

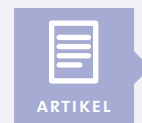
Rol van de huisarts bij de leefstijl van patiënten met psychische aandoeningen

M.J.T. OUD

- ACHTERGROND** Preventie is een kerntaak van huisartsen en hun praktijkondersteuners. Bij een patiënt met een lichamelijke of psychische klacht verbreden zij het gesprek naar mogelijke leefstijlfactoren. Patiënten met psychische aandoeningen hebben vaak verminderde gezondheidsvaardigheden.
- DOEL** Beter inzicht geven in de rol van de huisarts bij de leefstijl van patiënten met psychische klachten of aandoeningen.
- METHODE** Beschrijven van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie in de eerste lijn, waarbij aan de orde komen de werkwijze van huisartsen, de ketenzorg, de huisartsenzorggroepen met kaderhuisartsen en het belang van samenwerking met de specialistische ggz.
- RESULTATEN** Als een patiënt met klachten bij de huisarts komt, exploreert die het verband tussen deze klachten en de leefstijl en als intensievere begeleiding nodig is, delegeert de huisarts dit aan de praktijkondersteuner. Huisartsen werken volgens het principe van stepped care: lichte zorg als het kan en zware zorg als het moet.
De huisartsenpraktijk heeft ketenzorgprogramma's voor chronische aandoeningen zoals diabetes mellitus, COPD of cardiovasculaire problemen. Naast hiaten in hun zelfzorg, die nauwkeurig in kaart gebracht moeten worden, hebben patiënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA) vaker dergelijke aandoeningen.
- CONCLUSIE** Diagnostiek en behandeling van leefstijlproblematiek van patiënten met EPA zijn een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de specialistische ggz en de huisarts, maar de samenwerking staat nog in de kinderschoenen. Psychiaters kunnen veel meer gebruikmaken van de kennis en mogelijkheden van de (kader)huisarts.

TUJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)11, 968-973

TREFWOORDEN huisarts, ketenzorg, leefstijl, preventie, psychische aandoening



ARTIKEL



Huisartsen rekenen preventie en vroegdiagnostiek van lichamelijke aandoeningen tot hun kerntaak, ook bij psychiatrische patiënten. Zij onderzoeken de samenhang tussen lichamelijke of psychische klachten met leefstijlfactoren en bespreken deze met hun patiënt. Dit is *geïndiceerde preventie*. Daarnaast bieden huisartsen en hun praktijkondersteuners-huisartsenzorg-somatiek (POH's-s) *zorggerelateerde preventie* om verslechtering of complicaties bij reeds bekende aandoeningen van de patiënt te voorkomen. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ontwikkelt en actualiseert richtlijnen die huisartsen in hun medisch

beleid ondersteunen: de NHG-standaarden. Inmiddels zijn er meer dan honderd standaarden, voor iedereen toegankelijk op het internet. Daarnaast biedt het NHG brede publieksvoorlichting over gezondheid en ziekte aan via www.thuisarts.nl. Hierin zijn ook de ggz-zorgstandaarden en generieke modules van de Alliantie Kwaliteit in de GGZ (Akwa GGZ) verwerkt.

In dit artikel beschrijf ik, uitgaande van de genoemde standaarden en richtlijnen, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie in de eerste lijn bij patiënten met psychische klachten of aandoeningen. Aan de orde komen de

werkwijze van huisartsen, de ketenzorg, de huisartsenzorggroepen met kaderhuisartsen en het belang van samenwerking met de specialistische geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Geïndiceerde preventie

Huisartsgeneeskunde is gezins- en levensloopgeneeskunde; huisartsen bieden zorg van de wieg tot het graf. Door de jaren heen leert de huisarts een patiënt en eventuele gezinsleden steeds beter kennen en vormt zich een beeld van de leefsituatie en de leefstijl van de patiënt. De basis van alle hulpverlening is de vertrouwensrelatie. De patiënt moet zich welkom voelen om zijn of haar klachten of zorgen aan de huisarts voor te leggen. Natuurlijk, dat vertrouwen is gradueel en voor elke patiënt verschillend, maar een huisarts zal altijd investeren in het verkrijgen en behouden van deze vertrouwensrelatie. Dit kan soms haaks staan op het gevoel druk uit te moeten oefenen op een patiënt om diens leefstijl te verbeteren, zeker bij een patiënt die al kampt met onoverbrugbare problemen.

Als een patiënt op het spreekuur komt met een psychische hulpvraag, dan werkt de huisarts volgens het principe van *stepped care*. Dit betekent dat niet zwaarder behandeld wordt dan noodzakelijk is: lichte zorg als het kan en zware zorg als het moet.

In **TABEL 1** geef ik een schematisch overzicht van stepped care bij psychische klachten, waarbij de stappen overigens niet strikt gescheiden plaatsvinden. Psycho-educatie en leefstijladviezen kunnen bij alle stappen worden ingezet. Huisartsen geven regelmatig leefstijladviezen. Bij overspanning, burn-out en depressieve klachten gaat het bijvoorbeeld over dagstructuur, activiteitenplanning, bewegen of sporten. Ook geven huisartsen adviezen en psycho-educatie bij slaapproblemen, passen minimale interventiestrategieën (MIS) toe bij rokers, geven voorlichting en gebruiken motiverende gesprekstechnieken, bijvoorbeeld bij obesitas en problematisch alcoholgebruik. Veel van deze taken delegeren ze aan de POH's die het grootste deel van de tijd besteedt aan voorlichting, psycho-educatie, motiverende gesprekken over voeding, stoppen met roken of alcohol, voetzorg, hygiëne en bewegen.

In gesprek gaan over leefstijl

Leefstijl is in principe een privékwestie, een persoonlijke en vrije keus van de patiënt. Maar een spreekuurbezoek in verband met klachten impliceert dat de patiënt wil weten of en hoe hij of zij beter kan worden. In het gesprek exploreren patiënt en hulpverlener samen de klachten en mogelijke oorzaken. Vaak zijn er leefstijlfactoren die de klachten in stand houden en hierin krijgt de patiënt een spiegel voorgehouden. De huisarts legt uit hoe bepaalde gewoontes invloed hebben op de gezondheid en welke

AUTEURS

MARIAN OUD, huisarts/ kaderhuisarts ggz, coördinator kaderopleiding ggz, UMC Groningen.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Marian Oud.

E-mail: m.j.t.oud@home.nl

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-7-2020.

aanpassingen kunnen leiden tot verbetering hiervan. Vervolgens checkt de huisarts of de patiënt het goed begrepen heeft en of hij of zij bereid is om daar een verandering in aan te brengen. Zo ja, dan maken ze samen een plan; zo nee, dan kan de huisarts/POH besluiten om motiverende technieken in te zetten om zo de patiënt alsnog te verleiden tot betere zelfzorg.

Maar wat te doen als blijkt dat de patiënt niet in staat is om cruciale adviezen uit te voeren? Bijvoorbeeld een 55-jarige man met diabetes mellitus en recidiverende depressies, die ondanks herhaaldelijke gesprekken en een klinisch revalidatieprogramma toch weer gaat roken en nu komt met klachten passend bij vaatvernauwing. Kan hij niet stoppen of wil hij niet stoppen, of is het allebei? Goed hulpverlener-schap vereist een onderzoekende en niet-oordelende attitude. Dit kan soms lastig zijn, met name als de hulpverlener zich grote zorgen maakt over de gezondheid van de patiënt. Bij persistent ongezond gedrag kan het zinvol zijn de patiënt te bevragen over wat hij of zij nodig heeft om tot een gedragsverandering te komen. Bevorderen van acceptatie van de ziekte, een optimistische, niet-oordelende houding en het betrekken van de partner/huisgenoten bij voeding of bewegen helpen vaak.

Stepped care in de huisartsenzorg gaat dus ook op voor leefstijlinterventies. Voorlichting en psycho-educatie als het kan, motivering, coaching, systeemgesprekken of extra hulp als het moet.

Zorggerelateerde preventie

Huisartsen en hun POH's bieden leefstijlbegeleiding aan bij chronische aandoeningen. Ze hebben geprotocolleerde zorgprogramma's voor diabetes mellitus, astma/COPD en cardiovasculair risicomanagement (CVRM). Deze (multidisciplinaire) ketenzorg wordt in grote samenwerkingsverbanden (zorggroepen) uitgevoerd en gecoördineerd door kaderhuisartsen.

Een zorggroep is een organisatie van huisartsen die gezamenlijke afspraken heeft over de ketenzorg met POH's, monitoren van kwaliteit, scholing van medewerkers en

TABEL 1 Stepped care huisartsenzorg bij (leefstijlgerelateerde) psychische klachten

Stap 1

Informereren en actief volgen

Een verhelderend gesprek over de klachten, risico's en factoren die van invloed kunnen zijn; na een afgesproken periode vindt evaluatie plaats.

Stap 2

Psycho-educatie

Op begrijpelijke wijze informatie verstrekken, afgestemd op het bevattingsvermogen en de denkbeelden van de patiënt.

Leefstijladviezen

Aanwijzingen om klachten te verminderen via dagstructurering, activiteitenplanning, beweegadviezen, ontspanningsoefeningen, voeding, beperking van alcohol of middelen; deze zijn afhankelijk van de klachten en afgestemd op de individuele patiënt.

Stap 3

Begeleide zelfhulp

Zelfhulp via een instructief boek, online- of groepscurssussen. De patiënt werkt zelf aan zijn probleem waarbij de POH-ggz ondersteuning biedt via face-to-facecontacten, e-mail of telefonische consulten.

Psychosociale ondersteuning middels gesprekken

De POH-ggz gebruikt hierbij vaak het KOP-model (klacht = omstandigheden x persoonlijke stijl). Stressfactoren en coping zijn de aanknopingspunten voor reductie van klachten.

Stap 4

Kortdurende behandeling, met gebruik van cognitieve gedragstechnieken of probleemoplossende therapie.

Psychofarmaca

Stap 5

Verwijzing naar generalistische basis-ggz of gespecialiseerde-ggz

contracten met zorgverzekeraar. Keten zorg heeft een apart financieringssegment in de huisartsenbesteding, die opgedeeld is in drie segmenten: 1. basiszorg, 2. ketenzorg en 3. innovatie en zorgvernieuwingenprojecten. De logistiek bestaat uit het identificeren en kenmerken van de in aanmerking komende patiënten, dezen uitnodigen voor laboratoriumdiagnostiek en inplannen op het spreekuur. De consulten worden uitgevoerd door geschoolde verpleegkundigen (de POH-S) en nabesproken met de huisarts. Indien nodig vindt overleg plaats met een internist of longarts, waarbij de specialist meekijkt in de betreffende gegevens van het huisartseninformatiesysteem (HIS), mits de patiënt dat toestaat.

De NHG-standaard CVRM doet aanbevelingen voor het opstellen van een cardiovasculair risicoprofiel, monitoring en beleid bij risicogroepen (<https://www.nhg.org/actueel/nieuws/multidisciplinaire-richtlijn-cvrm-herzien>). Maar patiënten met een ernstige psychische aandoening (EPA) zijn hierin niet als een specifieke risicogroep opgenomen. Dat is een ommissie want ze worden daardoor niet automatisch opgeroepen terwijl het sterk aangetoond is dat ze een verhoogd risico hebben op het metabool syndroom en hart- en vaatziekten.

Zorggerelateerde preventie bij patiënten met EPA

Patiënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA) ervaren vaak beperkingen in het maatschappelijk en sociaal functioneren. Ook gebrekkige zelfzorgvaardigheden, initiatiefarmoede of verminderd ziektebesef en/of-inzicht kunnen compliceren in het uitvoeren van en deelnemen aan zorggerelateerde preventie. Bloedafname, een bezoek aan de huisarts of het wachten op een laboratoriumuitslag kan extra spanning veroorzaken. Dit alles maakt extra ondersteuning nodig. Soms door een partner of huisgenoot, maar vaak is ook professionele ondersteuning nodig.

Leefstijlgeneeskunde voor patiënten met EPA is een stapsgewijs proces. De eerste stap is toewerken naar acceptatie van de aandoening en de noodzaak van leefstijlveranderingen. Vervolgens dienen de gezondheidsvaardigheden in kaart te worden gebracht. Het vergt soms meerdere huisbezoeken om hierop goed zicht te krijgen. Patiënten en hun familie vinden het exploreren van de zelfzorg en de tekortkomingen daarin een taak van de SGGZ (van Hasselt e.a. 2013). Huisartsen doen zelden ongevraagd huisbezoeken en zien de hiaten in de zelfzorg pas als het thuis uit de hand loopt of als de familie aan de bel trekt. De derde stap

is het aanvragen van noodzakelijke ondersteuning op medische indicatie. Te denken valt aan warmemaaltijdbe-zorging of deelname aan gezamenlijke maaltijden in een naburig verzorgingshuis, bewegen onder begeleiding van fysiotherapie, een wandelclubje met lotgenoten, leren omgaan met een timer op de mobiele telefoon ter verbetering van de dagstructuur of begeleiding door ervaringsdeskundigen.

Gezamenlijke zorg

In 2019 hebben de huisartsen hun kernwaarden en kern-taken herijkt en is 'gezamenlijke zorg' als kernwaarde toegevoegd aan de persoonsgerichte, medisch-generalistische en continue zorg (<https://www.lhv.nl/uw-beroep/over-de-huisarts/kernwaarden-en-toekomstvisie>).

Als zorgtaken over meerdere partijen verdeeld zijn, is het belangrijk dat iedereen weet heeft van elkaar en samen-werkt. Dit samenwerken in een netwerk rond de patiënt is nog niet de standaard gang van zaken bij patiënten met EPA. Uit onderzoek blijkt dat patiënten en hun naasten, maar ook huisartsen dit als een knelpunt in de zorg ervaren.

Die samenwerking kan op diverse momenten in het zorg-proces vormgegeven worden, bijvoorbeeld bij de jaarlijkse controles van gewicht, bloeddruk, glucose- en cholesterol-waardes. Momenteel sturen ggz-professionals vaak uitsla-gen door naar de huisarts zonder te overleggen over een passend beleid, terwijl de huisartsenpraktijk extra opties heeft voor patiënten met hoge bloeddruk of obesitas. Zij komen in aanmerking voor het CVRM-spreekuur en een patiënt die rookt kan naar de POH-S voor adviezen onder-steund door medicatie en voorlichting op Thuisarts.nl. Soms worden zowel in de huisartsenpraktijk als in de SGGZ bloedmonsters afgenomen voor dezelfde bepalingen; dit is een onnodige belasting voor de patiënt.

Juist patiënten met een psychische aandoening hebben baat bij een sluitend zorgsysteem, waarbij de samen-werking niet hiërarchisch is, maar complementair: ketenzorg. Patiënten die langdurig psychofarmaca gebruiken, hebben vaak meerdere somatische aandoeningen en de huisarts is hiervan goed op de hoogte. Eén telefoontje naar de huisarts kan doelmatiger zijn dan als psychiater zelf een uitgebreid somatisch onderzoek te doen. Bovendien zullen huisartsen zich gewaardeerd voelen voor hun zorg voor psychiatrische patiënten als zij betrokken worden in een gezamenlijk beleid.

Nieuwe ontwikkelingen

Enkele zorggroepen bieden een zorgprogramma voor patiënten met EPA, geïnitieerd door een *kaderhuisarts ggz*. Kaderhuisartsen zijn huisartsen met bijzondere medisch-inhoudelijke en organisatorische bekwaamheden op een

specifiek gebied, bijvoorbeeld diabetes mellitus, palliatieve zorg of de ggz (zie www.psyhag.nl). Zij adviseren de zorg-groepen, implementeren de richtlijnen en geven consulta-tie aan de POH's of collega-huisartsen. Zij hebben een tweejarige opleiding gevolgd en zijn geregistreerd bij het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheid (www.CHBB.nl).

Het EPA-programma bestaat uit (half)jaarlijkse evaluatiege-sprekken met aandacht voor de psychische en lichamelijke gezondheid, de leefomstandigheden en de leefstijl. De consulten worden uitgevoerd door een verpleegkundig specialist of een POH-ggz (mits voldoende bekwaam) samen met de POH-S en er is een consulent-psychiater bij betrok-ken. Dit zorgprogramma is een zorginnovatie en wordt bekostigd vanuit segment 3 van de huisartsenbekostiging, de preferente zorgverzekeraar beslist over het al dan niet toekennen hiervan.

DISCUSSIE

Er is weinig onderzoek gedaan naar het effect van leefstijl-interventies bij patiënten met EPA in de huisartsenpraktijk. Sowieso is er weinig bekend over het rendement van leef-stijlinterventies bij deze groep op lange termijn. De studies zijn matig van kwaliteit en duren 2 tot hooguit 6 maanden na de interventie (Bruins e.a. 2014). Het lijkt erop dat con-tinue begeleiding effectiever is dan een kortdurende interventie (Naslund e.a. 2017).

Huisartsen stimuleren patiënten in zelfmanagement of zetten extra hulp in als het niet lukt. Verlies aan regie over de zelfzorg ontstaat vaak sluipend en dat bemoeilijkt het tijdig herkennen van de noodzaak tot opschalen van de leefstijlinterventies. Daarbij komt dat patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden de leefstijlaanwijz-in-gen als stressvol of betuttelend kunnen ervaren en con-frontaties hierover uit de weggaan. Een niet-moraliserende open houding is hierin cruciaal. Huisartsen streven ernaar laagdrempelig zorg te bieden. Per slot van rekening moeten alle patiënten, ook de zorgmijders, zo min mogelijk barri-ères ervaren om bij acute gezondheidsproblemen hulp van hun huisarts te vragen.

Psychische klachten en lichamelijke gezondheid zijn sterk met elkaar verweven. Een integrale aanpak van de SGGZ samen met de huisarts gericht op verbetering van het functioneren en de kwaliteit van leven ligt het meest voor de hand. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen welk organisatie- en financieringsmodel hierbij het beste past.

CONCLUSIE

Huisartsen en hun POH's bespreken leefstijlveranderingen bij psychische klachten. Daarnaast bieden ze ketenzorg-programma's voor alle patiënten met diabetes mellitus,

COPD of een verhoogd cardiovasculair risicoprofiel. Er zijn lokale initiatieven van kaderhuisartsen ggz om ketenzorg voor patiënten met EPA te implementeren. Leefstijlgeneskunde vereist bij uitstek een gezamenlijke aanpak van

huisartsen en sggz, maar deze samenwerking staat nog in de kinderschoenen. De sggz kan veel meer gebruikmaken van de expertise en de mogelijkheden van de huisarts.

LITERATUUR

- Aschbrenner KA, Muewer KT, Bartels SJ, Pratt SI. Perceived social support for diet and exercise among persons with serious mental illness enrolled in a healthy lifestyle intervention. *Psychiatr Rehab J* 2013; 36: 65-71.
- Bruins J, Pijnenborg GHM, van den Heuvel ER, Visser E, Corpeleijn E, Bartels-Velthuis e.a. Persistent low rates of treatment of metabolic risk factors in people with psychotic disorders: a PHAMOUS study. *J Clin Psychiatry* 2017; 78: 1117-25.
- Bruins J, Jörg F, Bruggeman R, Slooff C, Corpeleijn E, Pijnenborg M. The effects of lifestyle interventions on (long-term) weight management, cardiometabolic risk and depressive symptoms in people with psychotic disorders: a meta-analysis. *PLoS ONE*. 2014; 9: e112276.
- Firth J, Rosenbaum S, Stubbs B, Gorczynski P, Yung AR, Vancampfort D. Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2016; 46: 2869-991.
- 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 views of patients and families. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 426.
- 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* 2015; 131: 1387-96.
- van den Muijsenbergh M, Oosterberg E, Houwen J. C. Complexe zorg: wat werkt in de praktijk? *Ned Tijdschr Geneesk* 2019; 163: D4508.
- Naslund JA, Whiteman KL, McHugo GJ, Aschbrenner KA, Marsch LA, Bartels SJ. Lifestyle interventions for weight loss among overweight and obese adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2017; 47: 83-102.
- Oud MJT, Schuling J, Slooff C, Groenier KH, Dekker J, Meyboom-de Jong. Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective. *BMC Fam Pract* 2009; 10: 29.
- Oud MJT, Schuling J, Slooff C, Groenier KH, Verhaak PFM, Dekker J. Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study. *BMC Fam Pract* 2010; 11: 92.
- Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Wampers M, Ward PB, e.a. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-Analysis. *World Psychiatry* 2015; 14: 339-47.

SUMMARY

Role of the GP in the lifestyle of patients with mental illnesses

M.J.T. OUD

- BACKGROUND** Prevention is a core task of general practitioners (GPs) and practice nurses. For a patient with a physical or psychological complaint, they broaden the conversation to include possible lifestyle factors. Patients with mental illness often have reduced health skills.
- AIM** To provide better insight into the role of the GP in the lifestyle of patients with psychological complaints or disorders.
- METHOD** To describe indicated and care-related prevention in primary care, including the working methods of GPs, integrated care, the GP care groups with general practitioners and the importance of cooperation with specialist mental health care.
- RESULTS** If a patient presents with physical or mental health complaints, the GP investigates a potential link with the patient's lifestyle. The GP discusses this with the patient or delegates to the practice nurse for a trajectory of intensive lifestyle guidance. GPs work according to the principle of 'stepped care', light intensity of guidance when possible and high intensity when needed. In general practice, multidisciplinary health care programmes are implemented for chronic diseases such as diabetes mellitus, COPD, or cardiovascular disorders. Patients with severe mental illness have a higher prevalence of these chronic diseases and, moreover, they experience barriers in managing their lifestyle.
- CONCLUSION** Diagnostics and treatment of these patients are a joint responsibility of primary and specialist health care but standardized systems for collaboration between these two have not been established yet. Psychiatrists could benefit much more from the knowledge and facilities that the GP can offer.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)11, 968-973

KEY WORDS general practitioner, prevention, lifestyle, multidisciplinary care, mental illness