeut verwezen.

Tabel 6 Interventies gewichtsafname vrouwen (patiënten corresponderen met grafiek 1)

vrouwen	-kg	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
patiënte 1	-2kg				x			x							x		
Patiënte2	-5kg			x													
Patiënte5*	-3kg			x				x								x	
patiënte 7**	-4kg			x											x		
patiënte 8***	-1kg			x		x											
patiënte 10 ****	-18kg			x			x	x									
patiënte 11*****	-3kg				x			x							x		
patiënte 13 *****	-10kg			x		x			x							x	
patiënte 14	-2kg			x					x						x		

*Al bekende diabetes en onder behandeling bij huisarts

** Gestart met metformine. In februari 09 gestart met insuline

***Meerdere interventies in verleden geprobeerd. Verstandelijke beperking aanwezig. Al bekend met hypertensie en hypercholesterolemie. Nu prediabetes ontdekt.

****Huisbezoek: ingrediënten koelkast doorgenomen. Patiënte is etiketten gaan lezen. Hypertensie: niet medicinaal behandeld. Na afname gewicht is bloeddruk naar wenselijke waarde gedaald.

*****2 Maanden opgenomen. Bipolair beeld maakt volhouden lastig.

*****Tijdens screening waargenomen hypertensie; hypercholesterolemie en prediabetes. Via huisarts: antihypertensiva, orale anti-diabetica, statine, maandelijks naar diëtist en gestart met nordic walking.

Tabel 6 Interventies gewichtstoename vrouwen (patiënten corresponderen met grafiek 1)

vrouwen	kg	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Patiënte3*	1		x					x			x						
patiënte 4**	3			x				x									
Patiënte6***	1	x								x			x			x	
Patiënte9	1			x													
Patiënte12****	0			x												x	x

*In verleden al veel afgevallen. Bewuster gaan roken van 25 naar 10 per dag.

**Stemmingswisselingen, wil wel maar kan het niet vasthouden.

*** Niet gemotiveerd: hypercholesterolemie. Wil wel stoppen met roken maar gelooft niet dat zij dit kan

****Gaat naar internist. Doet veel aan leefstijl maar valt niet af. Gestopt met zyprexa(2,5mg per dag)

Tabel 7 Interventies gewichtsafname mannen (patiënten corresponderen met grafiek 2)

mannen	kg	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
patiënt 1*	-2kg			x				x									
patiënt 2	-2kg			x					x								
patiënt 3**	-1kg		x							x						x	
patiënt 4 ***	-4kg			x					x							x	
patiënt 6 ****	-4kg			x					x	x							x
patiënt 9	-2kg			x			x										
patiënt 10	-5kg			x				x		x						x	
patiënt 12 *****	-20kg			x					x								
patiënt 14	-5																

*Loopt al bij diëtist

** Niet gemotiveerd, aanwezige hypertensie en ernstig overgewicht. Toekomst clozapine overzetten.

***Verwijzing huisarts prediabetes nog geen medicatie. Gaan sporten(reguliere sportschool)

****Van clozapine naar abilify

*****Slikt geen medicatie is gaan sporten (reguliere sportschool) en minder gaan snoepen.

Tabel 8 Interventies Gewichtstoename mannen (patiënten corresponderen met grafiek 2)

mannen	kg	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
patiënt 5*	0		x					x		x							
patiënt 7 **	0				x				x			x	x				
patiënt 8***	1				x				x								
patiënt 11****	4		x						x							x	
patiënt 13	0			x						x		x					
patiënt 15*****	7			x						x							

*Psychotische component duidelijk aanwezig, is wisselend met leefstijl.

**Gestopt met roken, aangekomen, inmiddels weer afgevallen.

***Al veel geprobeerd, reguliere diëtist heeft niet geholpen.

****Dikke buik staat voor hem voor macht en sterkere positie, erkent wel dat het ongezond is. Duidelijke psychotische component.

*****Geopereerd aan knie: immobiel

4.2 Kwalitatieve analyse

Patiëntenervaringen in waardering en woorden

Tijdens de screening zijn patiënten geïnformeerd over de werkwijze van deze nieuwe dienst. Gevraagd is naar een reactie over deze nieuwe dienst. De reacties zijn als opmerking in Excel toegevoegd. Vanaf januari 2009 is naar een waardering in cijfers gevraagd (op een schaal van 0-10). Hieruit is een score van 8,8 (N=28) gekomen.

Uit dit deelonderzoek kwamen de volgende onderstaande reacties/ opvattingen van patiënten naar voren:

Ervaringen

- Biedt een handvat om verdere actie te ondernemen (N=2).
- Educatie met folders is duidelijk (N=3).
- Steunend en motiverend (N=3).
- Praktische tips (N=5).
- Frequentie van de follow-up contacten zijn te laag (N=3).

Letterlijke citaten:

- “De ernst maar toch het gevoel dat ik er nog wat aan kan doen (hoop) stimuleert mij niet zoveel meer te snacken”.
- “Doordat het beter met mij gaat, ik weer werk en eigen huis heb, ik beter voor mijzelf ben gaan zorgen”.
- “Ik wist helemaal niet dat mijn eetpatroon zo ongezond was”.
- “Het feit dat iemand eens zei dat ik af moet vallen heeft mij geholpen. Nog nooit heeft iemand dat zo gezegd”.
- “Ik geloof je best maar het lukt mij toch niet”.
- “Mag ernstiger neergezet worden maar wel hoop blijven bieden”.
- “Goed dat er aandacht voor is”.
- “Het gezondheidsrisico doet mij beseffen dat ik iets moet veranderen”.
- “Het geeft mij een stok achter de deur”.
- “Stimuleert mij om niet te snoepen”.
- “Goed dat er aandacht hiervoor aandacht is, ik zie altijd veel dikke mensen hier”.
- “Ik wist ook eigenlijk wel dat ik wat af moest vallen”.
- “Ik voel mij stukken actiever nu ik meer sport”.
- “Ik ging laatst fietsen en ik kwam fitter terug, dat snap ik niet”.
- “Toen die ene kilo eraf was kreeg ik meer vertrouwen dat ik het kon”.
- “Ik weet dat ik gezondheidsrisico loop met mijn gedrag maar ik neem dat risico met mijn volle bewustzijn”.

Reacties van collega's (citaten)

- “Lijkt net of die extra aandacht voor leefstijl hem in actie heeft gezet”.
- “Ik let er nu zelf ook meer op, laat het vaker terug komen in het gesprek”.
- “Ik weet niet of het wat uitmaakt, er is al zoveel geprobeerd bij patiënte x”.
- “In het hele team is het meer gaan leven”.
- “Het is goed dat een ander het een keer zegt”.
- “Jammer dat er niet meer ruimte is om actiever de patiënten op te zoeken”.

Hoofdstuk 5 Discussie, Conclusie en Aanbevelingen

5.1 Discussie

Omschrijving van de bevindingen

In dit descriptieve onderzoek bij de patiënten van TLP (N=73) zijn flinke afwijkingen op de metabole parameters gevonden welke overeenkomen met de bevindingen uit de literatuur (Hert, 2006; Oven 2008). Het percentage patiënten dat voldoet aan de criteria voor het metabool syndroom is hoog.

Opvallend is het aantal vrouwelijke patiënten met een hyperglycemie of bestaande diabetes. Verklaarbaar is dit door de hogere leeftijd van de vrouwen. Vooral bij oudere patiënten met schizofrenie ontwikkelt een hoog percentage diabetes (Hert, 2006). Ook valt op dat er een hoge familiale belasting is onder de groep patiënten met afwijkingen op de metabole parameters.

Bij de onderzochte populatie van de TLP na follow-up (N=29) is door diverse patiënten gezondheidswinst geboekt: vooral afname van BMI. Ook is er één patiënt gestopt met roken en zijn drie patiënten dit minder gaan doen. Over de andere parameters worden geen resultaten weergegeven. Dit vanwege een te kleine onderzoeksgroep waarbij de toevalkansen te groot zijn.

Onder de afvallers zijn er een aantal uitschieters. Bij de mannen zou dit verklaarbaar kunnen zijn door het niet gebruiken van medicatie. Bij de vrouwen gaat dit niet op. De patiënte die veel lichaamsgewicht is kwijtgeraakt gebruikt leponex, weliswaar in lage dosering. Relatie tussen de klassieke en atypische antipsychotica is minimaal. Wel opvallend is het hoge aantal vrouwelijke patiënten met een antidepressivum als additief naast antipsychotica gebruik.

Er is een hoge score op de interventie: educatie over voeding, folders, tips&tools en follow-up afspraak. Bij de afvallers is er een hogere score in vergelijking met de patiënten die zijn aangekomen. Het motivatieniveau bevindt zich in de voorbereidende fase bij deze interventie. Zonder initiatief vanuit de patiënt wordt er geen kaart met tips&tools opgesteld.

Mogelijke voorspellers voor het slagen van leefstijlveranderingen uit dit onderzoek zijn; het hebben van veel overgewicht; al aanwezige interesse rondom leefstijl (voorbereidingsfase); aanwezigheid van twee of minder risicovolle leefstijlen; enkelvoudige farmacotherapie en ernstig gezondheidsrisico waarvoor verwijzing naar huisarts noodzakelijk is. De vrouwen zijn gemiddeld meer afgevallen dan de mannen.

Voorspellers van stabilisatie of toename van gewicht lijken samen te hangen met een (ernstige) psychotische component, polyfarmacy, meerdere risicovolle leefstijlen tegelijkertijd aanwezig en geen interesse voor leefstijl (voorbeschouwingsfase).

Ethische overwegingen

De gegevens zijn allen geanonimiseerd. Patiënten zijn van te voren op de hoogte gesteld van het vastleggen en anonimiseren van de gegevens in een Excel bestand zodat hieruit studiemateriaal kon worden gehaald. Geen enkele patiënt heeft bezwaar geuit.

Schadelijke effecten voor patiënten dienen zoveel mogelijk te worden uitgesloten. Patiënten zouden kunnen schrikken van de risico's van de bijwerkingen en stoppen met de medicatie waardoor de kans op een psychotische terugval aanwezig is.

Voor de screening is altijd overleg geweest tussen de behandelaar van de patiënt. Tijdens dit gesprek is er een inschatting gemaakt van de meerwaarde en mogelijk effect van de screening. Er zijn geen patiënten bekend die gestopt zijn met hun antipsychotische medicatie.

Als een patiënt niet mee wilde werken aan de screening werd nagegaan wat de weerstand was. Uitleg over het gezondheidsrisico werd wel gegeven. Eén patiënt met risicovolle laboratoriumwaarden vertelde het gezondheidsrisico te willen nemen. De psychiater is op de hoogte gesteld. Bij blijvende weigering vanuit een oordeelsbekwame toestand zal deze keuze gerespecteerd moeten worden.

Opmerkelijk was wel dat een aantal patiënten (N=3) geen screening wilde maar na enige tijd toch contact zochten om een afspraak te maken. Bij het eerste telefonische contact vond gezondheidsvoorlichting (uitleg risico's) plaats.

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Het betreft een relatief kleine onderzoekspopulatie, hierdoor is generalisatie naar een bredere populatie niet aan de orde. De hoeveelheid variabelen binnen de onderzochte populatie maakt dit onderzoek niet geschikt voor het leggen van correlaties tussen oorzaak en gevolg. Wel geeft het een overzicht van de hoeveelheid variabelen, de praktijk en impliceert het verder onderzoek.

Betrouwbaarheid en validiteit van de metingen

De betrouwbaarheid van de meetinstrumenten is gewaarborgd door het gebruik van dezelfde weegschaal en buikomvangmeter. Er is gewogen met kleding zonder schoenen, hiervoor is er standaard 1 kg in mindering gebracht.

De bloeddrukmeting is verricht volgens de richtlijn van de NHG Cardiovasculair management. Voor mensen met grote armomvang is gebruik gemaakt van een grotere meetband.

De medicatie is genoteerd tijdens gesprek met de patiënt. Deze zijn nadien allemaal gecheckt in het Elektronisch Patiënten Dossier. Opvallend was dat patiënten beduidend minder medicatie opnoemde dan in het EPD vermeld stond.

De gewichtsontwikkeling is door een onafhankelijk persoon gecontroleerd.

De citaten en opmerkingen zijn genoteerd als opmerking binnen het Excel bestand. Ook zijn geslaagde interventies en/ of complicerende factoren op deze manier bijgehouden.

Er heeft triangulatie plaatsgevonden tijdens de literatuurstudie: vanuit meerdere invalshoeken is naar de problematiek en oplossing gekeken.

De onderzoeker: nurse practitioner in opleiding, heeft een achtergrond als A-Verpleegkundige, Hbo-Vv, MGZ-GGZ en zit nu in afronding van de MANP. Zij heeft voor aanvang van de polikliniek metabole bijwerkingen en lifestyle coaching een stage gevolgd van ongeveer 60 uur bij een somatisch arts binnen de GGZ.

Complicerende factoren bij de uitvoering van het praktijkonderzoek

Een effectieve en efficiënte vorm van verslaglegging is complex gebleken. Binnen het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) is hierover begin 2009 pas consensus bereikt. De oorzaak hiervan lag in het statische karakter van het EPD, de bestaande tabbladen bieden onvoldoende ruimte voor verslaglegging voor de screening. Naast het EPD is er gekozen voor een patiëntenoverzicht in Excel. Dit was in december 2008 operationeel. De al aanwezige gegevens zijn overgezet.

Het coördineren van het laboratoriumonderzoek bleek lastig. Verschillende laboratoria, niet nuchter zijn en onvolledige gegevens hebben voor belemmeringen gezorgd. Niet altijd waren de juiste gegevens beschikbaar. Laagdrempelig contact met het laboratorium en overleg voor afstemming met de medicus heeft het proces verbeterd.

Vanaf mei 2009 komt er binnen Symfora een nieuw laboratorium protocol voor alle antipsychotica. Hierdoor zal er ook meer afstemming ontstaan.

Afstemming met de arts en psychiater verliep soms moeizaam door personeelstekort en ad hoc afspraken. Ook de structuur van het overleg heeft zich moeten vormen. Het

totaaloverzicht in Excel heeft dit versoepeld. De nurse practitioner heeft extern ook overleg en consultatie gehad over de behandeling van metabole problematiek bij deze groep patiënten. Binnen eigen afdeling ontbrak de kennis hierover en de huisarts van de patiënt zag soms (nog) geen reden voor behandeling.

Communicatie met huisartsen verliep niet altijd zoals gewenst. Huisartsen zijn over het algemeen verbaasd dat de psychiatrie zich met deze problematiek bezighoudt en zijn onvoldoende op de hoogte van de extra risico's van deze doelgroep. Een informatiebrief (bijlage 3) en telefonisch contact heeft enige weerstand weg kunnen werken. Dit blijkt uit een toename van telefonische contacten vanuit de huisartsen en tevredenheid van patiënten (N=4) over behandeling van de huisarts na verwijzing.

Taalbarrières en verschillende gewoontes van een cultuur vormden een barrière. De al aanwezige verhoogde aanleg voor diabetes bij Marokkanen en Hindoestanen naast hun veelal zoete eetpatroon zijn soms moeilijk bespreekbaar. Er zijn binnen de polikliniek nog geen Arabische folders aanwezig. Dit verdient aandacht.

Redenen van afwijkende procedure voor follow-up

Niet alle patiënten met een (dreigend) metabool syndroom zijn gevolgd. Redenen hiervan zijn:

Niet verschenen op follow up	N=2 (1vrouw; 1 man)
Psychotisch	N=3 (3 man)
Ernstig depressief	N=1 (vrouw)
Opname ziekenhuis/GGZ	N=2 (1 vrouw en 1 man)
Al bestaande diabetes zorg	N=4 (3 vrouw en 1 man)

Er dient te worden opgemerkt dat een metabool syndroom ook aanwezig kan zijn bij patiënten zonder een risicovolle buikomvang (Oven, 2008).

Inschatten van de motivatie voor samenwerking om te komen tot interventies op maat

De theorie van motivational interviewing (Miller; Rollnick, 2002) ondersteunt bij het aansluiten op het motivatie niveau van de patiënt. Als hulpverlener kun je elementen eerder herkennen zoals wensen, weerstand en ingaan op de discrepantie hiertussen. Als hulpverlener kun je de patiënt ondersteunen een stap verder te zetten in het overwegingproces. Dit begint bij bewustwording waarbij de polikliniek een essentiële rol vervult. Essentieel blijft het aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van de patiënt.

Het inschatten van het niveau van motivatie gebeurde op basis van het inzicht en de weerstand (voorbeschouwingsfase); discrepantie tussen wensen en huidig gedrag (overpeinzingsfase); het zelf kunnen benoemen van leefstijlwijzigingen (voorbereidingsfase); actie en resultaat (actiefase en gedragsbehoud). De laatste fase, het consistent naleven van leefregels, is voor patiënten met schizofrenie een zware opgave. Negatieve symptomen zoals initiatief verlies en affectvervlakking en positieve symptomen zoals wanen en hallucinaties zijn vaak spelbrekers in het doen slagen van langere inspannende behandeltrajecten.

Beoordelen psychiatrisch toestandsbeeld

Uit ervaring is gebleken dat bij een aantal chronisch psychotische mensen educatie niet goed binnenkomt. Zij raken hiervan in paniek of, slaan door in extreem gedrag of willen stoppen met de medicatie. Het betreft een kwetsbare groep patiënten. Keuzes voor interventies dienen weloverwogen plaats te vinden, iedere keer opnieuw.

Wel moet er gewaakt worden voor ondervraging. Denken dat de patiënt er niet op zit te wachten is een vorm van self-fulfilling prophecy. De chronisch psychotische patiënt loopt soms ernstige gezondheidsrisico's en heeft last van zijn ongezonde gedrag. Het continu onder de aandacht blijven brengen van verantwoorde leefstijl door de eigen behandelaar is van hoge prioriteit bij deze doelgroep.

Rol van het netwerk

Punt van aandacht is het netwerk van de patiënt. Bij patiënten die met familie, huisgenoten of in een begeleide woonvorm (RIBW) wonen heeft het netwerk een essentiële rol bij het stimuleren van de patiënt naar een meer verantwoorde leefstijl. Er zijn binnen de polikliniek verschillende patiënten gezien met (ernstig) gezondheidsrisico die niet weten hoe zij veranderingen kunnen aanbrengen. De patiënt wil wel maar weet niet hoe, een uitgesproken kans.

Rol van de verpleegkundige

De rol van de verpleegkundige is zeer belangrijk (Usher, 2006). De verpleegkundige heeft een belangrijke taak op de gebieden van attitude, methodiek, voeding, beweging en medicatie rondom de verpleegkundige zorg aan patiënten met psychiatrische stoornissen en overgewicht (zie bijlage 4).

Verpleegkundigen lijken zich hiervan echter onvoldoende bewust. Dit blijkt uit de reacties van patiënten, indrukken van niet- verpleegkundige collega's (bijvoorbeeld van het facilitair

management) en ook uit de literatuur is bekend dat verpleegkundigen het moeilijk vinden bepaald ongezond gedrag bespreekbaar te maken (Brown, 1999). Overgewicht en roken onder verpleegkundigen in de psychiatrie is (duidelijk) aanwezig. Dit komt vanuit eigen observatie en gesprekken met collega's werkzaam binnen de psychiatrie. Of dit meer is dan in andere werkvelden is niet onderzocht.

Procesimpressie van de implementatie binnen TLP

Binnen het team van TLP is er sprake van een redelijke mate van specialisering (sociale psychiatrie), hoge mate van professionaliteit (gespecialiseerd verpleegkundigen), zelfstandigheid en er was ondersteuning vanuit het management voor het opzetten van een polikliniek. Van deze items is bekend dat dit bijdraagt aan de innovativiteit van een organisatie (Grol, 2006).

Bij de start van de polikliniek is gekeken naar de interne communicatie en betrokkenheid. Er is gekozen voor een presentatie over veelvoorkomende somatische comorbiditeit, de ernst hiervan en opzet van werkwijze van de polikliniek metabole bijwerkingen en lifestyle coaching.

Betrokkenheid is gestimuleerd door collega's zelf aan het werk te zetten. Hier is gevraagd de buikomvang van de patiënten uit eigen caseload te meten. Dit heeft uiteindelijk meerdere functies gehad: de medewerker is zijn eigen buik gaan meten (bewustwording) en door het meten van de buikomvang van de patiënt werd het gesprek aangegaan over de risico's. De ervaring is wel geweest dat er een aantal collega's gestimuleerd moesten worden.

Somatiek en leefstijl is een vast onderdeel geworden binnen het bespreken van het behandelplan. De conclusie van de screening wordt doorgenomen tijdens de behandelplan bespreking.

In april 2008 is er organisatiebreed een wedstrijd georganiseerd voor een gezondere leefstijl onder werknemers. Met 10 collega's heeft TLP meegedaan. Op de gebieden van Beweging, Roken, Alcohol, Voeding en Ontspanning (BRAVO) zijn er doelen geformuleerd. Deze zijn geëvalueerd in een eindverslag en de afdeling TLP heeft hiermee gewonnen. Sporten, bewuster eten, minder roken en alcohol en op tijd je pauze nemen hebben meer aandacht gekregen binnen TLP.

Financiële implicaties somatische monitoring

De polikliniek is uit projectgeldten van de MANP-subsidie gefinancierd.

Binnen de Diagnose Behandel Combinaties (DBC) zal deze zorg moeten worden opgenomen. De zorg wordt hierdoor niet goedkoper maar het verhoogd de

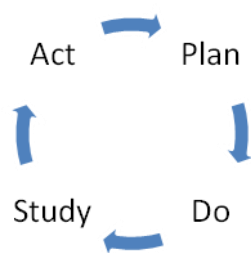
patiëntentevredenheid, voldoet aan wettelijke criteria en verhoogd de kwaliteit van de hulpverlening. Met de invloed van marktwerking binnen de zorg dien je het zorgaanbod aantrekkelijk te maken en van kwaliteit te voorzien.

Over kosten en baten vallen nog geen heldere uitspraken te doen. Hiervoor is meer onderzoek nodig. Aannemelijk is natuurlijk wel dat voorkomen van somatische comorbiditeit uiteindelijk kostenbesparend zal zijn.

Evaluatie van het innovatieproces

Voor het opzetten van de polikliniek is de PDSA -cyclus als leidraad gebruikt.

Het is een hulpmiddel voor het uitzetten van een zorgverbetering om kwaliteit van zorg te vergroten.



Figuur 1 PDSA-cyclus van Nolan

Er is gekozen voor deze snelle verbetercyclus van Nolan omdat het structuur geeft aan de veranderingsprocessen en uitermate geschikt is om concrete verbeteringen te implementeren. De doelstelling “gezondheidsverbetering voor patiënten in de Transmurale Langdurige Psychiatrie”, leende zich er goed voor om deze snelle verbetercyclus in te zetten. De individuele patiënt vormt het centrale uitgangspunt binnen dit dynamische proces waarbij in de praktijk naar oplossingen moet worden gezocht.

Specifieke rol van de nurse practitioner

De nurse practitioner is de aangewezen persoon om het gat tussen de medische wereld en verpleegkunde met elkaar te verbinden. Met haar specialistische kennis is zij in staat naar het totaal te kijken van veelal een variabiliteit van complexe problemen. Zij inventariseert de psychiatrische problematiek en maakt een weloverwogen inschatting van de draagkracht van de patiënt. Zij weet welke bijwerkingen specifiek voor het betreffende middel staan, observeert en vraagt dit uit. Wanneer een middel onbekend is kan zij dit snel achterhalen. Zij is een gedegen en kritische gesprekspartner naar de medisch specialist en andere collega's en waakt voor de continuïteit van zorg. Zij kan op indicatie een volledig lichamelijk onderzoek verrichten en verwijst indien nodig.

Daarnaast kan zij gezondheidsrisico's inschatten en samen met de patiënt een behandeling afstemmen. Zij waakt voor medicalisering maar ziet erop toe dat de patiënt ook niet onnodig hoeft te lijden. Zij ziet erop toe dat er kwaliteit van zorg is en dat deze gewaarborgd blijft.

Toekomst van de polikliniek "metabole bijwerkingen en lifestyle coaching"

De polikliniek gaat gecontinueerd worden. De nurse practitioner zal voor 16 uur op de polikliniek werkzaamheden verrichten. Vanaf april 2009 is er een diëtist voor 4 uur per maand aanwezig. Het inzetten van deze diëtist is een pilot en zal in augustus 2009 worden geëvalueerd.

Alle patiënten zullen jaarlijks een screening ondergaan ongeacht een eventuele risicovolle buikomvang.

TLP komt hiermee tegemoet aan de prestatie-indicator, Somatische zorg, waarbij deze voor iedere ingeschreven patiënt omschreven moet zijn. Het levert een bijdrage aan de kwaliteit van zorg, ontwikkeling van medewerkers (verpleegkunde), het maakt de zorg zichtbaar Routine Outcome Metingen (ROM) en het is vernieuwend (innovatie).

5.2 Conclusie

De screening draagt bij aan het inzichtelijk maken van de metabole risico's bij patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen en antipsychotica gebruik. Er zijn verschillende mogelijkheden voor het aanpakken van deze metabole risico's echter is het effect hiervan minimaal terug te vinden in wetenschappelijke publicaties.

Dit onderzoek toont aan dat leefstijlinterventies al dan niet in combinatie met somatische farmacotherapie of switchen van antipsychotische medicatie lichaamsgewicht kan reduceren.

Verpleegkundigen en artsen hebben een belangrijke rol bij het signaleren en behandelen van de somatische complicaties. Aandacht voor een verantwoorde leefstijl, naast eventueel medisch ingrijpen, dient ten allen tijde aandacht te krijgen (Cahn et al., 2008; Henderson et al., 2006). De patiënt die kampt met de symptomen van zijn psychiatrische problematiek en de bijwerkingen van de psychofarmaca zal uitgedaagd moeten worden ook wat met zijn leefstijl te doen.

De resultaten zijn goed en bieden hoop. Patiënten lijken zich meer verantwoordelijk te voelen voor hun lichamelijke gezondheid dan de hulpverlener denkt. Patiënten willen hierin ook daadwerkelijk investeren hoe moeilijk dat soms ook is. Zorgen voor je lichaam is concreet en tastbaar, dit in tegenstelling tot hun psychiatrische problemen.

Binnen de psychiatrie wordt veelal onderschat hoeveel hinder de patiënt zelf ondervindt van zijn ongezonde leefstijl, wat de invloed is van een gezondere leefstijl en wat de invloed hierin is van de hulpverlener. Dit zal meer aandacht moeten krijgen.

Patiënten bewust maken, motiveren met behulp van technieken van motivational interviewing en samen met de patiënt (en/of diens netwerk) komen tot interventies op maat biedt perspectief.

5.3 Aanbevelingen

Specifieke aanbevelingen voor de polikliniek metabole bijwerkingen en lifestyle coaching:

- Verdere ontwikkeling follow-up voor lifestyle coaching.
- Structureel in kunnen zetten van diëtist.
- “Up to date” bijscholing nurse practitioner (meetinstrumenten/ bewegingsstoornissen-onderzoek/ farmacotherapie).
- Invoeren van en gebruik maken van meetinstrumenten (bijvoorbeeld HONOS; Lunsers).
- Uitbreiden en verder ontwikkelen van sport en bewegingsmogelijkheden binnen de Mauritzhof. Starten lotgenotengroepen.
- Uitbreiding met farmacotherapie. Bij de realisatie van de registratie Verpleegkundig Specialist (VS) art.14 zullen er binnen de eigen specialisatie mogelijkheden ontstaan voor continuering en fine-tuning van geprotocolleerde farmacotherapie. Dit houdt in dat de VS intensief patiënten kan begeleiden met het zoeken naar de grenzen van het effect van de medicatie en minimaliseren van de bijwerkingen (farmacotherapie op maat). Ook kan zij een eventueel switchen van medicatie intensiever begeleiden.

Generieke aanbevelingen

- Implementatie consensusdocument: “Verpleegkundige zorg bij patiënten met psychiatrische problematiek en overgewicht”, Symfora groep.
- Opnemen van een leefstijlanamnese binnen de systematische screening van somatische stoornissen.
- Meer aandacht binnen de opleiding tot GGZ-verpleegkundige voor somatische bijwerkingen en leefstijl bij patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen.
- Longitudinaal onderzoek naar de invloed en compliance van lifestyle interventies en follow-up bij patiënten met psychiatrische problematiek.

Nawoord

14 juni 2009, 15:42 uur, finish van de marathon van Amersfoort. Nooit gedacht dat ik een marathon zou kunnen lopen, wel van gedroomd. De weg er naar toe was zwaar maar uitdagend. Persoonlijk haalbare trainingen en deze weer aanpassen bij blessures. Samen met de aanmoediging en adviezen van mijn familie, vrienden en hardloopteam groeide het vertrouwen in mijn eigen kunnen. Het behalen van het doel, de marathon, was geweldig, een enorme kick!

Juist dit hebben mensen met een psychiatrische stoornis en veelal andere gezondheidsrisico's ook nodig: geloven in jezelf en ervaren dat er uitdagingen en mogelijkheden zijn. Ik zie hier een belangrijke rol weggelegd voor de hulpverlening. Wij hebben ook de taak de patiënt weer te laten geloven in zichzelf en te laten ervaren dat er hoop is.

Voor die andere marathon, de opleiding Master Advanced Nursing Practice, is de finishlijn ook in zicht gekomen. Ik wil mijn lieve familie en vrienden bedanken voor hun steun en enthousiasme. In het bijzonder dank aan: Roland van de Sande voor zijn opbouwende, deskundige en plezierige begeleiding gedurende dit traject. Ruud Wind, mijn mentor, voor zijn geloof in mij. Carel Manschot, medisch mentor, voor zijn ervaren en kundige blik. Jaap Wouda, voor de leerzame stage. Mariëlle de Ruijter en Remco Boerman voor het goede voorbeeld. Mijn klasgenoten voor het delen van de studie(druk)ervaringen. Martine Ganzevles voor haar kritische blik. Marjolein Helleman, Wubbien Wesselink, Martine Haafkens voor het meelezen en Barbra van Dijk voor het stoeien met Excel. Ook wil ik Sabine Drost bedanken voor haar enthousiaste en netwerkende ondersteuning. Ik wil mijn collega's van TLP bedanken voor hun medewerking en ondersteuning tijdens mijn opleiding en de ruimte voor ontwikkeling. Als laatste wil ik de patiënten van TLP bedanken voor hun deelname aan de polikliniek en de motiverende resultaten die zij hebben geboekt.

Bedankt!

Sonja

Literatuurlijst

- Appelo M., Louwerens W.J., Van Vries I. (2005). Minder zwaar met psychofarmaca. Pilot study naar de effecten van een nieuw gezondheidsprogramma. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 60, 411-427.
- Alberti, K.G.M.M., Zimmet P.Z. (2008). Should we dump the metabolic syndrome? :No *British journal of medicine* 336, 640-641.
- American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity. (2004). Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes. *Diabetes Care* 27, 596-601.
- Assies J. Eggelte T.A. (2007). De rol van (omega)vetzuren in de bouw en functie van membranen. *Psyfar*.
- Beebe H. (2008). Obesity in Schizophrenia: Screening, Monitoring and Health Promotion. *Perspectives in Psychiatric Care. No.1*.
- Bhattacharjee J, El-Sayeh H.G. (2008). Aripiprazole versus typicals for schizophrenia. Cochrane Database Systematic Review. *Online webbased*, 23(1).
- Blokstra A., van Dis S.J., Verschuren WMM. (2008). *Effect van leefstijlinterventies bij patiënten met hart- en vaatziekten of hoog risico*. Nederlandse Hartstichting, Den Haag.
- Bowen D., Ehret C., Pedersen M., Snetselaar L., Johnson M., Tinker L., Hollinger D., Lichty I., Bland K., Sivertsen D., Ocken D., Staats L., Beedoe J. W. (2002). Results of an adjunct dietary intervention program in the Women's Health Initiative. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(11), 1,631-1,637.
- Brown S., Birtwistle, J., Roe L., Thompson C. (1999). The unhealthy lifestyle of role with schizophrenia. *Psychological medicine*, 697-701.
- Britt, E., Hudson, Blampied. N.M. (2003). Motivational Interviewing in health settings: a review. *Patient Education and Counseling*, 53(2), 147-15.

- Cahn, W., Ramlal R., Bruggeman R., De Haan L., Scheepers F.E., Van Soest M.M., Assies J., Slooff C.J. (2008). Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychotica gebruik. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 50(9), 579-591.
- Evans S., Newton R. and Higgins S. (2005). Nutritional intervention to prevent weight gain in patients commenced on olanzapine: a randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 3 (6), 479-486.
- Faulkner G., and Cohn T.A. (2006). Pharmacologic and nonpharmacologic strategies for weight gain and metabolic disturbance in patients treated with antipsychotic medications. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(8), 502-511.
- Gale, M.A. (2008). Should we dump the metabolic syndrome? :Yes. *British journal of medicine*, 336, 640-641.
- Gool van, R. (2006). Risicotaxatie en voegsignalering somatische comorbiditeit bij schizofrenie. *Academie voor Gezondheidszorg*, Utrecht.
- Henderson C., Borba C.P., Louie P., Taber S., Goff D. (2006). Dietary Intake Profile of Patients with Schizophrenia. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18(2), 99-105.
- Hert M., De. Winkel R., van, Eyck D., Van, L., Hanssens, M., Wampers, A., Scheen, and Peuskens J. (2006). Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia treated with antipsychotic medication. *Schizophrenia Research*, 83(1), 87-93.
- Littrell, K.H., Hilligoss, N.M. Kirshner, C.D., Petty, R.C., and Johnson, C.G. (2003). The effects of an educational intervention on antipsychotic-induced weight gain. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 237-241.
- Mauri M., Simoncini M., Castrogiovanni S., Iovieno N., Cecconi D., Dell'Agnello G., Quadrigli M., Rossi A., Donda P., Fagiolini A., and Cassano G.B. (2008). A psychoeducational program for weight loss in patients who have experienced weight gain during antipsychotic treatment with olanzapine. *Pharmacopsychiatry*, 41, 17-23.

- McEvoy, J.P. et al. (2005). Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: Baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophrenia Research*, 19-32.
- Miller, R., & Rollnick, S. (2002). Motivational Interviewing, Preparing people for change. *The Guilford Press*, New York.
- Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie (2005). *Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Nederlandse hartstichting (2008). *Review; Effect van leefstijlinterventies bij patiënten met hart- en vaatziekten of hoog risico*. Den Haag: Nederlandse Hartstichting.
- Oven van J.W., Doormaal van J.J., Slooff C.J., Withaar F., Klaver-Ritsma A.P., Bakker S.A., Wolff P.G.R. (2008). Somatisch medische interventies bij schizofreniepatiënten; Een praktische handleiding. Den Haag: Schizofreniestichting.
- Planije, M., Smits C. (2006). Inventarisatie van 'best practices' voor GGZ cliënten met co-morbide somatische diagnose. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Richtlijn van National Cholesterol Education Program criteria (NCEP). (2001). Adult Treatment Protocol, ATPIII.
- Steinberg M.L., Ziedonis D.M., Krejci J.A., Brandon T.H. (2004). Motivational Interviewing With Personalized Feedback: A Brief Intervention for Motivating Smokers With Schizophrenia to Seek Treatment for Tobacco Dependence, 72(4), 723-8.
- Tidemalm D., Waern M., Stefansson C., Elefsson S., Runeson B. (2008). Excess mortality in persons with severe mental disorder in Sweden: a cohort study of 12.103 individuals with and without contact with psychiatric services. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 423.

- Usher, K., Foster, K., and Park, T. (2006). The metabolic syndrome and schizophrenia: the latest evidence and nursing guidelines for management. *Journal of Psychiatry in Mental Health Nursing*, 13(6), 730-734.
- Zink M., English S. (2008). *Combined antipsychotic treatment involving clozapine and aripiprazole*. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, Germany.

Websites

<http://www.rivm.nl/gezondheid/chronische/>
www.zorgvoorbeter.nl

Bijlage 1 Voorlichtingsfolder voor patiënten

Mededeling

Beste heer, mevrouw,

Waarom deze brief?

Al enige tijd bent u onder behandeling binnen het team voor Transmurale Langdurige Psychiatrie (TLP) en mogelijk slikt u al enige tijd medicatie. Ondanks de werking van de medicatie waar het voor bedoeld is hebben medicijnen ook vervelende bijwerkingen. Vooral de anti-psychotica, stemmingstabilisatoren en sommige antidepressiva hebben metabole bijwerkingen. Hiermee wordt bedoeld dat zij invloed hebben op de stofwisseling. Met name in de suiker,- en vetstofwisseling kunnen veranderingen optreden.

“Gevaarlijk buikvet”, ook in de media is dit in toenemende mate in het nieuws. Uit onderzoek is gebleken dat de buikomvang een goede voorspeller is voor het voorspellen van het ontstaan van diabetes en hart, - en vaat ziekten.

Een te grote buikomvang in combinatie met een hoge bloeddruk, hoge bloedsuiker en afwijkingen van de vetten/ cholesterol maakt dat risico groter. In Amerika wordt geschat dat 25% van de bevolking een verhoogd risico heeft.

Binnen TLP zijn wij begonnen met een polikliniek: “metabole bijwerkingen en lifestyle coaching” om vroegtijdig diabetes op te sporen, het risico voor hart, -en vaatziekten in te schatten en het bespreken van leefstijl om u eventueel advies te geven.

Uw behandelaar zal vragen uw buikomvang te mogen meten. U kunt dit ook zelf doen met het buiklint welke u krijgt van uw behandelaar. Deze zal dan ook de instructies hiervoor geven.

Buikomvang te groot?

Stel dat uw buikomvang te groot is dan zou ik u graag willen uitnodigen voor een afspraak. Tijdens dit gesprek wil ik met u kijken hoe groot het gezondheidsrisico is. Dit zal gebeuren door het meten van uw bloeddruk, doornemen en/of aanvragen van laboratoriumonderzoek en nagaan hoe u bewegings, - en voedingspatroon is. Vervolgens gaan wij samen na waarmee u gezondheidswinst kunt boeken. Wij kunnen dan ook een vervolgspraak maken om te kijken of er veranderingen optreden.

Bij ernstig afwijkende bevindingen zullen wij uw huisarts inlichten, uiteraard met uw toestemming.

Ik hoop dat u mee wilt werken!

Voor verdere vragen of opmerkingen kunt u bellen op onderstaand nummer.

Met vriendelijke groet,

Sonja van Hamersveld, SPV/Nurse practitioner i.o.
035-6260211 (woensdag t/m vrijdag)

Bijlage 2

Screeningsinstrument TLP, Symfora groep

Screeningsformulier

	Baseline	3mnd	6mnd	Jaarlijks
Somatische anamnese	x	x	x	x
Familiaire anamnese	x		x	x
Gewicht/BMI (lengte)	x	x	x	x
Buikomvang	x	x	x	x
RR-pols	x	x	x	x
Medicatie	x	x	x	x
Glucose nuchter/ HbA1c	x	x	x	x
Nuchter cholesterol, hdl en triglyceriden.	x	x	x	x
Bijwerkingen -bewegingsstoornissen -seksualiteit -overig	x	x	x	x
Leefstijl anamnese	x	x	x	x
Bloedbeeld	i			x
Leverfuncties	i			x
Prolactine	i			i
ECG op indicatie	i			i

Screening metabole bijwerkingen en lifestyle coaching bij patiënten in behandeling binnen de Mauritzhof Transmurale Langdurige Psychiatrie

Informatie voor verwijzers

Binnen de Mauritzhof is sinds kort een nieuwe screening ingevoerd naar metabole bijwerkingen bij antipsychoticagebruik. In deze informatiebrief willen wij huisartsen uitleg geven over de reden en de inhoud van onze screening naar metabole bijwerkingen bij antipsychoticagebruik.

Monitoren van bijwerkingen

De behandeling met antipsychotica kan gepaard gaan met tal van bijwerkingen. De laatste jaren is duidelijk geworden dat er een verband bestaat tussen het gebruik van antipsychotica en het ontstaan van obesitas, dyslipidemie, hypertensie en hyperglykemie.

Gezien het daarmee verhoogde risico op diabetes mellitus en hart- en vaatziekten is het monitoren van deze risicofactoren van groot belang. Voor andere bijwerkingen geldt dat een goede monitoring kan leiden tot eerdere detectie en eventuele bijstelling van de antipsychotische behandeling.

Polikliniek

Naast de hierboven benoemde risico's op bijwerkingen, heeft de inspectie van de Gezondheidszorg vastgesteld dat er tekortkomingen zijn in de somatische zorg voor patiënten binnen de GGZ. Ook blijkt uit onze ervaring dat sommige van onze patiënten niet vaak bij de eigen huisarts komen. Dit alles is een aanleiding geweest voor het opzetten van een polikliniek voor screening van metabole bijwerkingen en lifestyle coaching. Het doel van onze polikliniek is het op tijd opsporen en monitoren van metabole bijwerkingen bij patiënten onder behandeling bij de Mauritzhof, Transmurale Langdurige Psychiatrie en het geven van leefstijladviezen en/of switchen van psychofarmacum.

Screening

De nurse practitioner in opleiding voert de screening uit. Deze screening ziet er als volgt uit:

- Laboratoriumonderzoek (naast regulier; nuchtere glucose, nuchtere vetgroep)
- Aanvullende metingen (buikomvang, gewicht, lengte, bloeddruk, pols)
- Somatische voorgeschiedenis
- Tractus anamnese (respiratorius, circulatorius, digestivus, urogenitalis) Familiare anamnese
- Medicatie
- Bijwerkingen (bewegingsstoornissen, moeheid, seksualiteit etc.)
- Uitgebreide leefstijl anamnese (beweging-voeding-intoxicaties)
- Tandhygiëne

Risico-inventarisatie

Vervolgens maakt de nurse practitioner in opleiding een risico-inventarisatie en bespreekt deze met de patiënt. Samen met de patiënt wordt er gekeken wat de wensen zijn en welke mogelijkheden er binnen haar/zijn bereik liggen. Gezondheidseducatie is hierbij een belangrijke interventie. Leefstijladviezen worden genoteerd. Deze komen ook in het elektronisch patiëntendossier en zullen door eigen behandelaar worden meegenomen tijdens de reguliere afspraken.

Na screening worden de bevindingen doorgesproken met de AGNIO en de psychiater. De NHG-richtlijnen vormen hierbij de leidraad.

Bij een verhoogd risico zal de nurse practitioner in opleiding de patiënt uitnodigen voor follow-up gesprekken, waarbij de leefstijladviezen worden geëvalueerd en relevante controles worden verricht. Bij zeer verhoogd risicoprofiel op diabetes en hart- en vaatziekten wordt de patiënt naar u als huisarts verwezen. U ontvangt dan van ons een verwijfsbrief.

Signaalfunctie

Tenslotte willen wij benadrukken dat onze poli slechts een signalerende functie heeft en dat de behandeling van somatische complicaties zoals diabetes of hypercholesterolemie bij de huisarts ligt.

Informatie

Mocht u vragen, opmerkingen of aanvullingen hebben, dan verzoeken wij u hierover met ons te overleggen. U kunt dan contact opnemen met Sonja van Hamersveld, telefoon (035-6260211)

© Symfora groep, Mauritzhof, november 2008, revisiedatum: november 2009, auteur: Sonja van Hamersveld, documenteigenaar: directeur Gooi en Vechtstreek

Verpleegkundige zorg aan patiënten met psychiatrische stoornissen en overgewicht



Consensusdocument voor verpleegkundigen

Toename van overgewicht is een maatschappelijk probleem. Overgewicht kan leiden tot ernstige somatische complicaties. De meest voorkomende zijn diabetes en hart- en vaatziekten. Deze twee verhogen de kans op voortijdig overlijden aanzienlijk. Overgewicht kan ook leiden tot een negatief zelfbeeld en/of depressieve klachten.

Mensen met een psychiatrische aandoening vormen een kwetsbare groep. Zij hebben een groter risico op overgewicht en de daarbij behorende somatische complicaties.

Oorzaken hiervan kunnen zijn:

- ❖ Ongezonde leefstijl
- ❖ Biologische kwetsbaarheid
- ❖ Medicatiegebruik
- ❖ Psychiatrische diagnose
- ❖ Sociale factoren

In maart 2009 is de richtlijn 'Metabole complicaties bij antipsychotica gebruik' voor artsen van de Symfora groep vastgesteld. Bij de uitvoering van deze richtlijn hebben verpleegkundigen een belangrijke rol bij het signaleren, het preventief en het probleemoplossend handelen.

In dit document staan verpleegkundige interventies beschreven om overgewicht bij patiënten te voorkomen en/of te verminderen. De kwaliteit van leven is het uitgangspunt; lichamelijk fitter is geestelijk sterker!

Dit document is opgebouwd aan de hand van vijf domeinen:

- ❖ Domein 1: Verpleegkundige attitude en voorbeeldgedrag
- ❖ Domein 2: Verpleegkundige methodiek
- ❖ Domein 3: Voeding
- ❖ Domein 4: Beweging
- ❖ Domein 5: Medicatie

Domein 1 Verpleegkundige attitude en voorbeeldgedrag

De attitude van de verpleegkundige is ondersteunend en motiverend naar de patiënt.

De verpleegkundige heeft een belangrijke voorbeeldfunctie voor patiënten en familie en andere naast betrokkenen.

De verpleegkundige:

- ❖ heeft een luisterende, respectvolle en steunende houding in het contact met de patiënt en diens omgeving/netwerk;
- ❖ toont voorbeeldgedrag met een verantwoorde leefstijl.

Domein 2 Verpleegkundige methodiek

In het verpleegproces heeft de verpleegkundige behalve aandacht voor de werking van medicatie ook aandacht voor bijwerkingen van medicatie. Hiernaast ook voor gezonde voeding en voldoende lichaamsbeweging.

Verpleegkundige anamnese

De verpleegkundige:

- ❖ meet het gewicht, de lengte, de BMI, de buikomvang en de bloeddruk;
- ❖ vraagt naar beweging, roken, alcohol, voeding en ontspanning (de BRAVO items) en medicatiegebruik.

Verpleegkundige diagnose

De verpleegkundige:

- ❖ stelt samen met de patiënt probleemgebieden en beïnvloedende factoren vast of daar sprake is van overgewicht en gezondheidsrisico's;
- ❖ stelt samen met de patiënt SMART geformuleerde doelen op het gebied van medicatie en de BRAVO items.

Verpleegkundige planning

De verpleegkundige:

- ❖ stelt samen met de patiënt, in overleg met andere hulpverleners, en diens netwerk een verpleegplan op met de afgesproken interventies;
- ❖ ondersteunt en begeleidt de patiënt bij de uitvoering van het verpleegplan.

Verpleegkundige evaluatie

De verpleegkundige:

- ❖ evalueert met de patiënt de doelen;
- ❖ stelt indien nodig het verpleegplan bij.

Domein 3 Voeding

Gezondheidsvoorlichting over voeding is essentieel en dient onder de aandacht te blijven. Veel patiënten hebben beperkte kennis van gezonde voeding en de voordelen van een gezond voedingspatroon. Kortom: de verpleegkundige heeft als taak om de patiënt inzicht te geven en te helpen met het realiseren van een gezond en betaalbaar voedingspatroon. Uit onderzoek blijkt dat de ambiance rondom de maaltijd een positief effect.

De verpleegkundige:

- ❖ heeft voldoende kennis van gezonde voeding en houdt deze kennis actueel;
- ❖ geeft gezondheidsvoorlichting aan de patiënt en zijn naastbetrokkenen op het gebied van voeding;
- ❖ brengt samen met de patiënt (en eventueel de diëtist) in kaart wat nodig is om tot een zo gezond en gevarieerd mogelijk eetpatroon te komen. Dit alles gebaseerd op de wensen, behoeften, het bioritme, smaak en mogelijke risicofactoren van de patiënt;
- ❖ prikkelt en enthousiasmeert de patiënt tot een gezond voedingspatroon; gezonde maaltijden, gezamenlijk eten, gezonde ingrediënten en tussendoortjes;
- ❖ heeft oog voor de ambiance rondom de maaltijd, aankleding en een positieve sfeer aan tafel. Tafelmanieren dragen hieraan bij;
- ❖ onderzoekt samen met de patiënt mogelijkheden voor ondersteunend materiaal zoals een agenda, kookboek en voedingswijzer. Begeleidt bij het maken van een boodschappenlijstje of gaat mee boodschappen doen. Afhankelijk van de manier van leren van de patiënt wordt gekozen voor de best passende ondersteuning.

Domein 4 Bewegen

Veel mensen bewegen te weinig. In het bijzonder mensen met een psychiatrische stoornis als gevolg van de symptomen van hun aandoening in combinatie met eventuele lichamelijke beperkingen. De landelijke norm voor bewegen is 30 minuten per dag. Bij overgewicht geldt de dubbele tijd. Voor kinderen en jeugd is dit 2 x 30 minuten per dag.

De verpleegkundige:

- ❖ geeft voorlichting aan zowel de patiënt als zijn naasten over het belang en voordelen van bewegen;
- ❖ houdt op basis van het verpleegplan rekening met de mogelijkheden, interesses en ervaringen van de patiënt;
- ❖ ondersteunt de patiënt zijn wensen tot uitvoering te brengen;
- ❖ wijst de patiënt op sport en bewegingsmogelijkheden binnen de eigen omgeving (sportpoli, fitness, bewegingsgroepen) en verwijst zonodig;
- ❖ beweegt zo mogelijk actief mee (sporten, al wandelend een gesprek voeren).

Domein 5 Medicatie

Bij psychiatrische medicatie kan er sprake zijn van een bedoelde en onbedoelde werking. Medicijnen waarvan aangetoond is dat zij gewichtstoename veroorzaken zijn verschillende antipsychotica, antidepressiva en stemmings-stabilisatoren. Benzodiazepines kunnen vanwege het sederende effect voor gewichtstoename zorgen.

De verpleegkundige:

- ❖ heeft kennis van de bijwerkingen van medicatie;
- ❖ geeft voorlichting aan zowel de patiënt en naastbetrokkenen over de medicatie, de werking en de bijwerkingen, bijvoorbeeld door middel van GIP-Z;
- ❖ signaleert en registreert de ontwikkeling van gewichtstoename door het omschrijven van het voedingspatroon en bewegingspatroon. Verricht metingen (gewicht, buikomvang, BMI, pols en bloeddruk);
- ❖ bespreekt dit met de patiënt, naastbetrokkenen en andere disciplines;
- ❖ bij (snelle) toename van het gewicht (>7%) en buikomvang geeft de verpleegkundige dit door aan de behandelaar.

Wees vooral waakzaam bij:

Antipsychotica: clozapine (Leponex), olanzapine (Zyprexa), risperidon (Risperdal), quetiapine (Seroquel). Alle overige antipsychotica kunnen ook gewichtstoename geven.

Antidepressiva: mirtazapine (Remeron), amitriptyline (Tryptizol), clomipramine (Anafranil), imipramine, nortriptyline (Nortrilen).

Stemmingsstabilisatoren: carbamazepine (Tegretol), valproïnezuur (Depakine), lithiumcarbonaat (Camcolit, Priadel).

Benzodiazepinen: alprazolam (Xanax), lorazepam (Temesta), oxazepam (Seresta), clorazepinezuur (Tranxène), diazepam (Valium) enz.

Risicofactoren

Medisch:

Metabole stoornissen

Obesitas/ Buikomvang

Diabetes

Dyslipidemie (> triglyceriden, < HDL, > LDL)

Hypertensie

Medicatie

Gedrag / Levensstijl:

Ongezonde voeding

Roken

Fysieke inactiviteit

Psychische stress, inactiviteit en cognitieve problemen

Genetisch:

Invloed etniciteit: Turks, Marokkaans en Surinaams twee tot vier keer verhoogd risico; bij Hindoeistaans zelfs nog hoger.

Familiële voorgeschiedenis: onder andere obesitas, diabetes, hypertensie, hypercholesterolemie, hart - en herseninfarct.

Leefstijladviezen

- Groente: 200 gram per dag
- Fruit: twee stuks per dag
- Denk aan vezels: bruin of volkoren brood, groente en fruit
- Gebruik de goede vetten: eet regelmatig vis
- Drink voldoende (1 ½ liter per dag), beperk suikerhoudende frisdranken
- Wees matig met vet en zout
- Kies gezonde tussendoortjes zoals: rijstwafel, ongezouten popcorn, rauwkost en fruit
- Meer bewegen
- Geen of matig alcoholgebruik
- Geen drugsgebruik
- Niet roken

Geraadpleegde literatuur

- 1 Cahn, W., Ramlal R., Bruggeman R., De Haan L., Scheepers F.E., Van Soest M.M., Assies J., Slooff C.J. (2008) Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychotica gebruik. Tijdschrift voor psychiatrie 50 (9): 579-591.
- 2 Usher, K., Foster, K., and Park, T. (2006) The metabolic syndrome and schizophrenia: the latest evidence and nursing guidelines for management. *Journal of Psychiatric. Mental Health Nursing* 13 (6): 730-734.
- 3 Trimbos instituut, Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie: 2005
- 4 www.voedingscentrum.nl

Uitgave

Dit is een éénmalige gezamenlijke uitgave van de vakgroep Verpleegkunde van de Symfora groep en het project 'Overgewicht door medicatie samen te lijf'.

De Centrale Cliëntenraad van de Symfora groep heeft het probleem overgewicht door medicatiegebruik onder de aandacht gebracht bij de vakgroep Verpleegkunde en gevraagd dit document te schrijven.

Het project 'Overgewicht door medicatie samen te lijf' is een vernieuwingsproject van de Symfora groep (september 2007 tot september 2009). In de projectperiode zijn naast dit consensusdocument richtlijnen voor artsen opgesteld en is er een informatiefolder 'Geef overgewicht tegenwicht' voor patiënten gemaakt. Medicatie, voeding en beweging vormen in dit project de drieslag om overgewicht door het gebruik van medicijnen tegen te gaan.

Tekst

Sabine Drost, projectleider 'Overgewicht door medicatie samen te lijf', Symfora groep
Sonja van Hamersveld, SPV / Nurse practitioner, Mauritzhof in Hilversum.

Tekening op voorblad
Frans van Aarle

Met speciale dank aan

De volgende leden van de vakgroep Verpleegkunde:

Marjolijn Beekhof, Jantine Bottenberg, Cri-Cri Gouw, Heidi de Kam, Lisette Orth, Corina Schothorst en Wubbien Wesselink.

De volgende leden van de werkgroep Medicatie van de Centrale Cliëntenraad van de Symfora groep: Tonna van der Linden, Kima van der Meer en Co Schop.

© Symfora groep, mei 2009, auteurs: Sabine Drost en Sonja van Hamersveld, documenteigenaar: vakgroep Verpleegkunde.