



multidisciplinaire richtlijn
Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische
aandoening

februari 2015
Utrecht

Colofon

Verantwoordelijke instanties

Opdrachtgever: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
Postbus 8212
3503 RE Utrecht
Website: www.venvn.nl
Email: info@venvn.nl
Tel: 030 291 90 50

Uitvoering: Trimbos Instituut



In samenwerking met: Nederlandse Vereniging van Artsen somatisch werkzaam in de psychiatrie (NVSAP)
Vereniging Ypsilon
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Federatie Vaktherapeutische beroepen (FVB)
Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMV)
Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
Landelijk platform GGZ (LP-GGZ)
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
V&VN Verpleegkundig Specialisten
V&VN Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen
V&VN Consultatieve Psychiatrie

Werkgroep en klankbordgroep:

Een overzicht van de leden van de werkgroep en klankbordgroep staat weergegeven in bijlage 1.

Tekstredactie: Textability

Bij vragen over de richtlijn kunt u terecht bij V&VN: info@venvn.nl.

De richtlijn is te bekijken en te downloaden op: www.venvn.nl.

Financieel mogelijk gemaakt door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.



Rijksoverheid

Auteurs

Jolanda Meeuwissen, Berno van Meijel, Ronald van Gool, Sonja van Hamersveld, Merlijn Bakkenes, Anneriek Risseeuw, Titia Feldmann, Anneke Wijtsma-van der Kolk, Matthijs Rümke, Evelyn Sloots-Jongen, Ingrid van Vuuren, Maarten Bak, Katie Dermout, Marieke van Piere, Digna van der Kellen, Paul de Heij, Richard Starmans, Cilia Daatselaar, Christine van Veen en Marleen Hermens (Wergroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl)

Naar deze richtlijn kan als volgt worden verwezen:

Meeuwissen JAC, Meijel B van, Gool R van, Hamersveld S van, Bakkenes M, Risseeuw AH, Feldmann CT, Wijtsma-van der Kolk A, Rümke M, Sloots-Jongen EMJN, Vuuren I van, Bak M, Dermout K, Piere M van, Kellen D van der, Heij P de, Starmans R, Daatselaar C, Veen C van en Hermens M (Wergroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl) (2015). Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: V&VN.

Deze richtlijn is geautoriseerd door:

Nederlandse Vereniging van Artsen somatisch werkzaam in de psychiatrie (NVSAP)
Vereniging Ypsilon
Federatie Vaktherapeutische beroepen (FVB)
Ergotherapie Nederland
Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMV)
Nederlandse Vereniging van Dietisten (NVD)
Landelijk platform GGZ (LP-GGZ)
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)

Deze richtlijn is inhoudelijk goedgekeurd door:

V&VN Verpleegkundig Specialisten
V&VN Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen
V&VN Consultatieve Psychiatrie
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ¹

¹ De NHG gaat niet akkoord met de indicatoren 1, 2 en 3 (zie bijlage onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015) omdat deze onvoldoende geoperationaliseerd en onuitvoerbaar zijn in de huisartsenpraktijk

Inhoud

Colofon.....	2
1 Inleiding.....	5
1.1 Waarom deze richtlijn?.....	5
1.2 Voor wie is deze richtlijn bedoeld?.....	5
1.3 Over wie gaat deze richtlijn?.....	6
1.4 Waar gebruik je de richtlijn voor?.....	6
1.5 Hoe is de richtlijn gemaakt?.....	7
2 Leefstijlverbetering bij mensen met een ernstige psychische aandoening	8
2.1 Gezondheidsaspecten en leefstijlinterventies.....	8
2.2 Welke interventies zijn aanbevolen?.....	8
Gewichtsmanagement (beweging, voeding)	9
Welbevinden en ontspanning	10
Roken en alcohol- en drugsmisbruik	10
2.3 Aanbevelingen algemeen.....	10
2.4 Aanbevelingen gewichtsmanagement	10
2.5 Aanbevelingen welbevinden en ontspanning.....	11
2.6 Aanbevelingen beperken (genots)middelengebruik.....	11
2.7 Aanbevelingen voorkómen onveilig en ongezond seksueel gedrag.....	11
2.8 Aanbevelingen bevorderen mondhygiëne	11
2.9 Aanbevelingen onderzoek.....	11
3 Leefstijlbegeleiding met een leefstijlplan	12
3.1 Leefstijlanamnese	12
3.2 Aanbevelingen leefstijlanamnese.....	12
3.3 Van leefstijlanamnese naar leefstijlplan.....	14
3.4 Aanbevelingen van leefstijlanamnese naar leefstijlplan	14
3.5 Ondersteunen en begeleiden.....	14
Coachen en motiveren	15
Motiverende gespreksvoering en andere strategieën	15
3.6 Aanbevelingen ondersteunen en begeleiden.....	15
3.7 Monitoring, evaluatie en verslaglegging.....	15
3.8 Aanbevelingen monitoring, evaluatie en verslaglegging.....	16
4 Rol van familie en naastbetrokkenen.....	17
4.1 Sociale omgeving.....	17
4.2 Aanbevelingen familie en naastbetrokkenen	17
5 Voorwaarden voor goede zorg	18
5.1 Kennis, uitvoering en verantwoordelijkheden	18
5.2 Aanbevelingen kennis en beleid	18
5.3 Aanbevelingen coördinatie, multidisciplinaire samenwerking en continuïteit van zorg	19
Referenties.....	19
Bijlage 1 – Leden van de werkgroep en klankbordgroep.....	23

1 Inleiding

1.1 Waarom deze richtlijn?

Een gezonde leefstijl speelt een cruciale rol in de gezondheid van mensen. Een ongezonde leefstijl is een risicofactor voor uiteenlopende somatische aandoeningen. Onderzoek wijst uit dat veel mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) een ongezonde leefstijl hebben (waaronder ongezonde voeding, inactiviteit en roken). Zij hebben ook vaak één of meerdere lichamelijke aandoeningen (comorbiditeit of multimorbiditeit).^{1,2}

Naast een ongezonde leefstijl is langdurig medicatiegebruik een belangrijke factor in het ontstaan van lichamelijke problemen bij deze patiëntengroep.³ Dit langdurige medicatiegebruik draagt bij aan een ongezonde leefstijl of belemmert initiatieven tot gezonder gedrag.⁴ Een bijkomend probleem is dat zorg voor deze patiëntengroep minder toegankelijk is, doordat zij gezondheidsklachten niet tijdig of volledig bij de huisarts melden.⁵ Daarnaast kunnen hulpverleners pessimistisch zijn over het effect van inspanningen gericht op leefstijlbevordering of weten zij niet goed welke activiteiten ter bevordering van een gezonde leefstijl passend zouden zijn.⁶ Hierdoor blijft de aandacht voor een gezonde leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening achter bij wat wenselijk en mogelijk is.⁶⁻⁸ De gevolgen hiervan zijn voor zowel patiënten als voor de familie en naastbetrokkenen groot. Ongezonder leven heeft grote negatieve gevolgen voor de gezondheid en daarmee voor de levensverwachting en de kwaliteit van leven van de patiënt.^{9,10} Door frequenter en langdurig gebruik van de zorg zijn directe en indirecte zorgkosten hoog.

Met behulp van gerichte leefstijlinterventies kunnen de risicofactoren voor veel voorkomende lichamelijke aandoeningen bij mensen met een ernstige psychische aandoening gunstig worden beïnvloed.¹¹

Professionals in de ggz (huisartsenzorg inclusief POH-ggz, generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz) vervullen een belangrijke rol bij het herkennen van lichamelijke aandoeningen en het bevorderen van een gezonde leefstijl bij patiënten. Dit doen zij vanuit de principes van shared-decision-making in samenwerking met de patiënt. Echter, een tekort aan kennis en vaardigheden op het gebied van leefstijlbevordering bij ggz-hulpverleners houdt de bestaande onderdiagnostiek en onderbehandeling van lichamelijke gezondheidsproblemen mede in stand. Deze richtlijn beoogt ggz-professionals - in het bijzonder verpleegkundigen - te ondersteunen bij het bevorderen van een gezonde leefstijl en het uitvoeren van leefstijlinterventies bij mensen met een ernstige psychische aandoening.

1.2 Voor wie is deze richtlijn bedoeld?

Deze richtlijn is een hulpmiddel voor alle beroepsgroepen die zorg verlenen aan patiënten met een ernstige psychische aandoening: verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, sociaal-psychiatisch verpleegkundigen (SPV'en), consultatief-psychiatisch verpleegkundigen, psychologen, psychiaters, klinisch geriater, artsen somatisch werkzaam in de ggz, internisten in de ggz, huisartsen, POH-ggz, physician assistants in de ggz, psychomotorisch therapeuten, fysiotherapeuten, diëtisten, sociotherapeuten, ergotherapeuten en ggz-agogen. De activiteiten in deze multidisciplinaire richtlijn zijn in het bijzonder uitgewerkt voor verpleegkundigen.

Vanwege de herordering van de ggz per 1 januari 2014 zijn deze aanbevelingen daarnaast ook zeer toepasbaar voor de POH-ggz, aangezien de patiëntstromen naar verwachting zullen verschuiven van de gespecialiseerde ggz naar de generalistische ggz.

Aanbevolen is om een verpleegkundige in de rol van casemanager aan te stellen als eerstverantwoordelijke voor de continuïteit en coördinatie van de leefstijlbegeleiding aan de individuele patiënt. De casemanager draagt ook zorg voor (het bewaken van) de uitvoering van de leefstijlbegeleiding en leefstijlinterventies. De uitvoering vindt plaats in samenwerking met andere disciplines. De verantwoordelijkheid hiervoor kan, afhankelijk van de aard van de te verrichten activiteiten, bij andere disciplines liggen. Leefstijlbegeleiding wordt uitgevoerd in goede afstemming en communicatie met de patiënt en de hoofdbehandelaar (onder meer: medisch specialist (psychiater), klinisch psycholoog, GZ-psycholoog, huisarts en verpleegkundig specialist).

De rol van casemanager kan door verschillende disciplines met medische of verpleegkundige kennis op het gebied van leefstijl worden vervuld. Vaak zal het vanwege de praktische haalbaarheid de eerstverantwoordelijke verpleegkundige, verpleegkundig specialist, POH-ggz, of SPV zijn die door zijn centrale positie in de zorg voor de patiënt de verantwoordelijkheid kan dragen voor een adequate leefstijlbegeleiding. De casemanager zal over competenties op minimaal HBO-niveau dienen te beschikken om deze rol te kunnen vervullen.

1.3 Over wie gaat deze richtlijn?

De richtlijn richt zich op volwassen patiënten (18-65 jaar) met een ernstige psychische aandoening of een verhoogd risico waarbij¹²:

- er sprake is van een psychische stoornis, die zorg of behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie);
- en die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie);
- en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van de psychische stoornis;
- en die niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren);
- en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

In Nederland gaat het in totaal om ongeveer 160.000 patiënten in de ggz tussen de 18 en 65 jaar, inclusief verslavingszorg en forensische zorg. Als ouderen en jeugdigen worden meegeteld, betreft het naar schatting 216.000 patiënten.¹²

Onder de categorie *ernstige psychische aandoening* vallen altijd de diagnoses stoornissen in het psychosespectrum, bipolaire stoornissen en depressie met psychotische kenmerken. Overige diagnoses (zoals depressie, aan middelen gebonden stoornissen of persoonlijkheidsstoornissen) kunnen er ook toe behoren wanneer deze voldoen aan bovenstaande criteria. Veel patiënten hebben een ernstige psychische aandoening in combinatie met al of niet primaire verslavingsproblematiek. Wegens het verhoogde risico op het ontwikkelen van een ernstige psychische aandoening (en de daarbij behorende gezondheidsrisico's) is deze richtlijn ook van toepassing op patiënten met een eerste psychose, hoewel ze niet voldoen aan de criteria van de definitie.

1.4 Waar gebruik je de richtlijn voor?

Richtlijnen vatten beschikbare kennis voor professionals overzichtelijk samen en bevorderen gewenst handelen. Deze richtlijn helpt hulpverleners, met name verpleegkundigen, om passende leefstijlinterventies uit te voeren bij mensen met een ernstige psychische aandoening en beschrijft de samenhangende (deel)activiteiten die een gezonde leefstijl van deze groep mensen helpen bevorderen. De richtlijn geeft verder aan hoe activiteiten dienen te worden afgestemd met gerelateerde activiteiten, die binnen het domein van andere disciplines vallen.

Voor de activiteiten op het gebied van leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening vormt de *Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening (2015)*¹³ de basis. Voor het inzetten van screeningsinstrumenten en de controle op medicatiegebruik wordt verwezen naar deze richtlijn. De uitkomsten van de screening worden meegenomen als startpunt van leefstijlbevordering en leefstijlbegeleiding. Mede op basis van de somatische screening wordt er halfjaarlijks een leefstijlanamnese afgenomen.

De richtlijn ondersteunt je bij wat je moet weten en doen om een gezonde leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening te bevorderen. Meer specifiek geeft de richtlijn handvatten bij de volgende vragen:

- Op welke aspecten van leefstijl moeten leefstijlinterventies worden ingezet en welke zijn specifiek geschikt voor het bevorderen van een gezonde leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening? → hoofdstuk 2 Leefstijlverbetering bij mensen met een ernstige psychische aandoening
- Hoe ga ik te werk bij een leefstijlanamnese? Hoe moet ik leefstijlinterventies inzetten? Wanneer en bij wie? Hoe vaak? Welke ondersteunende en vervolgcacties kan ik doen? Wat je moet doen in dit proces is weergegeven in het stroomschema Leefstijlbegeleiding (figuur 1, blz. 15). Het hoofdstuk volgt de stappen in dit schema. → hoofdstuk 3 Leefstijlbegeleiding met een leefstijlplan

De richtlijn gaat ook in op meer voorwaardelijke zaken om het proces van leefstijlbegeleiding optimaal te laten verlopen:

- Wat kunnen familie en naastbetrokkenen betekenen bij het bevorderen van een gezonde leefstijl? → hoofdstuk 4 Rol van familie en naastbetrokkenen
- Wat heb ik nodig van mijn instelling of van mijn team om effectief een gezonde leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening te bevorderen? → hoofdstuk 5 Voorwaarden voor goede zorg

1.5 Hoe is de richtlijn gemaakt?

Deze richtlijn werd in opdracht van de beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN) ontwikkeld door een multidisciplinair samengestelde werkgroep en een klankbordgroep, ondersteund door de projectgroep. In de werkgroep waren hulpverleners vanuit relevante beroepsverenigingen en vertegenwoordigers vanuit cliënten- en familieorganisaties op het gebied van lichamelijke zorg aan mensen met een ernstige psychische aandoening afgevaardigd. Met de concepttekst is een praktijktest uitgevoerd in drie ggz-instellingen met als doel zicht te krijgen op de praktische toepasbaarheid van de richtlijn en op specifieke activiteiten die nodig zijn om de richtlijn in de praktijk te kunnen invoeren.

Deze richtlijn is gebaseerd op resultaten van wetenschappelijk onderzoek, grijze literatuur, praktijk- en ervaringskennis van professionals en op de voorkeuren van patiënten en familie. De totstandkoming en de onderbouwing van deze richtlijn worden volledig beschreven en verantwoord in een apart rapport.¹⁴

2 Leefstijlverbetering bij mensen met een ernstige psychische aandoening

De verschillende aspecten van een gezonde leefstijl kunnen worden samengevat middels de BRAVO-criteria: meer bewegen, niet roken, minder alcohol, gezondere voeding, veilig vrijen, veiligheid en voldoende ontspanning.¹⁵ Paragraaf 2.1 bespreekt de gezondheidsaspecten waarop leefstijlinterventies bij mensen met een ernstige psychische aandoening zich kunnen richten.¹⁴ Vervolgens worden beschikbare leefstijlinterventies besproken die zich richten op deze gezondheidsaspecten (par. 2.2). Aansluitend worden aanbevelingen gegeven voor elk van deze gezondheidsaspecten.

2.1 Gezondheidsaspecten en leefstijlinterventies

Leefstijlinterventies richten zich bij mensen met een ernstige psychische aandoening bij voorkeur op de volgende aspecten, die in de leefstijlanamnese aan de orde dienen te komen:

1. Voeding en eetpatroon (inclusief koffie en energiedranken)
2. Bewegen en sport
3. Welbevinden en ontspanning (de balans tussen belasting en belastbaarheid)
4. Middelengebruik (tabak, alcohol, koffie, medicatie zonder recept, drugs)
5. Slapen (dag- en nachtritme, opstaan)
6. Seksueel gedrag en SOA-preventie
7. Hygiëne (waaronder mondhygiëne)

Succesvolle leefstijlinterventies zijn afgestemd op een specifieke doelgroep. De interventies bestaan uit verschillende deelactiviteiten die in samenhang worden uitgevoerd. Uitvoering ervan vereist voldoende tijd om duurzame verandering een kans te geven.¹⁵ Aansluiting zoeken bij (initiatieven van) patiëntenorganisaties en gemeenten bevordert de duurzame uitvoering en maatschappelijke inbedding van leefstijlverbetering van mensen met een ernstige psychische aandoening. Wandel- en kookgroepen sluiten bijvoorbeeld aan bij het idee van de participatiesamenleving en ook met een laag budget is deelname hieraan mogelijk. Zelfhulpgroepen en lotgenotencontact georganiseerd vanuit patiëntenorganisaties en het HEE-team (Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid) kunnen een gezonde leefstijl helpen bevorderen.

Op individueel niveau is het van belang patiënten te stimuleren om zich aan afspraken te houden (therapietrouw) en open te staan voor het opvolgen van adviezen. Patiënten die zich aan leefstijladviezen houden ervaren profijt. Echter, uit onderzoek is ook bekend dat een substantieel deel van de patiënten uitvalt. Aandacht voor therapietrouw is dus van groot belang bij de planning en uitvoering van leefstijlinterventies.

2.2 Welke interventies zijn aanbevolen?

Het ontbreekt aan onderzoek naar de langetermijneffecten van leefstijlinterventies op de lichamelijke en mentale gezondheid van mensen met een ernstige psychische aandoening. Ook is er geen informatie beschikbaar over het meest geschikte moment van aanbieden van leefstijlinterventies en over de manier waarop patiënten het beste gemotiveerd kunnen worden. Wel lijkt er een goede theoretische basis te zijn om leefstijlinterventies aan te bieden en er lijken geen ongewenste bijwerkingen op te treden.¹⁶ Uit publicaties blijkt dat zowel begeleiders als deelnemers erg enthousiast zijn over leefstijlinterventies. Deelnemers ervaren positieve effecten, zowel lichamelijk, psychologisch en sociaal.

Evidentie

Het NIVEL deed uitgebreid onderzoek naar de effecten van leefstijlinterventies bij ernstige psychische aandoeningen. De belangrijkste leefstijlveranderingen voor mensen met een ernstige psychische aandoening zijn: stoppen met roken, gewichtsmanagement, meer bewegen en gezonde voeding.^{11 17} Er is weinig onderzoek naar leefstijlinterventies bij mensen met een ernstige psychische aandoening uitgevoerd en de beschikbare studies schieten methodologisch tekort. Daardoor kunnen we geen harde uitspraken doen of goed in kaart brengen in hoeverre (specifieke) interventies (voor specifieke diagnostische categorieën) daadwerkelijk effectief zijn. Toch zijn er aanwijzingen dat bepaalde interventies werkzaam zijn.

Gewichtsmanagement (beweging, voeding)

Het is cruciaal om bij het kiezen van een bewegingsinterventie aan te sluiten bij de voorkeuren (of hobby's) en het lichamelijke prestatieniveau van de patiënt. Het lijkt het meest effectief om interventies op het gebied van beweging (cardio-, krachttraining) en voeding (eetpatroon, dieet) niet afzonderlijk, maar geïntegreerd aan te bieden: (dieet)adviezen, beweegprogramma's en gedragsmatige interventies gecombineerd.^{11 18} Interventies gericht op het voedings- en bewegingspatroon zijn toepasbaar bij mensen met een ernstige psychische aandoening en hebben weliswaar gunstige, hoewel kleine effecten.^{11 19-21} Minimaal een half uur volgehouden zou aerobische training (zoals fietsen of zwemmen), eventueel aangevuld met krachttraining, zowel de metabole als de neurologische, musculaire en cardiovasculaire systemen een gunstige prikkel geven. Ook zou een half uur beweging voor patiënten acceptabel en haalbaar zijn.²² Fitness heeft gunstige effecten op de mentale gezondheid (positieve en negatieve symptomen, depressie symptomen en zorgbehoefte) en cardiorespiratoire fitheid van patiënten met schizofrenie, als zij gemotiveerd zijn om 1 à 2 keer per week deel te nemen.²³ Interventies gericht op gezonder eten en meer bewegen kunnen ook gunstige effecten hebben op de psychische gezondheid en ervaren welzijn.^{19 21} Bij (de start van) gebruik van antipsychotica is het van belang zo spoedig mogelijk interventies in te zetten die gewichtstoename voorkómen.^{24 25} Monitoren van het gebruik en effecten van medicatie is nodig omdat de behandeling met psychofarmaca gepaard kan gaan met veel verschillende bijwerkingen.^{26 27}

Psychofarmaca en gewichtsmanagement: werk preventief

De verpleegkundige heeft een belangrijke taak om een of meerdere interventies voor gewichtsmanagement in verband met medicatiegebruik in het leefstijlplan op te nemen. Plan direct bij het starten van psychofarmaca – in direct overleg met de patiënt – preventieve interventies ter voorkoming van gewichtstoename door medicatiegebruik en draag zorg voor uitvoering van deze interventies. Overweeg of een preventief consult bij een gespecialiseerd diëtist psychiatrie nodig is, zo nodig gevolgd door verdere begeleiding van de diëtist.

Voedingsvoorlichting

De verpleegkundige heeft een belangrijke taak bij voorlichting ter bevordering van een gezond voedings- en eetpatroon. Voedingsvoorlichting, individueel of als groepsbehandeling, kan ook worden gegeven door een diëtist. Individuele begeleiding wordt bij voorkeur ondersteund door een gespecialiseerd diëtist (lid netwerk Diëtisten Psychiatrie Nederland, DPN).

Bewegen

Voor volwassenen is de norm 30 minuten bewegen per dag, in blokjes van minimaal 10 minuten, ten minste 5 dagen per week, matig intensief (licht verhoogde hartslag en ademhaling). Voor mensen met een hoge BMI is de norm twee keer 30 minuten bewegen per dag. Bedenk dat iedere minuut extra activiteit, bijvoorbeeld door een klein rondje wandelen, al winst is. Hulpverleners kunnen een belangrijk verschil maken door de patiënt te motiveren om mee te wandelen of mee te doen aan andere niet-zittende activiteiten.

Voorbeelden van interventies

Big!Move GGZ – Een beweegprogramma waarvan de effectiviteit bij mensen met een ernstige psychische aandoening is onderzocht. Eerder is onderzoek gedaan naar de effecten bij mensen met overgewicht, suikerziekte, hart- en vaatziekte en lage sociaal-economische status (SES). Veel deelnemers zijn enthousiast en vinden het leuk om mee te doen. De meesten voelen zich gezonder, zitten lekkerder in hun vel en hebben meer sociale contacten. Mogelijk vermindert de zorgvraag (huisartsbezoek) als gevolg van deelname.²⁸

Bewegen met plezier – Deelnemers krijgen een combinatie van advies (bewegen, dieet) en groepsgewijs sporten onder begeleiding. Een kleine evaluatie onder 15 schizofreniepatiënten met overgewicht die antipsychotica gebruikten liet mogelijke, kleine gunstige resultaten zien op lichaamsgewicht en welbevinden van deze mensen.²⁹

Health4U – In een onderzoek onder 76 mensen met een ernstige psychische aandoening uit tien Nederlandse ggz-instellingen die psychofarmaca (met name antipsychotica) gebruikten, werden kleine positieve effecten gevonden op het welbevinden, het gewicht en op het aantal contacten met lotgenoten. Vooral vrouwen met een ernstige psychische aandoening lijken baat te hebben.³⁰

Cognitieve fitness in de GGZ – Deze interventies is onderzocht bij 40 mensen met een ernstige psychische aandoening in drie ggz-instellingen. Er zijn aanwijzingen voor een verbetering in cognitieve vaardigheden en cognitieve flexibiliteit. De bloeddruk van de deelnemers daalde en zij zijn meer gaan sporten. Deelnemers waren enthousiast over de training, en meldden beter in hun vel te zitten en meer energie te hebben.³¹

Welbevinden en ontspanning

Yoga en progressieve spierontspanning lijken gunstige effecten te hebben op de psychische gezondheid.³² Gezonder eten en meer bewegen kunnen hierbij indirecte positieve effecten hebben op mentaal welbevinden.^{19 21}

Roken en alcohol- en drugsmisbruik

De interventies om te stoppen of te minderen met roken die onderzocht zijn bij andere groepen mensen (antidepressivum Bupropion, nicotinevervangers, een financiële beloning) lijken ook effectief te zijn voor mensen met een ernstige psychische aandoening.^{11 16 20 25}

Voor psychosociale interventies is er nog te weinig bewijs dat deze effectief zijn. Een combinatie van verschillende interventies lijkt vaak het beste te werken.¹⁶ Psychologische interventies gericht op het verminderen van alcoholmisbruik kunnen effectief zijn bij mensen met een ernstige psychische aandoening.²⁰

Stoppen (of minderen) met roken

De verpleegkundige begeleidt de patiënt bij het stoppen met roken volgens de Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving (CBO/Partnership Stop met Roken, 2009).³³ Bewezen effectieve interventies op dit gebied zijn:

- MIS: de Minimale Interventiestrategie voor stoppen-met-rokenbegeleiding;
- SST: Stop Smoke Therapy (voor patiënten met COPD);
- Pakje Kans Groepstraining;
- Persoonlijke coaching;
- Telefonische coaching.

Raadpleeg ook de interventies in het kwaliteitsregister Stoppen met Roken.³⁴

Individualiseer leefstijlinterventies en stem deze af op de mogelijkheden, beperkingen, klachten, motivatie, doelen en voorkeuren of hobby's van de patiënt. Dit kan inhouden dat er begonnen wordt met het werken aan één gezondheidsaspect om de kans op een succeservaring zo groot mogelijk te houden.

2.3 Aanbevelingen algemeen

Bied mensen met een ernstige psychische aandoening leefstijlinterventies aan, individueel of in groepsverband, die *specifiek* voor deze doelgroep zijn ontwikkeld. Sluit als die er niet zijn aan bij lokale, laagdrempelige, algemene initiatieven van gemeenten of maatschappelijke organisaties of zet deze zelf op. Overweeg daarbij ook zelfhulpgroepen en lotgenotencontact georganiseerd door patiënten- of familieorganisaties of het HEE-team als ondersteuning van leefstijlbevordering.

Ondersteun elke beoogde gedragsverandering met coaching en motiverende gespreksvoering. Motiverende gesprekstechnieken zijn belangrijk, maar wel naast daadwerkelijke praktische ondersteuning en gezamenlijke actie ondernemen.

Betrek zo mogelijk familie en naasten bij de inspanningen ter bevordering van een gezondere leefstijl. → hoofdstuk 4

2.4 Aanbevelingen gewichtsmanagement

Zet specifieke interventies in om de mentale gezondheid en cardiorespiratoire fitheid te ondersteunen zijn, zoals fitness, beweegprogramma, 30 minuten bewegen per dag.

Wees erop bedacht dat plezier voorop dient te staan bij beweegprogramma's, die bij voorkeur lokaal en laagdrempelig zijn.

Zorg dat het beweegprogramma haalbaar, aantrekkelijk en toegankelijk is.

Gebruik bij voorkeur beweeginterventies waarvoor wetenschappelijke onderbouwing is, bijvoorbeeld een combinatie van cardio- en krachttraining.

Plan in directe samenwerking met de patiënten die antipsychotica (gaan) gebruiken (preventieve) interventies aan om (verdere) gewichtstoename te voorkomen, en bevorder de uitvoering van deze interventies.

Overweeg een preventief consult bij een gespecialiseerd diëtist psychiatrie, zo nodig gevolgd door met vervolgbegeleiding.

Bied ter bevordering van een gezond voedings- en eetpatroon voedingsvoorlichting aan.

Bied op indicatie een individuele behandeling door een gespecialiseerd diëtist psychiatrie aan. Dat geldt in elk geval voor mensen met een ernstige psychische aandoening met obesitas, diabetes mellitus, hypertensie, dyslipidemia en een verhoogd cardiovasculair risico.

2.5 Aanbevelingen welbevinden en ontspanning

Overweeg yoga en aerobe inspanning om welbevinden te bevorderen en psychologische stress en toestandsangst te verminderen.

2.6 Aanbevelingen beperken (genots)middelengebruik

Zet zo mogelijk voor het stoppen of minderen met roken en andere (genots)middelen (koffie, alcohol, drugs) interventies in die specifiek zijn ontwikkeld voor mensen met (ernstige) psychische problematiek. Voorbeelden zijn de stoppen met roken-interventie 'Voel je vrij' en de Liberman-module 'Omgaan met verslaving'.

2.7 Aanbevelingen voorkómen onveilig en ongezond seksueel gedrag

Bied mensen met een ernstige psychische aandoening en (risico op) ongezond seksueel gedrag individuele voorlichting aan over het voorkómen van onveilig en ongezond gedrag, mede gericht op het optreden van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) en ongewenste zwangerschappen. Bied eventueel een "veilig vrijen" pakket met voorbehoedsmiddelen aan.

2.8 Aanbevelingen bevorderen mondhygiëne

Verwijs mensen met een ernstige psychische aandoening met een slechte mondhygiëne voor een consult met de mondhygiënist of de tandarts om een betere mondhygiëne te ondersteunen.

Ondersteun en motiveer de patiënt in het verlengde van de adviezen van de mondhygiënist bij het uitvoeren van goede mondzorg.

2.9 Aanbevelingen onderzoek

Voer onderzoek uit naar lange termijn-effecten van leefstijlinterventies bij mensen met een ernstige psychische aandoening, met aandacht voor het moment van aanbieden van de interventie en de manier waarop deelnemers kunnen worden gemotiveerd.

3 Leefstijlbegeleiding met een leefstijlplan

Aan de hand van het stroomschema in figuur 1 (blz. 13) kun je samen de patiënt aan de slag om een gezondere leefstijl te bevorderen. Dit hoofdstuk beschrijft wat je hiervoor moet doen: hoe je te werk gaat bij een leefstijlanamnese (par. 3.1 en 3.2), hoe je tot een leefstijlplan komt en wat dit moet omvatten (par. 3.3 en 3.4), hoe je leefstijlinterventies inzet, wanneer, bij wie en hoe vaak en hoe de ondersteunende activiteiten of vervolgacties eruit zien (par. 3.5 en 3.6). De monitoring, evaluatie en verslaglegging komt aan de orde in par. 3.7 en 3.8.

3.1 Leefstijlanamnese

Bij elke patiënt met een ernstige psychische aandoening dient eens per half jaar een leefstijlanamnese te worden afgenomen op belangrijke gezondheidsaspecten met een gestandaardiseerd instrument. De resultaten van deze leefstijlanamnese dienen te worden gecombineerd met de resultaten van de algemene somatische screening en medicatiemonitoring volgens de *Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening (EPA)* (2015).

Gestandaardiseerde instrumenten die screenen op de relevante gezondheidsaspecten en die geschikt zijn om door de verpleegkundige te worden gebruikt zijn Leefstijl-in-beeld^{35 47} en de VMSL-GGZ (Verpleegkundige Monitoring bij Somatiek en Leefstijl)³⁶

Al bij de leefstijlanamnese kun je werken aan bewustwording door te praten over motivatie en inpassing van leefstijlveranderingen in het dagelijkse leven. Het instrument Leefstijl-in-beeld^{35 47} sluit aan bij de motivatie van de patiënt en bieden een combinatie van voorlichting en ondersteuning gericht op effectieve uitvoering van het leefstijlplan.

Deze beide instrumenten zijn beschreven in de Wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening.³⁷

Mensen met een ernstige psychische aandoening hebben recht op goede informatie over een gezonde leefstijl en over de interventies die deze helpen bevorderen en mogelijke bijwerkingen van medicatie die zij krijgen voorgeschreven.^{3 4} Bij goede informatie hoort ook aandacht voor de negatieve effecten van gedragsverandering zoals onthoudingsverschijnselen, gewichtstoename bij stoppen met roken of blessures bij veel bewegen.

3.2 Aanbevelingen leefstijlanamnese

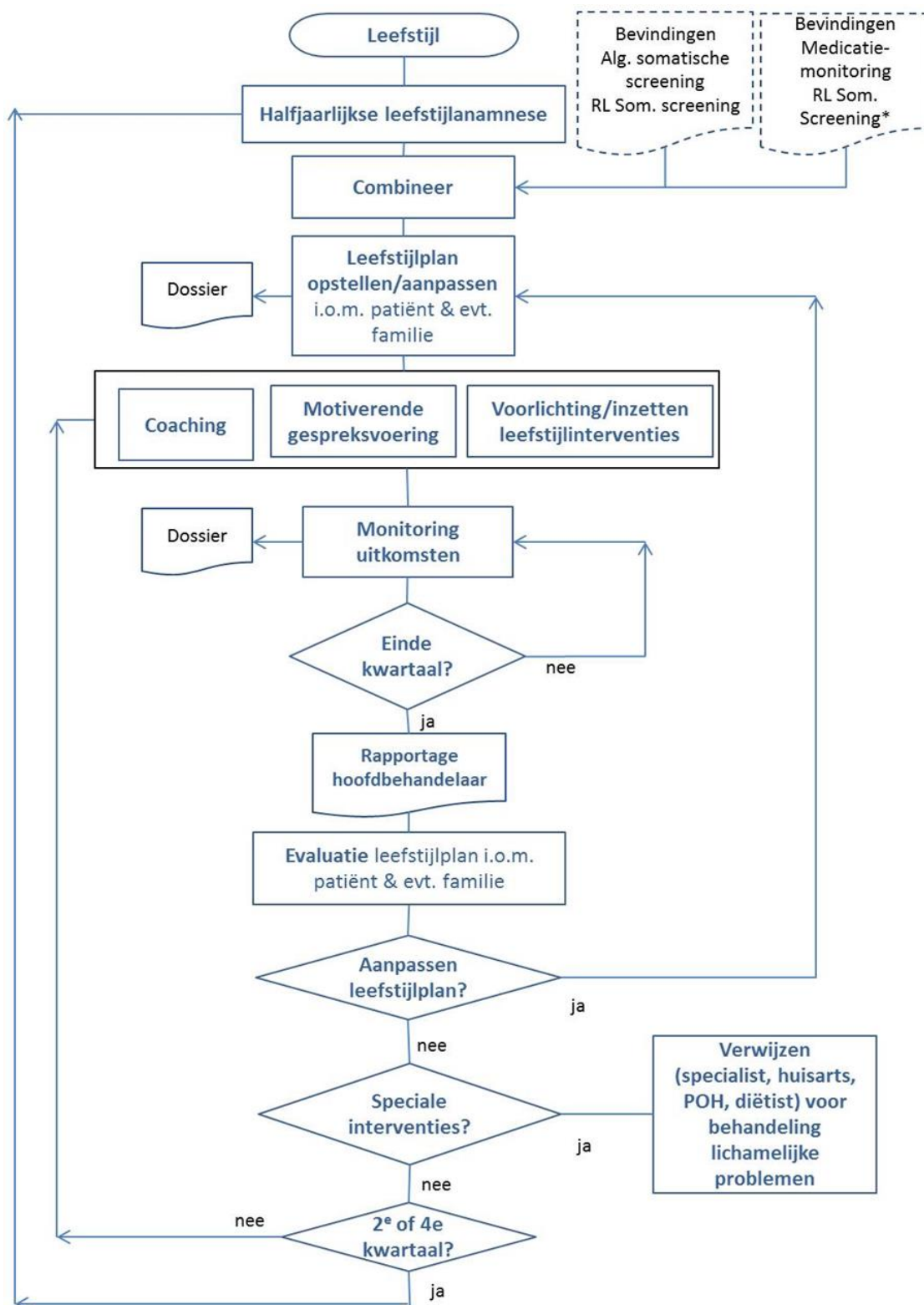
Neem bij mensen met een (risico op) ernstige psychische aandoeningen eens per half jaar een leefstijlanamnese af op de volgende aspecten:

1. Voeding en eetpatroon (inclusief koffie en energiedranken)
2. Bewegen en sport
3. Welbevinden en ontspanning (balans tussen belasting en belastbaarheid)
4. Middelengebruik (tabak, alcohol, medicijnen zonder recept, drugs)
5. Slapen (dag- en nachtritme; opstaan)
6. Seksueel gedrag en SOA-preventie
7. Hygiëne (waaronder mondhygiëne)

Voer een algemene somatische screening uit op basis van de Richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening en zet op basis daarvan vervolgacties op het gebied van leefstijl in.

Breng bij mensen met een (risico op) ernstige psychische aandoeningen op basis van de leefstijlanamnese in kaart op welke gebieden het nodig is om leefstijlinterventies te plannen en uit te voeren. Betrek hierbij de uitkomsten van de algemene somatische screening en medicatiemonitoring. Gebruik als ondersteuning een gestandaardiseerd instrument voor de leefstijlanamnese, zoals Leefstijl-in-beeld of het onderdeel leefstijl in de VMSL-GGZ.

Figuur 1: Stroomschema Leefstijlbegeleiding bij mensen met een ernstige psychische aandoening



*RL Som. Screening: Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening (V&VN, 2015)

3.3 Van leefstijlanamnese naar leefstijlplan

Patiënten zijn gebaat bij ondersteuning bij het opstellen van leefstijldoelen en begeleiding bij de uitvoering van passende en haalbare interventies.^{3,4} Uitgangspunt is een positieve grondhouding van de hulpverlener en het stimuleren van eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Na een open gesprek over de resultaten van de leefstijlanamnese formuleren patiënt en hulpverlener samen haalbare doelen en activiteiten voor leefstijlveranderingen (shared-decision-making) en stellen gezamenlijk en aansluitend op mogelijkheden en voorkeuren van de patiënt een leefstijlplan op. Daarbij wordt rekening gehouden met de uitkomsten van de andere onderdelen van de somatische screening en eventuele vervolgacties, zoals lichamelijke behandeling. Samen met de leefstijlbegeleiding en leefstijlinterventies vormen deze onderdeel van een geïntegreerd behandelplan.

Voorbeelden van vragen bij de bespreking van leefstijlanamnese

- Herken je je in de uitkomsten van de leefstijlanamnese?
- Hoe kijk je daar tegenaan?
- Wat zou je willen veranderen? Wat kun je zelf en waar heb je hulp bij nodig?
- Zijn er eventuele hobby's waar beweging een deel van is die je op zou willen pakken, wat heb je daarbij nodig om dit te doen (denk aan: wandelen in de natuur, maatjes-project)?

3.4 Aanbevelingen van leefstijlanamnese naar leefstijlplan

Stel op grond van de uitkomsten van de leefstijlanamnese samen met elke patiënt met een ernstige psychische aandoening een leefstijlplan op. Uitgangspunt zijn de eigen motivatie, competenties en mogelijkheden van de patiënt. Het plan komt tot stand op basis van shared-decision-making tussen patiënt en hulpverlener.

- Neem de uitkomsten van de leeftijdsanamnese samen met de patiënt door. Deze vormen het uitgangspunt voor haalbare leefstijldoelen en daarmee verbonden activiteiten.
- Geef informatie zo veel mogelijk toegesneden op de persoon en help de patiënt (zelf!) haalbare doelen te formuleren. Gebruik motiverende gespreksvoering → **par. 3.5**
- Wees positief. Neem nooit aan dat een patiënt niet geïnteresseerd is in of niet in staat is tot gedragsverandering. Dit geldt voor alle aspecten van de leefstijlanamnese.
- Bied (specifieke) leefstijlinterventies die op grond van de uitkomsten van de leefstijlanamnese in aanmerking komen en haalbaar zijn, altijd aan de patiënt aan.

Hanteer ook bij de keuze van specifieke leefstijlinterventies (→ **hoofdstuk 3**) shared-decision-making als uitgangspunt.

Zet ook zelfhulpgroepen en lotgenotencontact in, georganiseerd vanuit patiëntenorganisaties en HEE-teams, bij het opstellen en uitvoeren van het leefstijlplan.

In het leefstijlplan komen aan de orde:

- doel per leefstijlaspect (inclusief einddatum en tussentijdse mijlpalen);
- motivatie;
- concrete activiteiten (check haalbaarheid);
- gewenste ondersteuning (wat kun je doen om de haalbaarheid te vergroten, wat heb je nodig?);
- evaluatie voortgang (hoe ging het, wat was belemmerend, wat was bevorderend?); en
- bijstellen van het leefstijlplan (nieuwe acties, nieuwe doelen?)

Volg een integrale aanpak. De drie onderdelen van de somatische screening (algemene somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese) en de vervolgacties (preventie en behandeling van lichamelijke problemen en inzetten van leefstijlbegeleiding en/of leefstijlinterventies) zijn onderdeel van een integraal behandelplan. Combineer bij het opstellen van het leefstijlplan en het kiezen van interventies de resultaten van de leefstijlanamnese met de informatie uit de somatische screening en medicatiemonitoring → **stroomschema in figuur 1**

3.5 Ondersteunen en begeleiden

Coachen en motiveren

Voor duurzame leefstijlverandering, dus om nieuw gedrag te laten beklijven, moet een patiënt gemotiveerd zijn. Inzetten, doorzetten en volhouden zijn vaak moeilijk. De hulpverlener heeft een respectvolle benadering en accepterende houding en past zijn interventies aan bij de motivatie en bereidheid tot gedragsverandering van de patiënt. Goed rekening houden met de mogelijkheden en voorkeuren van de patiënt gecombineerd met een positieve grondhouding is de beste garantie voor haalbare leefstijldoelen en ermee verbonden acties. Afhankelijk van het stadium van gedragsverandering waarin de patiënt zich bevindt, worden specifieke interventies ingezet. De stadia van gedragsverandering en bijbehorende stadia van behandeling staan in onderstaand kader.^{38 39}

Stadia van gedragsverandering en stadia van behandeling

- Vooroverweging – opbouwen van de behandelrelatie, bieden van praktische hulp
- Overweging – overtuigen
- Voorbereiding – motiveren
- Actie – actieve behandeling
- Consolidatie – terugvalpreventie

Motiverende gesprekstechnieken zijn belangrijk, maar wel naast daadwerkelijke praktische ondersteuning en gezamenlijk actie ondernemen. Bij mensen met een ernstige psychische aandoening kunnen ziektegebonden- en sociale belemmeringen optreden voor actieve deelname aan leefstijlinterventies, zoals bepaalde symptomen of het ontbreken van sociale steun.⁴⁰ Daarmee dient rekening te worden gehouden. Ondersteun de patiënt eventueel in het werken aan zijn leefstijldoelen door hierin te participeren (bijvoorbeeld: ga een stuk mee wandelen of kook samen een gezonde maaltijd). Een aanpak waarbij de leefstijlinterventie niet op zichzelf staat maar is geïntegreerd in de behandeling geeft betere resultaten.^{11 41}

Motiverende gespreksvoering en andere strategieën

Motiverende gespreksvoering (motivational interviewing) is een geschikte strategie³⁹ om patiënten te ondersteunen om veranderingen in te zetten en vol te houden. Centraal staat het toewerken naar een balans tussen de wensen en het feitelijke gedrag van de patiënt.

Zo kan een gesprek de discrepantie zichtbaar maken tussen wat de patiënt aan problemen en wensen uit, en de actuele ongezonde leefstijl waarmee de problemen in stand worden gehouden. Nadruk dient hierbij te liggen op empathie en samenwerking.

Je sluit aan bij de behoeften en voorkeuren van de patiënt, in een respectvolle benadering en onvoorwaardelijke acceptatie van het probleem en de patiënt. De uitgangspunten bij motiverende gespreksvoering zijn: toon begrip; wijs op discrepantie; vermijd discussie; ga mee met weerstand; bevorder zelfwerkzaamheid. De nadruk ligt op empathie en samenwerking.⁴²⁻⁴⁴ Andere geschikte strategieën voor het bereiken van leefstijlverandering zijn socratisch motiveren, oplossingsgerichte therapie, effectieve risicocommunicatie en traffic-light-methode.⁴⁵⁻⁴⁷

Voorbeeld

- Een gesprek kan de discrepantie zichtbaar maken tussen wat de patiënt aan problemen en wensen uit ('ik wil wat langer kunnen wandelen'), en de actuele ongezonde leefstijl met gedrag dat de problemen in stand houdt ('ik word zo benauwd van het roken').
- Stoppen met roken kan moeilijk worden verplicht; zonder intrinsieke motivatie van de patiënt is duurzame gedragsverandering niet waarschijnlijk. Echter, ook bij geringe motivatie ga je het gesprek aan, geef je goede informatie in combinatie met gezondheidsvoorlichting en benoem je mogelijkheden tot verandering. Misschien wil een patiënt een jaar later wél stoppen met roken.

3.6 Aanbevelingen ondersteunen en begeleiden

Coach, motiveer, faciliteer en ondersteun een patiënt zo, dat hij doelgericht aan zijn leefstijlplan gaat werken en dit een lange tijd kan volhouden. Ondersteun de patiënt in het werken aan zijn leefstijldoelen - indien gewenst en haalbaar - door hierin te participeren.

Streef ernaar de patiënt, al naar gelang zijn of haar mogelijkheden, zelf de verantwoordelijkheid te laten nemen voor de eigen leefstijl.

Sluit aan bij het stadium van gedragsverandering waarin de patiënt zich bevindt.

Besteed binnen de behandeling of begeleiding regelmatig aandacht aan het onderwerp leefstijl.

3.7 Monitoring, evaluatie en verslaglegging

Van de activiteiten in het proces wordt verslag uitgebracht in rapportages en er vindt overleg plaats in het multidisciplinaire team, en eventueel met familie of naastbetrokkenen. Uitkomsten van anamnese en monitoring worden opgenomen in het dossier en de voortgang en effecten van de interventies en begeleiding worden voortdurend gemonitord. Ten minste twee keer per jaar afnemen van de leefstijlanamnese is nodig, om belemmeringen in de uitvoering tijdig te kunnen signaleren en aanpassingen te kunnen doen. Het leefstijlplan zelf wordt vier keer per jaar geëvalueerd (zie het stroomschema in figuur 1).

Voor een integrale aanpak van leefstijlbevordering binnen de behandeling is regelmatige aandacht voor het onderwerp leefstijl ook in de behandelplanevaluaties van groot belang.

3.8 Aanbevelingen monitoring, evaluatie en verslaglegging

Neem de leefstijlanamnese ten minste tweemaal per jaar af. Hierdoor worden voortgang en belemmeringen in de uitvoering van het leefstijlplan tijdig zichtbaar en kunnen benodigde aanpassingen snel plaatsvinden.

Monitor de leefstijlbegeleiding, de uitvoering van leefstijlinterventies en de effecten voortdurend.

Bespreek met de patiënt met welke frequentie evaluatie van het leefstijlplan plaats dient te vinden opdat goede resultaten kunnen worden bereikt.

Neem de uitkomsten van de leefstijlanamnese en monitoring op in het patiëntendossier.

Bespreek het leefstijlplan bij de behandelplanbesprekingen.

Besteed regelmatig herhaling van aandacht voor het onderwerp leefstijl tijdens de behandelplanevaluatie, met extra aandacht bijvoorbeeld na een terugval samenhangend met de psychische klachten.

4 Rol van familie en naastbetrokkenen

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op hoe hulpverleners de familie en naastbetrokkenen kunnen betrekken bij het bevorderen van een gezondere leefstijl van de patiënt.

4.1 Sociale omgeving

Leefstijl is persoonsgebonden, maar wordt ook sterk beïnvloed door de sociale omgeving. Net als voor de meeste mensen is het voor mensen met een ernstige psychische aandoening moeilijk om leefgewoonten te veranderen en is de sociale omgeving van grote invloed op hun gedrag en motivatie. Familie en naastbetrokkenen spelen een belangrijke rol bij iemands leefstijl, leefstijlattitude, het bereiken van gedragsverandering en het inzetten van hulp daarbij (al of niet als mantelzorger). Hun houding is van grote invloed, zowel voor volwassenen als jongeren.⁴⁸ Daarnaast is een actieve houding van hulpverleners en de wil om familie en naastbetrokken erbij te betrekken van groot belang.

Houd rekening met de positieve (ondersteunende) of negatieve (belemmerende) rol die familieleden en naastbetrokkenen kunnen spelen bij het realiseren van gewenste leefstijlverandering. Om duurzame leefstijlverandering te realiseren is permanent aandacht en ondersteuning nodig, ook in de thuissituatie. Deze ondersteuning kan zowel door hulpverleners als familie en naastbetrokkenen worden geboden.

Het is belangrijk om na te gaan of en hoe het haalbaar en gewenst is dat familie of naastbetrokkenen betrokken worden bij de leefstijlactiviteiten van de patiënt. Is er overeenstemming te bereiken, dan kan in het behandelplan worden vastgelegd wat de rol is van familie of naastbetrokkenen.

Voorbeelden van betrokkenheid familie en naastbetrokkenen

- Het vervullen van een bemiddelende functie in het contact met hulpverleners.
- Inschakeling bij de afname van de leefstijlanamnese. Leg uit wat de leefstijlanamnese inhoudt en vraag om aanvullende informatie om de leefstijlanamnese zo compleet mogelijk te maken.
- Hulp bij het opstellen van het leefstijlplan.
- Hulp bij het uitvoeren van het leefstijlplan, bijvoorbeeld samen bewegen of regelmatig praten over het (belang van) leefstijl.
- Het bieden van extra ondersteuning tijdens of na een periode van terugval in de psychische aandoening, bijvoorbeeld extra inspanningen om de patiënt te motiveren de leefstijlactiviteiten weer op te pakken.

4.2 Aanbevelingen familie en naastbetrokkenen

Schakel, indien gewenst en haalbaar, familieleden en naastbetrokkenen in bij het streven naar positieve leefstijlveranderingen. Betrek hen zo mogelijk zowel bij de leefstijlanamnese als bij de uitvoering van leefstijlinterventies en leefstijlbegeleiding. Overleg met de patiënt óf, en zo ja, welke rol familieleden en/of naastbetrokkenen spelen bij deze activiteiten.

Verstrek - na verkregen instemming van de patiënt - informatie aan familieleden en naastbetrokkenen over de lichamelijke conditie en de leefstijl van de patiënt en over de mogelijkheden tot leefstijlverandering.

Betrek familie en naastbetrokkenen na een periode van terugval in de psychische aandoening waardoor leefstijlactiviteiten weer opnieuw opgepakt dienen te worden.

Geef de patiënt permanente aandacht en ondersteuning, ook door familieleden en naastbetrokkenen te betrekken. Dit is van belang om duurzame leefstijlveranderingen te bereiken en gezondheidswinst te boeken.

5 Voorwaarden voor goede zorg

Dit hoofdstuk beschrijft wat er nodig is binnen de instelling of binnen het team om effectief een gezonde leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening te kunnen bevorderen. Het gaat om de voorwaarden op het gebied van kennis, samenwerking, coördinatie en continuïteit van zorg. De aanbevelingen zijn gericht op een optimaal proces van leefstijlbegeleiding.

5.1 Kennis, uitvoering en verantwoordelijkheden

Het uitgangspunt is dat instellingen expliciet beleid voeren op het gebied van somatische screening en leefstijlbegeleiding in een 'gezonde' omgeving en dat hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening voldoende geschoold en getraind zijn op dit gebied. Scholing en training is essentieel. Zo zijn er veel hulpverleners die, bijvoorbeeld, geen duidelijk beeld hebben van wat een gezonde leefstijl is en die niet (genoeg) op de hoogte zijn van de effecten van psychofarmaca op gewicht en fysieke gezondheid van patiënten. De instelling behoort ook te zorgen voor voldoende faciliteiten om een gezonde leefstijl te bevorderen.^{3,4} Te denken valt aan beschikbaarheid en toegankelijkheid van fysiotherapie, diëtik en psychologische ondersteuning, of aan het beschikbaar stellen van een fitnessruimte (intramuraal en extramuraal), een kookruimte of een internetcafé. Verder dienen instellingen verantwoordelijkheid te dragen voor voldoende aanbod van gezonde voedingsmiddelen voor patiënten, zoals verantwoorde centraal bereide maaltijden en tussendoortjes en (verjaardag)vieringen. Zoveel mogelijk dienen patiënten gevrijwaard te worden van de ongezonde gewoonten van medepatiënten, zoals het roken op de kamer op gesloten afdelingen.

De leefstijlanamnese dient te worden uitgevoerd door de casemanager, de psychiater, de somatisch arts ggz en/of de verpleegkundig specialist. Een multidisciplinaire samenwerking tussen bijvoorbeeld de psycholoog (cognitieve interventies), fysiotherapeut (bewegen) en diëtist (voeding) is hierbij van belang. De uitvoering van het leefstijlplan kan in onderlinge samenwerking zowel in de context van de ggz als vanuit de algemene gezondheidszorg worden uitgevoerd. Voor de benodigde competenties van verpleegkundigen wordt verwezen naar CANMEDS (zie: de beroepsprofielen van de verpleegkundige en verpleegkundig specialist).⁴⁹⁻⁵²

Hulpverleners kunnen zelf een belangrijke rol kunnen spelen in het bevorderen van een gezonde leefstijl door gezond voorbeeldgedrag. Niet roken (in ieder geval niet in de nabijheid van de patiënt), aandacht schenken aan gezonde voeding en goed voorbeeldgedrag ten aanzien van bewegen. Het betrekken van ervaringsdeskundigen bij de uitvoering van (onderdelen van) leefstijlprogramma's binnen organisaties is van toegevoegde waarde.

5.2 Aanbevelingen kennis en beleid

Licht het hele multidisciplinaire team in over de richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening voorafgaand aan de implementatie ervan.

Zorg dat de professionals die betrokken zijn bij het bevorderen van een gezonde leefstijl voldoende geschoold en getraind zijn.

De ggz-instelling dient expliciet beleid te voeren op het gebied van leefstijl in een 'gezonde' omgeving.

Zorg voor een protocol op instellings- of praktijkniveau waarin de leefstijlanamnese, leefstijlbevordering en het uitvoeren van het leefstijlplan concreet is uitgewerkt. Realiseer daarbij een goede aansluiting met andere onderdelen van de somatische zorg (somatische screening, medicatiemonitoring en vervolgactiviteiten).

Bied als instelling voldoende faciliteiten aan om een gezonde leefstijl te bevorderen. Voorbeelden zijn beschikbaarheid en toegankelijkheid van fysiotherapie, diëtik en psychologische ondersteuning. Of het beschikbaar stellen van een fitnessruimte (intramuraal en extramuraal), een kookruimte of een internetcafé.

Zorg als instelling voor voldoende aanbod van gezonde voedingsmiddelen voor patiënten en neem verantwoordelijkheid voor het zoveel mogelijk beschermen van patiënten van de ongezonde gewoonten van medepatiënten.

Hulpverleners dienen als rolmodel het goede voorbeeld te geven van een gezonde leefstijl: niet roken (in ieder geval niet in aanwezigheid van de patiënt), aandacht schenken aan gezonde voeding en voorbeeldgedrag ten aanzien van bewegen.

Schakel ervaringsdeskundigen binnen organisaties in bij de opzet en uitvoering van leefstijlprojecten.

5.3 Aanbevelingen coördinatie, multidisciplinaire samenwerking en continuïteit van zorg

Maak voor elke patiënt met een ernstige psychische aandoening een casemanager primair verantwoordelijk voor het opstellen en uitvoeren van het leefstijlplan en voor de continuïteit en coördinatie van de leefstijlbegeleiding. De casemanager zorgt voor terugkoppeling van bevindingen en adviezen naar de hoofdbehandelaar. Daarnaast kan de casemanager ook zelf specifieke leefstijlinterventies implementeren en uitvoeren. Deze rol van casemanager kan door verschillende disciplines worden vervuld, maar zal doorgaans vanwege hun centrale positie in het zorgproces door de eerstverantwoordelijke verpleegkundige, verpleegkundig specialist, POH-ggz, of SPV worden ingevuld.

Zorg dat bij mensen met een ernstige psychische aandoening de leefstijlanamnese wordt uitgevoerd door de casemanager, de psychiater, de somatisch arts ggz en/of de verpleegkundig specialist. De leefstijlanamnese dient te worden uitgevoerd in goede onderlinge samenwerking met en afstemming tussen alle betrokken professionals.

De uitvoering van het leefstijlplan kan in onderlinge samenwerking zowel in de context van de ggz als vanuit de huisartsenzorg (inclusief POH-ggz) en generalistische basis-ggz worden uitgevoerd.

Beroepsgroepen en de LPGGz (of lidverenigingen van de LPGGz) maken bij voorkeur afspraken over optimale multidisciplinaire samenwerking op het gebied van leefstijlbevordering in de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening.

Referenties

1. Verdurmen J, Have M ten, Dorsselaer S van, et al. Psychische stoornissen bij mensen met een lichamelijke aandoening. Utrecht: Trimbos-instituut, 2006.
2. Feltz-Cornelis CM van der, Nuyen J, Pot A, e.a. Zorg voor heel de mens. Utrecht: Trimbosinstituut, 2007.
3. Tietema W, Reuling P, Lavertu A. Leefstijlbegeleiding en somatische screening bij psychiatrische patiënten. Tijdschrift voor Verpleegkundigen 2012;6:12-6.
4. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2012. Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen. Utrecht, 2012.
5. Oud M. Zorg van de huisarts voor mensen met ernstige psychische stoornissen. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, 2009
6. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, Detraux J, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry 2011;10(1):52-77.
7. De Hert M, Vancampfort D, Correll CU, Mercken V, Peuskens J, Sweers K, van Winkel R, Mitchell AJ. Guidelines for screening and monitoring of cardiometabolic risk in schizophrenia: systematic evaluation. British Journal of Psychiatry 2011 Aug;199(2):99-105. doi: 10.1192/bjp.bp.110.084665.
8. Van Alphen C, Ammeraal M, Blanke C, Boonstra N, Boumans H, Bruggeman R, Castelein S, Dekker FL, van Duin D, van Ewijk EM, van der Gaag M, van Gool R, de Haas O, Henquet C, Hermens MLM, Ketelaars T, Knegtering H, Krans MJ, Lanssen M, Lochy, R, Loonen AJM, Meesters PD, van Meijel BKG, Miltenburg G, Oud, MJT, de Pater, CF, Peterse, Van der Plas J, Rammes, D, Rentenaar, IMF, van Santen GW, Scheewe TW, Selten JP, Slooff CJAJ, Stoop C, Vlamincck P, Vollaard H, van Weeghel J, van Wel T, van Zon N. Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie. Utrecht, De Tijdstroom, 2012.
9. Saha S, Chant T, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? Archives of General Psychiatry 2007;64(10):1123-31.
10. Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: A population-based cohort study (FIN11 study). Lancet 2009 Aug 22;374(9690):620-7. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60742-X.
11. Wiegers TA, Schoonmade LJ, Verhaak PFM. Effecten van lifestyle interventies in de GGZ. Utrecht, Trimbos-instituut, 2012. Delespaul Ph. en de Consensusgroep epa (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. Tijdschrift voor Psychiatrie 55; 6 427-438.
12. Delespaul Ph. en de Consensusgroep epa (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. Tijdschrift voor Psychiatrie 55; 6 427-438.
13. Meeuwissen JAC, Meijel B van, Piere M van, Bak M, Bakkenes M, Kellen D van der, Hamersveld S van, Gool R van, Dermout K, Feldmann CT, Risseeuw AH, Wijtsma-van der Kolk A, Vuuren I van, Rümke M, Sloots-Jongen EMJN, Heij P de, Starmans R, Daatselaar C, Veen C van en Hermens M (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl) (2015). Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: V&VN.
14. Meeuwissen JAC, Meijel B van, Gool R van, Hamersveld S van, Bakkenes M, Risseeuw AH, Feldmann CT, Wijtsma-van der Kolk A, Rümke M, Sloots-Jongen EMJN, Vuuren I van, Bak M, Dermout K, Piere M van, Kellen D van der, Heij P de, Starmans R, Daatselaar C, Veen C van, Hermens M, Speetjens PAM, Wijngaarden B van (2015). Wetenschappelijke onderbouwing van de Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: V&VN.
15. Jansen J, Schuit AJ, van der Lucht F. Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. Bilthoven, RIVM, 2002.
16. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2010;16(6):CD007253. doi: 10.1002/14651858.CD007253.pub2.
17. Bradshaw T, Lovell K, Bee P, Campbell M. The development and evaluation of a complex health education intervention for adults with a diagnosis of schizophrenia. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2005;17:473-86.

18. Cabassa LJ, Ezell JM, Lewis-Fernandez R. Lifestyle interventions for adults with serious mental illness: A systematic literature review. *Psychiatric Services* 2010;61(8):774-782.
19. Gorzynski P, Faulkner G. Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane database Syst Rev.* 2010; May 12(5):CD004412. doi: 10.1002/14651858.CD004412.pub2.
20. Happell B, Davies C, Scott D. Health behavior in interventions to improve physical health in individuals diagnosed with a mental illness: a systematic review. *International journal of mental health nursing* 2012;21(3):236-47.
21. Verhaeghe N, Maeseneer J de, Heeringen C van, Annemans L. Effectiveness and cost-effectiveness of lifestyle interventions on physical activity and eating habits in persons with severe mental disorders: a systematic review. *International journal of behavioral nutrition and physical activity* 2011;8:28.
22. Malchow B, Reich-Erkelenz D, Oertel-Knöchel V, Kelle K, Hasan A, Schmitt A, Scheewe TW, Cahn W, Kahn RS, Falkai P (2013). The effects of physical exercise in schizophrenia and affective disorders. *Europ Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2013;263: 451-67.
23. Scheewe TW, Backx FJG, Takken T, Jörg F, Strater ACP van, Kroes AG, Kahn RS, Cahn W. Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: a randomised controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2013 Jun;127(6): 464-73. doi: 10.1111/acps.12029. Epub 2012 Oct 26.
24. Bonfioli E, Berti L, Goss C, Muraro F, Burti L. Health promotion lifestyle interventions for eight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry* 2012;12:78. doi: 10.1186/1471-244X-12-78.
25. Papanastasiou E. Interventions for the metabolic syndrome in schizophrenia: a review. *Therapeutic advances in Endocrinology and Metabolism* 2012;3(5):141-62.
26. Wuisman PGWM, Wuisman-Frerker MGF, van Pelt-Halders MMB. Monitoring van risicofactoren bij het gebruik van antipsychotica. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2013;55(6):439-45.
27. Cahn W, Ramlal D, Bruggeman R, Haan L de, Scheepers FE, Soest MM van, et al. (2008). Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 50(9), 579-591.
28. Overgoor L, Aalders M, Reitsma S. Big!Move2. Evaluatieverslag verspreiding Big!Move in opdracht van Agis op drie locaties. Amsterdam, Big!Move, let's play, 2007.
29. Oolders H, van Peperstraten H, van Peursum M. Bewegen met plezier. Een pilot studie. Den Haag, Parnassia Bavogroep, 2012.
30. Appelo M, Louwerens JW, de Vries I. Minder zwaar met psychofarmaca. Pilot study naar de effecten van een nieuw gezondheidsprogramma. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2005;60(4): 411-424.
31. Wezep MJ van, Overweg K, Kroon H. Proefdraaien met cognitieve fitness in de ggz. Beweeg- en conditietraining in één programma. Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.
32. Vancampfort D, Probst M, Helvik Skjaerven L, Catalán-Matamoros D, Lundvik-Gyllensten A, Gómez-Conesa A, Ijntema R, DeHert M. Systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia. *Physical therapy* 2012;92:11-23.
33. CBO/Partnership Stoppen met Roken. Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving. Herziening 2009. Utrecht: CBO/Partnership Stoppen met Roken, 2009.
34. Kwaliteitsregister Stoppen met Roken (z.j). Informatie opgehaald van de website: <http://www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl/>
35. Ruijter M de, Hamersveld S van (2012). Balans in (bij) werking en leefstijlfactoren. *Nurse Academy GGZ* (2), 19-23.
36. Kellen D van der. Kellen D van der (2014). De VMSL-GGZ, de Verpleegkundige Monitoring bij Somatiek en Leefstijl (VMSL-GGZ). Spijkensisse: uTOPIGGZ.
37. Meeuwissen JAC, Meijel B van, Piere M van, Bak M, Bakkenes M, Kellen D van der, Hamersveld S van, Gool R van, Dermout K, Feldmann CT, Risseeuw AH, Wijtsma-van der Kolk A, Vuuren I van, Rümke M, Sloots-Jongen EMJN, Heij P de, Starmans R, Daatselaar C, Veen C van en Hermens M (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl) (2015). Onderbouwing van de richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: V&VN.
38. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 1982;19:276-288.
39. Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox L. Integrated treatment for dual disorders. A guide to effective practice. New York, The Guildford press, 2003.

40. Roberts SH, Bailey JE. Incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness: a narrative synthesis of quantitative, qualitative and mixed methods studies. *Journal of Advanced Nursing* 2011;67(4):690-708.
41. McFall M, Saxon AJ, Malte CA, Chow B, Bailey S, Baker DG, Beckham JC, Boardman KD, Carmody TP, Joseph AM, Smit MW, Shih MC, Lu Y, Holodniy M, Lavori PW, CSP 519 Study Team. Integrating tobacco cessation into mental health care for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 2010;304(22):2485-93.
42. Miller WR, Rollnick S, Butler, CC. Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg. Werken aan gedragsverandering als je maar 7 minuten hebt. Uitgeverij Ekklesia, 2009.
43. Miller WR, Rollnick, S. Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering. Uitgeverij Ekklesia, 2005.
44. Schippers G, de Jonge J. Motiverende gespreksvoering. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2002;57:250-5.
45. Noar SM, Benac CN, Harris MS. Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychology Bulletin* 2007;133(4):673-93.
46. Appelo M. (2007). Socratisch motiveren. Amsterdam: Boom.
47. Meijel B van B van, Harten, P., Gool, R, Bijl, J., Hamersveld, T.J. 2014 Effects and Feasibility of the 'Traffic Light Method for Somatic Screening and Lifestyle' in Patients with Severe Mental Illness: A Pilot Study (ingediend in de Perspectives in Psychiatric Care).
48. Harrop CE, Trower P. Why does schizophrenia develop at late adolescence? *Clinical Psychology Review* 2001;21:241-66.
49. Stuurgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020. Beroepsprofiel verpleegkundig specialist. Utrecht, V&VN, 2012a.
50. Stuurgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020. Beroepsprofiel verpleegkundige. Utrecht, V&VN, 2012b.
51. Stuurgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020. Beroepsprofiel zorgkundige. Utrecht, V&VN, 2012c.
52. Stuurgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020. Deel a. Leren van de toekomst. Utrecht: V&VN, 2012d.

Bijlage 1 – Leden van de werkgroep en klankbordgroep

Leden van de werkgroep

Dhr. prof. dr. B. (Berno) van Meijel (voorzitter), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
Drs. J.A.C. (Jolanda) Meeuwissen, wetenschappelijk medewerker (projectleider), Trimbos-instituut
Dr. M. (Maarten) Bak, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
Dhr. M. (Merlijn) Bakkenes, V&VN Verpleegkundig Specialist
Mw. C. (Cilia) Daatselaar, Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (LN-VSOP) (tot januari 2014)
Mw. K. (Katie) Dermout, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)
Mw. dr. C.T. (Titia) Feldmann, LPGGz
Dhr. R. (Ronald) van Gool, Master Advanced Nursing Practice, V&VN Verpleegkundig Specialisten
Mw. S. (Sonja) van Hamersveld, V&VN Verpleegkundig Specialisten
Dhr. P. (Paul) de Heij, Nederlandse Vereniging van artsen somatisch werkzaam in de psychiatrie (NVSAP)
Dr. M. (Marleen) Hermens, wetenschappelijk medewerker (reviewer), Trimbos-instituut
Mw. D. (Digna) van der Kellen, V&VN Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen
Mw. M. (Marieke) van Piere, V&VN Consultatieve Psychiatrie
Mw. I. (Irene) Rentenaar, Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB)
Mw. Drs. A.H. (Anneriek) Risseeuw, LPGGz, lidvereniging Ypsilon
Dhr. M. (Matthijs) Rümke, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
Mw. drs. E.M.J.N. (Evelyn) Sloots-Jongen, Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Dhr. R. (Richard) Starmans, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Mw. C. (Christine) van Veen, Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW) (tot januari 2014)
Mw. I. (Ingrid) van Vuuren, V&VN Verpleegkundig Specialisten
Mw. A. (Anneke) Wijtsma-van der Kolk, Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), Diëtiek Psychiatrie Nederland (DPN)

Leden van de klankbordgroep

Mw. drs. E. (Eta) Mulder, RIBW Alliantie
Mw. drs. K. (Katrien) de Ponti, GGZ Nederland
Mw. W. (Wieny) Tietema, Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

Leden van de projectgroep

Drs. J.A.C. (Jolanda) Meeuwissen, wetenschappelijk medewerker (projectleider), Trimbos-instituut
Dr. M. (Marleen) Hermens, wetenschappelijk medewerker (reviewer), Trimbos-instituut
Drs. P.A.M. (Paula) Speetjens, wetenschappelijk medewerker (reviewer), Trimbos-instituut
Dr. B. (Bob) van Wijngaarden, senior wetenschappelijk medewerker (reviewer), Trimbos-instituut
Drs. I. (Ilona) Cronenberg, junior wetenschappelijk medewerker (reviewer), Trimbos-instituut

Drs. T. (Toine) Ketelaars, junior wetenschappelijk medewerker (reviewer), Trimbos-instituut
Mw. A. (Angita) Peterse, informatiespecialist (informatiespecialist), Trimbos-instituut
Mw. N. (Nelleke) van Zon, secretaresse programma Zorginnovatie (projectondersteuning), Trimbos-instituut