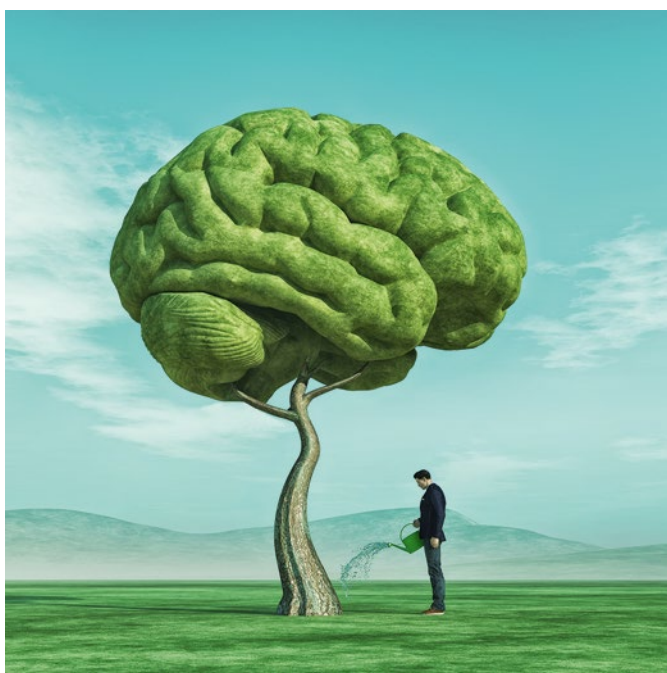


Begeleiden van patiënten met een ernstige psychische aandoening

Ingrid Houtman, Marian Oud

Sinds de budgettering van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg is de begeleiding van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) steeds vaker een taak van de huisarts/poh-ggz en de wijkteams. Dit vraagt van de huisarts kennis van psychofarmaca, betrokkenheid bij de patiënt en herkenning van dreigende terugval. Ook de patiënt moet bereid zijn tot samenwerking met de huisarts/poh-ggz. Hoe begeleid je een patiënt met een ernstige psychische aandoening?

De term 'ernstige psychische aandoening' (EPA) wordt gebruikt om de groep patiënten aan te duiden met een psychische kwetsbaarheid ten gevolge van waarnemings- of denkstoornissen, een stemmings- en/of angststoornis, een afwijkende beleving van de interacties met anderen of problemen met de beheersing van impulsen. Deze patiënten vertonen beperkingen in het sociaal en maatschappelijk functioneren. In Nederland zijn er naar schatting 281.000 mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA), wat neerkomt



Patiënten met een ernstige psychische aandoening hebben vaak een gezondheidsachterstand.

Foto: iStock

CASUS A

Mevrouw A is 42 jaar, is gehuwd en heeft een veertienjarige dochter. Ze heeft een ernstige stemmingsstoornis en angst bij een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. Ze gebruikt hiervoor lithium. Ook heeft ze cerebrale schade na een CVA. De gespecialiseerde ggz (SGGZ) sluit de behandeling af en verwijst mevrouw terug naar haar huisarts. Deze vraagt zich af of zij voldoende toegerust is om haar te begeleiden.

CASUS B

Meneer B is een 56-jarige man met schizofrenie en diabetes mellitus. Hij verzorgt zichzelf matig en heeft recidiverende huid- en urineweginfecties. Zijn woonbegeleider ziet toe op de inname van zijn medicijnen (olanzapine, antidiabetica, oxazepam). Meneer B zorgt zelf voor zijn maaltijden, inclusief alcohol. De psychiater vraagt of zijn huisarts de herhaalreceptuur wil overnemen. Maar wat houdt dit in?

op 1,7% van de totale bevolking.¹

Patiënten met EPA vinden het moeilijk om op een adequate wijze hulp te vragen, daarom hebben ze laagdrempelige medische zorg nodig.² Vaak kampen ze met een gezondheidsachterstand.^{3,4} Voor de meeste patiënten met EPA is de huisarts een belangrijke vertrouwenspersoon, naar wie zij kunnen gaan zonder dat ze het gevoel krijgen gestigmatiseerd te worden.⁵ Deze patiënten komen vaak op het spreekuur van de huisarts, hoewel er een grote spreiding bestaat.⁶ De huisarts is poortwachter, ook voor de geestelijke gezond-

Bij acute aandoeningen zijn patiënten met EPA extra kwetsbaar, omdat ze vaak laat aan de bel trekken

heidszorg, en dus het eerste aanspreekpunt bij een psychische ontregeling. Daarnaast voelen huisartsen zich verantwoordelijk voor de somatische zorg van EPA-patiënten en de ondersteuning van de naasten.⁷ Tot voor kort was de begeleiding in de chronische stabiele fase vooral de taak van de gespecialiseerde ggz (SGGZ). Door de budgettering van de ggz is dit veranderd en worden patiënten bij wie geen klinische verbetering meer te verwachten is, terugverwezen naar de huisarts/poh-ggz en de wijkteams. De huisarts kan de medicatiebegeleiding overnemen, mits hij of zij zich daartoe

DE KERN

- Het begeleiden van patiënten met een ernstige psychische aandoening vereist betrokkenheid en kennis.
- De patiënt, diens naasten en de huisarts/poh-ggz focussen gezamenlijk op consolidatie van de psychische balans.
- De kans op cardiovasculaire ziekten is bij deze groep patiënten groter. Een jaarlijkse CVRM-screening, conform andere risicogroepen, is aan te bevelen.
- Controles van antipsychotica en stemmingsstabilisatoren zijn in protocollen vastgelegd.
- Het is nuttig om bij de begeleiding van een EPA-patiënt een signaleringsplan te gebruiken.

bekwaam voelt.

In deze nascholing geven we u enkele handvatten voor de signalering, farmacotherapie en begeleiding.

SIGNALERING

De psychische problematiek kan bij patiënten met EPA sterk uiteenlopen en gaat vaak gepaard met somatische comorbiditeit. Dit vraagt om persoonsgerichte zorg, met specifieke aandacht voor het vermogen tot zelfmanagement, verbetering van de veerkracht en behoud van de psychische balans. Als de

Deze patiënten hebben moeite met het maken van een afspraak

patiënt merkt dat de huisarts zich medeverantwoordelijk voelt voor zijn psychische gezondheid, kan dit een gunstig effect hebben op de behandelrelatie. Goede samenwerking met de patiënt is een voorwaarde voor een succesvolle begeleiding.⁸

Daarom helpt het om de patiënt uitleg te geven en afspraken te maken over de rol van de huisarts bij symptomen die op ontregeling wijzen. In de SGGZ maakt men daarvoor vaak gebruik van een signaleringsplan [figuur]. Hierin legt de behandelend arts, samen met de patiënt en diens naasten, vast welke signalen wijzen op een stabiele fase (groen), een dreigende crisis (oranje) of een crisissituatie (rood). Deze signalen worden zo concreet en nauwkeurig mogelijk omschreven. Per fase wordt vermeld welke interventies een gunstig effect hebben. Ook interventies van naasten staan in het plan. Voor uw patiënten met EPA kunt u ook zo'n signaleringsplan gebruiken. Bij de overdracht naar uw praktijk moet de SGGZ het overdragen.⁹ Dat betekent echter wel dat u periodiek met de patiënt moet bespreken of het plan nog up-to-date is.¹⁰ Bij gezinnen met kinderen zult u extra alert moeten zijn. Sinds medio 2013 is de Kindcheck verplicht voor alle professionals die contact hebben met volwassenen met kinderen die psychische of lichamelijke problemen hebben. De Kindcheck wordt uitgevoerd als een patiënt zijn of haar minderjarige kinderen in een onveilige situatie kan brengen.

FARMACOTHERAPIE

Patiënten die langdurig psychofarmaca gebruiken, moeten structureel (bijvoorbeeld jaarlijks of halfjaarlijks) een evaluatiegesprek krijgen, waarbij u aandacht besteedt aan de therapietrouw, de werking van het medicijn op de psychiatrische symptomen en de bijwerkingen ervan. Voer hierbij een algemene somatische evaluatie, cardiovasculaire screening en leefstijlanamnese uit.¹¹ Samen met de patiënt (en naasten) kunt u een plan maken voor het verbeteren van de lichamelijke conditie, eventueel door leefstijlinterventies in te zetten.¹² Voor het voorschrijven en begeleiden van antipsychotica en stemmingsstabilisatoren zijn protocollen ontwikkeld, waarin de controles zijn vastgelegd die noodzakelijk zijn om bijwerkingen van de medicatie te monitoren. Het NHG heeft in 2018 het Standpunt Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie uitgebracht, waarin aanbevelingen staan voor het herhalen, dan wel

Figuur

Een vereenvoudigd voorbeeld van een signaleringsplan

In welke kleur zit ik?	Hoe voel ik me?	Wat te doen?
Groen	Rustig gevoel. Ik slaap goed. Ik kan soms lachen, genieten. Ik denk niet aan de dood.	Fietsen. Regelmatig rust nemen. Bezigheden goed voorbereiden. Weinig contact met huisarts.
Oranje (In deze fase kun je juist veel zelf doen om te voorkomen dat de klachten verergeren)	Meer piekeren. Minder overzicht. Ik word stiller, trek me terug met de gedachte dat het van mij niet meer hoeft.	Wel op tijd uit bed gaan. G-schema's die we gemaakt hebben erbij pakken en regelmatig doorlezen. Gesprek met man, huisarts of poh-ggz.
Rood	Ik slaap niet meer, pieker veel, heb de neiging mezelf iets aan te doen [bijvoorbeeld pillen innemen].	Ik geef mijn medicijnen in beheer van mijn man. Ik maak vandaag een afspraak met de huisarts of poh-ggz.

KADER 1 HET CLOZAPINE-PROTOCOL

Controleschema clozapine [ClozapinePlusWerkGroep]:

- eerste achttien weken: wekelijks leukocyten- en granulocytenaantal (in verband met een kans van 0,68% op agranulocytose);
- na achttien weken: vierwekelijks leukocyten- en granulocytenaantal;
- het gewicht [BMI en/of buikomvang], de bloeddruk en de nuchtere glucose na één, twee, drie en zes maanden en daarna jaarlijks;
- nuchter cholesterol-, HDL/LDL-cholesterol- en triglyceridencontrole na drie maanden en dan jaarlijks;
- de ClozapinePlusWerkGroep stelt dat u – als de wilsbekwame, geïnformeerde patiënt dit nadrukkelijk wenst – vanaf het tweede halfjaar van de behandeling van de bloedbeeldcontroles kunt afzien.

KADER 2 HET LITHIUM-PROTOCOL

Richtlijnen lithium-spiegel [Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen, Richtlijn onderhoudsbehandeling lithium]:

- bij acute behandeling: 0,8-1,2 mmol/l (hoog therapeutisch);
- bij onderhoudsbehandeling: 0,6-0,8 mmol/l (normaal therapeutisch);
- NB: de adviezen voor spiegels zijn gebaseerd op spiegels verkregen uit bloed afgenomen 12 uur na de laatste [avond]inname.

Nadat de spiegel is opgebouwd, dient maandelijks controle plaats te vinden. Bij stabiele spiegels kunnen deze periodes vergroot worden tot de spiegelcontrole uiteindelijk (minimaal) tweemaal per jaar plaatsvindt. Overige controles: minimaal tweemaal per jaar: TSH en nierfunctie.

Tevens dient regelmatig gewichtscontrole plaats te vinden.

Bijwerkingen:

- polyurie en polydipsie;
- gewichtstoename;
- opgeblazen gevoel in de maagstreek;
- vergeetachtigheid/concentratieproblemen;
- trillen;
- vertraagd werkende schildklier – door lithium kan de schildklier in 10 tot 20% van de gevallen trager gaan werken.

voorschrijven van psychofarmaca. Dit standpunt bevat twee bijlagen met de voorzorgsmaatregelen voor het geval patiënten clozapine of lithium gebruiken. Deze bijlagen bevatten ook de clozapine- en lithiumprotocollen [kader 1 en 2].¹¹

Structurele begeleiding van de patiënten met langdurig psychofarmacagebruik kunt u ook aanbieden via een zorgpro-

KADER 3 VOORBEELD ZORGPROGRAMMA

GEZONDHEIDSCENTRUM LEWENBORG GRONINGEN

Stap 1. Selectie patiënten:

- actie: uitdraaien patiënten, huisarts beoordeelt de lijst en maakt inschatting van de zorgbehoefte;
- exclusie: patiënten die behandeld worden in de SGGZ of bij FACT;
- inclusie: stabiele patiënten met schizofrenie [P72], bipolaire stoornis, schizoaffectieve stoornis [P73], ernstige persoonlijkheidsproblematiek [P80], afhankelijk van comorbiditeit en behoefte van de patiënt, en uitbehandelde, maar kwetsbare patiënten met chronisch recidiverende depressies [P76].

Stap 2. Oproepen en inplannen:

- actie: doktersassistente.

Stap 3. Consult verpleegkundig specialist/huisarts (of poh-ggz);

- actie: verpleegkundig specialist (of poh-ggz);
- inhoud van het consult: evalueren van de kwaliteit van leven, waaronder maatschappelijke participatie, sociale en familiecontacten, dagbesteding, regelmatig bewegen, goede voeding, medicatiegebruik: therapietrouw, effect op psychiatrische symptomen, bijwerkingen?
- bij lithiumgebruik: volg MDR bipolaire stoornis; bepaal afspraakfrequentie gezamenlijk; een- tot maximaal viermaal per jaar, afhankelijk van behoefte aan ondersteuning.

Stap 4. CVRM:

- actie: doktersassistente: eenmaal per jaar CVRM: lab, bloeddruk, gewicht, en bespreken leefstijl; afspraak maken voor opnemen van deze gegevens en bespreken bij doktersassistente of poh-somatiek.

Stap 5. Afronden met telefonisch consult huisarts of verpleegkundig specialist:

- nabespreken resultaten lab, enzovoort; vervolgafspraken: over een half/heel jaar.

gramma [kader 3]. Daarbij ligt de focus op het functioneren in het dagelijks leven en het gebruik en de bijwerkingen van de psychofarmaca. Verder is er periodiek aandacht voor de kwaliteit van leven, het psychosociaal functioneren, de leefstijl en de lichamelijke gezondheid.

SOMATISCHE ZORG

Patiënten met EPA hebben vaak chronische somatische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, diabetes mellitus, COPD en infectieziekten.^{3,4,13} Bij acute aandoeningen zijn ze kwetsbaar, omdat ze vaak laat aan de bel trekken. De levensverwachting van mensen met EPA is vijftien jaar korter dan die van de algemene bevolking.¹³ Naast de chronische stress en de gebrekkige gezondheidsvaardigheden zijn vooral de bijwerkingen van de (atypische) antipsychotica en stemmings-

CASUS A (VERVOLG)

De huisarts nodigt mevrouw A samen met haar man uit voor een gesprek, waarin ze de wederzijdse verwachtingen over de begeleiding op elkaar afstemmen. Mevrouw is bereid deel te nemen aan het behandelplan, waarin zij drie keer per jaar naar het laboratorium gaat voor de controles volgens het lithium-protocol. De poh-ggz houdt hierbij een vinger aan de pols. Vanwege haar CVA valt mevrouw onder het CVRM-protocol. De huisarts zal twee keer per jaar met het echtpaar evalueren hoe het thuis gaat en informeert in navolging van het stappenplan uit de Kindcheck daarbij ook naar de dochter. Geregeld kijkt de huisarts of de zorg van het kind niet in het geding komt. Daarnaast zal de patiënte of haar partner aan de bel trekken bij lichamelijke of psychische klachten, of een toename van stress. De signalen die op een toename van stress wijzen worden vastgelegd in een signaleringsplan.

CASUS B (VERVOLG)

De huisarts gaat langs bij de beschermde woonvorm en overlegt met de heer B en zijn begeleider over overname van de medicatiebegeleiding. Behalve het herhalen van de recepten voor olanzapine (een atypisch antipsychoticum) en zo nodig oxazepam, behoren hiertoe ook jaarlijkse evaluatiemomenten waarop de therapietrouw en het effect van de medicatie worden beoordeeld. Deze kunt u ook delegeren aan een verpleegkundig specialist. Het diabetesprotocol loopt via de poh-somatiek.

stabilisatoren hier debet aan.¹³ Een jaarlijkse CVRM-screening bij patiënten die langdurig psychofarmaca gebruiken, is wenselijk.^{14,15} Zelfmanagement en een gezonde leefstijl zijn voor een patiënt met EPA nóg moeilijker te realiseren dan voor de algemene bevolking.

PRAKTIJKORGANISATIE

In de huisartsenpraktijk zijn alle disciplines betrokken bij de zorg voor patiënten met EPA. Praktijkassistenten zullen alert en flexibel moeten zijn bij de triage van hulpvragen van deze patiënten en spelen een rol bij het oproepen van de patiënten, dus ook als er sprake is van *no show*. Een pop-up in het HIS kan daarbij helpen, maar het is vooral van belang dat de praktijkassistente begrijpt dat deze patiënten moeite hebben met het maken van een afspraak en dat zij soepel kan communiceren.²

De levensverwachting van mensen met EPA is vijftien jaar korter dan die van de algemene bevolking

De poh-ggz biedt ondersteuning en begeleiding aan de patiënt, en werkt indien mogelijk met een signaleringsplan. U, als huisarts, bent verantwoordelijk voor de somatiek en de medicatiecontroles. In een zorgprogramma voor CVRM of DM is de poh-somatiek meestal verantwoordelijk voor het oproepen en controleren van de patiënt.

Nieuw is de implementatie van een zorgprogramma voor patiënten met EPA, waarmee u hen laagfrequent monitort en begeleidt [**kader 3**]. Er zijn enkele zorggroepen waarin een

verpleegkundig specialist deze taken uitvoert en bij vragen kan overleggen met een consulent-psychiater of een kaderhuisarts-ggz.

SAMENWERKING MET GGZ-KETENPARTNERS

De zorg voor mensen met EPA vindt plaats in verschillende sectoren, zoals FACT (Functional Assertive Community Treatment), ambulante begeleiders van RIBW (Regionale Instelling voor Beschermde Woonvormen) en het sociaal wijkteam. Deze hebben verschillende wettelijke kaders en bestuursstructuren, en daarom is het geen vanzelfsprekende zorgketen. De behandelaren hebben de verantwoordelijkheid om elkaar goed op de hoogte te houden van het beloop en de behandeling, en elkaar te informeren over eventuele veranderingen. De Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis-ggz en SGGZ uit 2016 beschrijven de momenten waarop de ggz-behandelaren en huisarts elkaar in ieder geval moeten informeren.⁹

De consultatieregeling ondersteunt zowel de huisarts/poh-ggz als de patiënt.¹⁶ Daarbij draait het om vragen over psychofarmaca, terugvalpreventie, comorbiditeit en twijfels over wilsbekwaamheid.⁹ Regionaal of lokaal kunt u concrete samenwerkingsafspraken maken over bijvoorbeeld consultatie- en overlegmogelijkheden met de ggz en/of de kaderhuisarts-ggz, somatische controles of snelle opschaling bij een (dreigende) crisis.⁹ ■

LITERATUUR

1. Delespaul P, consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschr Psychiatr 2013;55:427-38.
2. Van Hasselt FM, Oud MJT, Loonen AJM. Improvement of care for the physical health of patients with severe mental illness: a qualitative study assessing the view of patients and families. BMC Health Serv Res 2013;13:425.
3. Oud MJT, Meyboom-De Jong B. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. BMC Fam Pract 2009;10:32.
4. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry 2011;10:52-77.
5. Lester H, Tritter JQ, Sorojan H. Patients' and health professionals' view on primary care for people with serious mental illness: focus group study. BMJ 2005;330:1122.
6. Oud MJ, Schuling J, Groenier KH, Verhaak PF, Slooff CJ, Dekker JH, et al. Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study. BMC Fam Pract 2010;11:92.
7. Oud MJT, Schuling J, Slooff CJ, Groenier KH, Dekker JH, Meyboom-De Jong. Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective. BMC Fam Pract 2009;10:29.
8. Goldsmith LP, Lewis SW, Dunn G, Bentall RP. Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. Psychol Med 2015;45:2365-73.
9. Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Netwerk kwaliteitsontwikkeling ggz. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016.

10. De Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, Van de Sande R, et al. Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2016;73:657-64.
11. NHG-Standpunt Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie. Utrecht: NHG, 2018.
12. GGZ-standaarden. Ernstige Psychische Aandoeningen. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017.
13. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia. A review of the evidence. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.
14. Van Hasselt FM, Oud MJT, Loonen AJM. Practical recommendations for improvement of the physical health care of patients with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2014;131:387-96.
15. Correll CU, Solmi M, Veronese N, Bortolato B, Rosson S, Santonastaso P, et al. Prevalence, incidence and mortality from car-

- diovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry* 2017;16:163-80.
16. Gillies D, Buykx P, Parker AG, Hetrick SE. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;9:CD007193.

Houtman IEM, Oud MJT. Begeleiden van patiënten met een ernstige psychische aandoening. *Huisarts Wet* 2018;61:DOI:10.1007/s12445-018-0305-y.
ECT Tiel, locatie Passewaaij/Ophemert: I.E.M. Houtman, huisarts/kaderhuisarts ggz, i.houtman2@gmail.com. UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde, Groningen: dr. M.J.T. Oud, kaderhuisarts ggz en coördinator van de kaderopleiding ggz.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.