



**wetenschappelijke onderbouwing
multidisciplinaire richtlijn**

Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening

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 Dietisten (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 Marleen Hermens, Paula Speetjens en Bob van Wijngaarden

Naar dit rapport 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, 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.

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 omdat ze onvoldoende geoperationaliseerd en onuitvoerbaar zijn in de huisartsenpraktijk

Inhoudsopgave

Colofon..... Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Inhoudsopgave 4

Voorwoord 6

1	Inleiding	7
1.1	Achtergrond: leefstijl van patiënten met een ernstige psychische aandoening	7
1.2	Doel van de richtlijn	7
1.3	Voor wie is de richtlijn bedoeld?	8
1.4	Uitgangsvragen	9
1.5	Werkwijze richtlijnontwikkeling	9
1.6	Opbouw van dit rapport	12
2	Onderbouwing klinische noodzaak van aandacht voor leefstijl	14
2.1	Ongezonde leefstijl als risicofactor	14
2.2	Ontwikkeling besef van urgentie	155
2.3	Leefstijlaspecten als doel van interventies	15
2.3.1	Gewichtsmanagement	16
2.3.2	Welbevinden en ontspanning	17
2.3.3	Roken	17
2.3.4	Alcohol- en drugsgebruik	17
2.3.5	Algemeen	17
2.4	Samengevat: relevante leefstijlaspecten	18
3	Interventies voor leefstijlverbetering	19
3.1	Wetenschappelijke onderbouwing	19
3.2	Wetenschappelijke conclusies	20
3.3	Van bewijs naar aanbevelingen	20
	Big!Move GGZ	200
	Bewegen met plezier	200
	Health4U	200
	Cognitieve fitness in de GGZ	201
3.4	Verdere overwegingen	211
	Resumerend	211
3.5	Aanbevelingen	222
4	Het inzetten van leefstijlinterventies	24
4.1	Wetenschappelijke onderbouwing	24
4.2	Motivatie en motiverende gespreksvoering	24
4.3	Andere strategieën	24
4.4	Van bewijs naar aanbevelingen	25
4.5	Aanbevelingen	25
5	De rol van familie en naastbetrokkenen	29
5.1	Praktijkkennis en voorkeuren vanuit patiënten- en familieperspectief	29
5.2	Aanbevelingen	29
6	Voorwaarden voor goede zorg	31
6.1	Praktijkkennis en voorkeuren vanuit patiënten- en familieperspectief	31
6.2	Aanbevelingen	31

7	Stroomschema Leefstijlbegeleiding bij mensen met een ernstige psychische aandoening	33
8	Indicatoren voor goede zorg	34
9	Literatuur	37
	Bijlage 1 – Leden van de werkgroep, klankbordgroep en projectgroep	41
	Bijlage 2 – Desksearch bestaande richtlijnen	42
	Bijlage 3 – Kenmerken van sleutelpublicaties	44
	Bijlage 4 – Systematisch literatuuronderzoek	64
	Bijlage 5 – Evidence tabellen	66
	Bijlage 6 – Gebruikte afkortingen	74

Voorwoord

Voor u ligt de wetenschappelijke onderbouwing van de *multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening* (2015). Het doel van deze richtlijn is om zorgverleners (met name verpleegkundigen) te ondersteunen bij het bevorderen van een gezonde leefstijl van patiënten in de ggz met een ernstige psychische aandoening. Leefstijlbevordering is zowel klinisch als maatschappelijk zeer relevant, omdat de gezondheidsproblemen van deze patiënten groot zijn en het zorgaanbod er beperkt op aansluit.

De richtlijn is ontwikkeld voor beroepsgroepen die zorg verlenen aan mensen met een ernstige psychische aandoening: verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV'en), consultatief-psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen, psychiaters, klinisch geriaters, 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.

Dit rapport biedt achtergrondinformatie voor alle zorgprofessionals, zorgmanagers, kwaliteitsmedewerkers en alle anderen die betrokken zijn bij de leefstijl van mensen met een ernstige psychische aandoening en die meer willen weten over de totstandkoming van de richtlijn. In deze onderbouwing is beschikbare wetenschappelijke kennis samengevat en wordt er aangegeven welke overige overwegingen, onder meer vanuit praktijkkennis en voorkeuren vanuit patiënten- en familieperspectief, van belang waren bij het formuleren van de richtlijnaanbevelingen.

Deze richtlijn is gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, grijze literatuur, de praktijkkennis van professionals en voorkeuren vanuit patiënten- en familieperspectief. Het ontwikkeltraject bestond uit een knelpuntanalyse, een systematische inventarisatie van bestaande richtlijnen, een veldinventarisatie van beschikbare interventies, een transparant literatuuronderzoek, diverse commentaarrondes onder de werkgroep- en klankbordgroepleden en een praktijktoets.

Bij de richtlijn werden een indicatorenset en een stroomschema ontwikkeld. De indicatoren worden beschreven in dit rapport. De richtlijn zelf is apart uitgegeven (Meeuwissen et al., 2015a).

1 Inleiding

De richtlijn *Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening* (Meeuwissen et al., 2015a) is ontwikkeld in opdracht van de beroepsorganisatie Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) door beroepsgroepen die zorg verlenen aan mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA). Deze beroepsgroepen werden vertegenwoordigd in een werkgroep die werd ondersteund door medewerkers van het Trimbos-instituut.

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. Zij hebben behalve specifieke deskundigheid ook praktische handvatten nodig waarmee ze signalen kunnen herkennen en beoordelen en (indien nodig) kunnen diagnosticeren, begeleiden, coachen, behandelen, verplegen, verzorgen of verwijzen naar andere professionals. Richtlijnen kunnen dergelijke handvatten bieden en de deskundigheid ondersteunen of bevorderen, omdat ze de beschikbare kennis ontsluiten voor beroepskrachten.

Richtlijnen beogen in het algemeen aanwijzingen te geven voor het handelen van beroepsbeoefenaren in bepaalde situaties of met betrekking tot bepaalde doelgroepen. Doordat ze gewenst handelen (eenduidig en zoveel mogelijk op basis van wetenschappelijk verantwoorde uitgangspunten) helpen bevorderen en ongewenste variatie in dat handelen helpen voorkomen, dragen ze bij tot betere kwaliteit van zorg, in dit geval, aan een betere lichamelijke gezondheid van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun kwaliteit van leven. Deze richtlijn is gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, grijze literatuur, de praktijkkennis van professionals en voorkeuren vanuit patiënten- en familieperspectief (Sacket et al., 2000).

1.1 Achtergrond: leefstijl van patiënten met een ernstige psychische aandoening

Onderzoek wijst uit dat veel mensen met een ernstige psychische aandoening een ongezonde leefstijl hebben (waaronder: ongezonde voeding, inactiviteit en roken). Zij hebben vaak ook één of meerdere lichamelijke aandoeningen (comorbiditeit of multimorbiditeit) (Verdurmen et al., 2006; Van der Feltz-Cornelis et al., 2007). Aan lichamelijke en psychische aandoeningen liggen vaak dezelfde oorzakelijke, bevorderende of in standhoudende processen ten grondslag. Naast een ongezonde leefstijl is langdurig medicatiegebruik een belangrijke factor in het ontstaan van lichamelijke problemen bij deze patiëntengroep (Tietema et al., 2012). Dit versterkt een ongezonde leefstijl of belemmert initiatieven tot gezonder gedrag (IGZ, 2012). Een bijkomend probleem is dat mensen met een ernstige psychische aandoening hun gezondheidsklachten niet tijdig of volledig rapporteren bij de huisarts zodat lichamelijke zorg voor hen minder toegankelijk is (Oud, 2009). Ook daardoor is het moeilijker om een gezondere leefstijl te bevorderen.

Dit zijn redenen om te concluderen dat de aandacht voor een gezonde leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening achterloopt bij wat wenselijk en mogelijk is (De Hert et al., 2011; Van Alphen et al., 2012).

De gevolgen ervan zijn voor zowel patiënten als voor de familie en naastbetrokkenen groot. Ongezonder leven beïnvloedt de gezondheid en de kwaliteit van leven van de patiënt negatief. De levensverwachting van deze patiëntengroep is beduidend korter vergeleken met mensen in de algemene bevolking. Door frequenter en langduriger gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen zijn er hoge directe zorgkosten. Ook de indirecte kosten zijn hoog, onder meer door langdurig ziekteverzuim. Met leefstijlinterventies kunnen risicofactoren voor lichamelijke aandoeningen worden beïnvloed (Wiegers et al., 2012).

1.2 Doel van de richtlijn

De richtlijn beoogt hulpverleners te ondersteunen bij de bevordering van een gezonde leefstijl van mensen met een ernstige psychische aandoening.

De richtlijn doet aanbevelingen over de activiteiten die, met name verpleegkundigen, dienen te ondernemen op het gebied van leefstijlbevordering en over hoe deze activiteiten dienen te worden afgestemd met de activiteiten die binnen het domein van andere disciplines vallen. Deze activiteiten bestaan uit een reeks deelactiviteiten die in samenhang dienen te worden uitgevoerd.

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* (Meeuwissen et al., 2015b) de basis. Voor het inzetten van screeningsinstrumenten en controle op medicatiegebruik wordt verwezen naar deze richtlijn.

1.3 Voor wie is de richtlijn bedoeld?

Gebruikers

De richtlijn is ontwikkeld voor beroepsgroepen die zorg verlenen aan mensen met een ernstige psychische aandoening: verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV'en), consultatief-psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen, psychiaters, klinisch geriaters, 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 aanbevelingen zijn in het bijzonder uitgewerkt voor de verpleegkundige discipline. Daarnaast zullen deze aanbevelingen zeer toepasbaar zijn voor de POH-ggz (die vaak een verpleegkundige achtergrond hebben). Door de herordening van de ggz per 1 januari 2014 zullen patiëntenstromen naar verwachting verschuiven van de gespecialiseerde ggz naar de generalistische basis ggz en de huisartsenzorg. Door de vereiste ambulantisering zullen patiënten uit de gespecialiseerde ggz onder de hoede van de huisartsvoorziening komen, waarbij de POH-ggz vaak de casemanager zal worden. De uitvoering van de aanbevelingen vindt vanzelfsprekend plaats in samenwerking met andere disciplines. De verantwoordelijkheid hiervoor kan, afhankelijk van de aard van de te verrichten activiteiten, bij andere disciplines liggen.

Multidisciplinaire samenwerking en shared-decision-making staan in deze richtlijn centraal, aangezien een multidisciplinaire inspanning nodig is om een gezonde leefstijl te bevorderen bij de doelgroep en de patiënt er zelf ook een grote rol in speelt. In de richtlijn wordt aanbevolen om een verpleegkundige aan te stellen in de rol van *casemanager* die eerstverantwoordelijk is voor de continuïteit en coördinatie van de leefstijlbegeleiding, in goede afstemming met de hoofdbehandelaar (medisch specialist, huisarts, verpleegkundig specialist). Daarnaast zorgt de casemanager voor (het bewaken van) de uitvoering van de leefstijlbegeleiding en leefstijlinterventies.

De rol van casemanager kan door verschillende disciplines worden vervuld. Vaak zal het vanwege de haalbaarheid de eerstverantwoordelijke verpleegkundige, verpleegkundig specialist, POH-ggz, of SPV zijn die een centrale positie in de zorg voor de patiënt inneemt en van daaruit 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.

Doelgroep

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

De afgelopen jaren is er veel gedebatteerd over de vraag wie tot deze doelgroep gerekend moet worden. De richtlijn volgt de criteria van de Consensusgroep EPA (Delespaul et al., 2013) die passen binnen de 3D definitie van ernstige psychische aandoening (Diagnosis, Disability en Duration) (Kroon & Pijl, 2008) die in andere richtlijnen wordt gehanteerd:

- er is sprake van een psychische stoornis, die zorg/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.

Drie diagnosegroepen worden altijd meegenomen in de categorie *ernstige psychische aandoening*: stoornissen in het psychosespectrum, bipolaire stoornissen en depressie met psychotische kenmerken. Overige diagnoses (zoals depressie, aan middelen gebonden stoornissen of persoonlijkheidsstoornissen) kunnen binnen deze categorie vallen wanneer ze voldoen aan de andere criteria. Een groot aantal mensen heeft een ernstige psychische aandoening op as 1 van de DSM-5 (APA, 2014) met comorbide verslavingsproblemen. Dezelfde comorbiditeit geldt voor patiënten met primaire verslavingsproblematiek. Patiënten met een eerste psychose voldoen niet aan de criteria van de genoemde EPA-definitie. Echter, vanwege het verhoogde risico op het ontwikkelen van een ernstige psychische aandoening is de richtlijn ook van toepassing op eerste-episodepatiënten.

Naar schatting betreft het in Nederland ongeveer 160.000 patiënten in de ggz tussen de 18 en 65 jaar, inclusief verslavingszorg en forensische zorg. Over alle leeftijden inclusief kinderen en jeugdigen (< 18 jaar) en ouderen (> 65 jaar) betreft het naar schatting 216.000 patiënten. Figuur 1 geeft een overzicht van het percentage patiënten per diagnostische categorie dat valt binnen de groep van mensen met een ernstige psychische aandoening (Delespaul et al., 2013).

1.4 Uitgangsvragen

Op basis van een knelpuntenanalyse heeft de werkgroep een aantal uitgangs(deel)vragen geformuleerd, waarop de richtlijn een antwoord geeft.

De centrale vraag die in deze richtlijn wordt beantwoord is:

Wat dient de verpleegkundige te doen, in samenwerking met andere ggz-disciplines, om een gezonde leefstijl te bevorderen bij patiënten met een ernstige psychische aandoening?

De richtlijn gaat in op de volgende deelvragen:

1. Welke interventies zijn geschikt om in te zetten voor het bevorderen van een gezonde leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening? (hoofdstuk 3)
2. Hoe dienen leefstijlinterventies te worden ingezet? Wanneer en bij wie? Hoe vaak? Welke vervolgacties zijn aangewezen? (hoofdstuk 4)
3. Wat is de rol van familie en naastbetrokkenen bij het bevorderen van een gezonde leefstijl? (hoofdstuk 5)
4. Welke voorwaarden wat betreft kennis, samenwerking, coördinatie en continuïteit van zorg zijn noodzakelijk om effectief een gezonde leefstijl te bevorderen? (hoofdstuk 6)

1.5 Werkwijze richtlijnontwikkeling

Deze richtlijn werd ontwikkeld als onderdeel van het programma '*Kwaliteitsverbetering somatische zorg aan cliënten met een psychiatrische aandoening of een verstandelijke beperking*'. Dit programma beoogt de kwaliteit van de somatische zorg aan deze patiëntgroepen te verbeteren met gebruik van actuele kennis uit wetenschap en praktijk.

De richtlijnontwikkeling binnen dit programma werd uitgevoerd in twee fasen. De beroepsorganisatie Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) heeft de eerste fase uitgevoerd. Het gaat om een uitgebreide knelpuntenanalyse die is afgerond in 2011 (Van den Berg & Poot, 2004). De tweede fase bestond uit het ontwikkelen van de richtlijn.

In deze tweede fase heeft het Trimbos-instituut in samenwerking met een groot aantal experts die relevante beroepsverenigingen vertegenwoordigen ruim twee jaar gewerkt aan de ontwikkeling van de *Richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening* (Meeuwissen et al., 2015a). Gelijktijdig werd door dezelfde werkgroep en projectgroep de *Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening* (Meeuwissen et al., 2015b) ontwikkeld. De onderbouwing van de laatstgenoemde richtlijn is beschreven in het rapport *Wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening* (Meeuwissen et al., 2015c). Deze beide richtlijnen sluiten direct op elkaar aan.

Knelpuntenanalyse

In de eerste fase werden problemen of knelpunten in de kwaliteit van de somatische zorg geïnventariseerd, samen met de (mogelijke) oorzaken ervan. Daarbij werd het werkveld intensief betrokken. Problemen die een goede kwaliteit van de somatische zorg in de weg staan zijn in kaart gebracht met behulp van relevante beroepsverenigingen, waaronder FVG, NHG, NIP, NVAVG, NVASP, NVvP en V&VN. Daarbij werden mensen uit verschillende functie- en managementniveaus van instellingen geraadpleegd. Daarnaast zijn twee koepelorganisaties betrokken (VGN en GGZ Nederland) en verschillende expertise- en kenniscentra (waaronder NIPV, Trimbos-instituut en het lectoraat GGZ-verpleegkunde van de Hogeschool Inholland). Ook de relevante cliënten- en familieverenigingen, waaronder LPGGz en Ypsilon, werden geconsulteerd.

Voor de ggz resulteerde de inventarisatie in een selectie van twee onderwerpen voor richtlijnontwikkeling: 'algemene somatische screening' en 'leefstijl' specifiek voor de groep mensen met ernstige psychische aandoening. Op basis van de knelpuntenanalyse zijn relevante uitgangsvragen geformuleerd die als leidraad dienden bij de richtlijnontwikkeling.

Werkgroep, klankbordgroep en projectgroep

In de werkgroep waren relevante beroepsverenigingen en patiënten- en familieorganisaties vertegenwoordigd. De samenstelling van de werkgroep in fase 2 is grotendeels dezelfde als in fase 1. Het patiëntenperspectief werd ingebracht door participatie in de werkgroep; de patiënten- en familievertegenwoordigers waren leden van de werkgroep. De werkgroep kwam in totaal 3x plenair bijeen en daarnaast kwamen werkgroepleden (samen met projectgroepleden) bijeen in subgroepbijeenkomsten. De klankbordgroep bestond uit relevante stakeholders. Zie bijlage 1 voor de leden van de werkgroep en klankbordgroep. De klankbordgroepleden waren uitgenodigd voor de startbijeenkomst en leverden op een tweetal momenten in het richtlijnontwikkeltraject schriftelijk commentaar. De projectgroep ondersteunde de werkgroep methodologisch en organisatorisch. De projectgroep vatte de wetenschappelijke evidentie samen, resulterend in conclusies. Van de werkgroepleden werd gevraagd hierover actief mee te denken en input te leveren opdat de richtlijn goed zo aansluiten op de praktijk.

Bij de start van het richtlijnontwikkeltraject vond een startbijeenkomst plaats met de werkgroepleden en enkele klankbordgroepleden. In de startbijeenkomst werd aan de hand van de lijst met onderwerpen die de knelpuntenanalyse opleverde, de focus van de te ontwikkelen richtlijnen bepaald.

Samenvatten van de wetenschappelijke evidentie

Het onderzoek ter ondersteuning van de ontwikkeling van de richtlijn bestond uit vier onderdelen:

1. Een desksearch naar bestaande landelijke, buitenlandse en instellingsgebonden richtlijnen voor leefstijlbegeleiding van mensen met een ernstige psychische aandoening;
2. Een narratieve literatuurreview van sleutelpublicaties naar aspecten van leefstijlbegeleiding die dienen plaats te vinden bij volwassen mensen (18+ jaar) met een ernstige psychische aandoening of een verhoogd risico daarop (hoofdstuk 2);
3. Een veldinventarisatie naar beschikbare leefstijlinterventies in Nederland die door verpleegkundigen uitgevoerd kunnen worden (uitgangsvraag 1 & 2, hoofdstuk 3);
4. En een systematische literatuurreview naar studies die de geselecteerde leefstijlinterventies beschrijven en onderbouwen (uitgangsvraag 1 & 2, hoofdstuk 3 & 4).

Desksearch & sleutelpublicaties

Als uitgangspunt voor het literatuuronderzoek is gezocht naar bestaande (buitenlandse) evidence-based richtlijnen voor leefstijlbegeleiding van mensen met een ernstige psychische aandoening. In samenwerking met de werkgroep zijn de richtlijnen geselecteerd op relevantie en kwaliteit (zie bijlage 2). In totaal is er één relevante richtlijn geïdentificeerd op basis van titel en abstract. Na het beoordelen van de volledige tekst bleek geen enkele richtlijn relevant voor de ggz.

Vervolgens is er een narratieve literatuurreview uitgevoerd naar aspecten van leefstijlbegeleiding die dienen plaats te vinden bij mensen met een ernstige psychische aandoening of een verhoogd risico daarop. Het doel van deze review was een (evidence-based) achtergrond voor leefstijlinterventies te creëren. Hiervoor is gezocht naar systematische literatuurreviews en meta-analyses gepubliceerd in de volgende databases: Cochrane-database of systematic reviews van de Cochrane Library en Pubmed. Daarnaast leverden werkgroepleden relevante publicaties aan uit overige bronnen aan de projectgroep. In totaal zijn 40 sleutelpublicaties geïdentificeerd, waarvan de kenmerken staan samengevat in bijlage 3.

Systematisch literatuurreview

De systematische literatuurreview was er op gericht relevante artikelen voor uitgangsvragen 1 en 2 – leefstijlinterventies voor mensen met een ernstige psychische aandoening – te identificeren voor de wetenschappelijke onderbouwing. Om deze uitgangsvragen zo doelgericht en effectief mogelijk te onderzoeken, is allereerst een inventarisatie gehouden onder de werkgroepleden en hun netwerk naar relevante leefstijlinterventies beschikbaar in Nederland.

Deze interventies dienen door verpleegkundigen uitgevoerd te kunnen worden. Interventies zijn geëxcludeerd als de interventie niet op somatiek gericht is zoals in de richtlijn wordt beoogd of er geen evidentie voor beschikbaar is. In totaal zijn er vier relevante leefstijlinterventies door de werkgroep geïdentificeerd op basis van deze criteria. Ook diende de interventie in het Nederlands vertaald en beschikbaar te zijn. Om deze reden vielen High aerobic Intensity training (HIT) en In SHAPE alsnog af.

De systematische literatuurreview is uitgevoerd in twee literatuurdatabases: PubMed en Google Scholar. Daarnaast is gezocht voor aanvullende literatuur in Nederlandse vakbladen en zijn de ontwikkelaars van de interventies benaderd voor relevante artikelen. Tijdens de search zijn mogelijke relevante artikelen voor de overige twee uitgangsvragen meegenomen. De zoekstrategie is voorgelegd aan en goedgekeurd door de werkgroep. De zoekstrategie en het aantal hits dat de strategieën opleverden is weergegeven in bijlage 4. Conform de Evidence-Based Richtlijnontwikkeling (EBRO; Van Everdingen et al., 2004) methodiek beoordeelden reviewers de kwaliteit en inhoud van de verkregen literatuur en verwerkten deze in evidencetabellen (bijlage 5), beschrijvingen van de wetenschappelijke onderbouwing en wetenschappelijke (gewogen) conclusies. In totaal zijn er twee studies geïnccludeerd voor de wetenschappelijke onderbouwing. De beoordeling van de studies volgde de GRADE systematiek (Guyatt et al., 2011). GRADE geeft een systematisch, specifiek en transparant oordeel over de kwaliteit van het wetenschappelijke bewijs.

Werkgroepleden leverden grijze literatuur aan met relevante bevindingen. Dit betreft literatuur die niet uit de wetenschappelijke peer-reviewed vaktijdschriften komt. In totaal zijn er vier artikelen uit grijze literatuur geïnccludeerd. Ter beantwoording van alle uitgangsvragen – inclusief uitgangsvraag 3 en 4 - is grijze literatuur gebruikt en meningen van experts (werkgroep, klankbordgroep en praktijktest). Ook de relevante grijze literatuur is samengevat in evidencetabellen (in bijlage 5).

Formuleren van overige overwegingen en aanbevelingen

De aanbevelingen volgen uit de conclusies en de overige overwegingen. De conclusies zijn weer gebaseerd op de beschikbare wetenschappelijke evidentie. Dit is een ruim begrip. Evidentie behelst namelijk niet alleen wetenschappelijk bewijs, maar ook de consensus over het onderwerp in de praktijk en de voorkeuren van patiënten. Naast de laatste twee zijn ook andere zogenaamde ‘overige overwegingen’ van belang. Hieronder vallen zaken als gezondheidswinst, bijwerkingen, risico's en organisatorische aspecten. Aanbevelingen zijn dus gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur, de praktijkkennis van hulpverleners, de voorkeuren van cliënten en overige overwegingen. Leden van de werkgroep gingen op basis van de beschreven literatuur en conclusies met elkaar in discussie en formuleerden, begeleid door de projectgroep, de overige overwegingen en aanbevelingen. Deze aanbevelingen geven antwoord op de uitgangsvragen.

Het uitgangspunt was op voorhand, mede op basis van de knelpuntenanalyse in de eerste fase, dat de wetenschappelijke onderbouwing op de genoemde onderwerpen beperkt zou zijn.

De aanbevelingen in de hoofdstukken over de rol van familie en naastbetrokken (hoofdstuk 5) en over voorwaarden voor goede zorg (hoofdstuk 6) zijn voornamelijk gebaseerd op basis van professionele kennis, patiëntenvoorkeuren en overige overwegingen zoals bediscussieerd in de werkgroep.

Commentaarronde

Nadat de conceptrichtlijnteksten werden vastgesteld door de werkgroep werd deze openbaar gemaakt voor commentaar en voorgelegd aan de betrokken beroepsverenigingen en patiënten- en familieorganisaties voor commentaar. De ontvangen commentaren werden verzameld in een commentaartabel. De conceptrichtlijnteksten werden waar nodig aangepast op basis van dit commentaar. In de commentaartabel werd aangegeven wat met het commentaar is gedaan. Wanneer het commentaar niet werd overgenomen is de reden daarvoor aangegeven.

Praktijktoets

Om de praktische toepasbaarheid van de richtlijnaanbevelingen te evalueren werd een praktijktoets georganiseerd. Doel van de praktijktoets was om zicht te krijgen op de praktische toepasbaarheid van de richtlijn en op specifieke activiteiten die nodig zijn om de richtlijn in de praktijk effectief te kunnen invoeren. Bij deze praktijktoets zijn drie instellingen betrokken, geworven uit de achterban van V&VN en van de werkgroepleden: GGZ Midden-Holland, GGZ Westelijk Noord-Brabant, en Rivierduinen.

Aan deelnemende professionals werd de conceptrichtlijn voorgelegd met het verzoek er kennis van te nemen en deze bij een aantal patiënten uit hun caseload toe te passen. Vervolgens werden zij bevraagd over de haalbaarheid, wenselijkheid en uitvoerbaarheid van toepassing van de richtlijn en over de helderheid en concreetheid van de richtlijnaanbevelingen aan de hand van een vooraf opgestelde vragenlijst.

Er werden tijdens deze praktijktoets geen interventies uitgevoerd om de implementatie te bevorderen, anders dan het voorleggen van de conceptrichtlijn aan de potentiële gebruikers binnen de aangezochte instellingen. Op basis van de bevindingen en commentaren naar aanleiding van de praktijktoets werd de conceptrichtlijn, waar nodig, bijgesteld, bijvoorbeeld door aanwijzingen op te nemen voor het realiseren van randvoorwaarden, het trainen van personeel of procedurele voorwaarden. Over deze aanpassingen werd besloten in overleg met de voorzitter en werkgroepleden.

Indicatorenontwikkeling

De projectgroep ontwikkelde samen met de werkgroep een indicatorenset, bestaande uit 2-3 indicatoren per richtlijn. De indicatoren zijn bedoeld om te meten of de richtlijn wordt gevolgd. De bevindingen aan de hand van de indicatoren kunnen richting geven aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het in gang zetten van verbeteracties.

De ontwikkeling van de indicatoren volgde een systematische aanpak (Konings et al., 2006). De projectgroep bepaalde met de werkgroep voor welke van de richtlijnaanbevelingen de ontwikkeling van een indicator het meest zinvol is en hoe de indicator moet worden opgebouwd. Overwegingen hierbij waren het kunnen bereiken van de meeste gezondheidswinst, de huidige kwaliteit van de zorg of het reeds beschikbaar zijn of toegepast worden van relevante indicatoren. Voor de belangrijkste aanbevelingen werd een indicator geoperationaliseerd door een teller en noemer te definiëren. Voor onderwerpen die niet kunnen worden uitgedrukt in uitkomstindicatoren zijn procesindicatoren gekozen.

De opbouw van de indicatoren volgt de Kernset prestatie-indicatoren 2013 (Stuurgroep Zichtbare Zorg, 2013). De thema's en fasen van het zorgcontinuüm waarop de indicatoren betrekking hebben verwijzen naar de Kwaliteitsmatrix (Programma KiZ, 2011).

1.6 Opbouw van dit rapport

Hoofdstuk 2 gaat in op de klinische noodzaak van het bevorderen van een gezonde leefstijl en op de aspecten waarop leefstijlinterventies zich dienen te richten. In de hoofdstukken 3 en 4 wordt ingegaan op de vragen die de knelpuntenanalyse heeft opgeleverd. Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van geschikte interventies voor het bevorderen van een gezonde leefstijl.

Hoofdstuk 4 gaat in op de vraag wanneer, bij wie en hoe vaak deze leefstijlinterventies dienen te worden ingezet. De leefstijlanamnese en het opstellen van een leefstijlplan komen hier aan de orde.

In hoofdstuk 5 komt de belangrijke rol aan de orde van familie en naastbetrokkenen bij het bevorderen van een gezonde leefstijl. Hoofdstuk 6 beschrijft de voorwaarden die vervuld moeten zijn om leefstijlinterventies effectief uit te kunnen voeren.

In hoofdstuk 7 geeft een stroomschema de volgorde van stappen weer waarin de aanbevelingen van toepassing zijn.

In hoofdstuk 8 wordt een set van twee indicatoren beschreven. Met deze indicatoren kan worden gemeten of de belangrijkste richtlijnaanbevelingen worden opgevolgd.

2 Onderbouwing klinische noodzaak van aandacht voor leefstijl

2.1 Ongezonde leefstijl als risicofactor

Een gezonde leefstijl speelt een cruciale rol in de gezondheid van mensen. Leefstijl is persoonsgebonden, maar wordt ook sterk beïnvloed door de sociale omgeving. 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 (Jansen et al., 2002).

Lagere levensverwachting en kwaliteit van leven bij mensen met EPA

De verschillen in levensverwachting tussen mensen met een ernstige psychische aandoening en de algemene bevolking zijn groot. Recente studies laten zien dat door de lichamelijke comorbiditeit de levensverwachting van deze patiënten met 20-25 jaar bekort wordt (Saha, 2007; Tiihonen, 2011). Naast onnatuurlijke vroegersterfte door suïcide en ongelukken, zijn cardiovasculaire aandoeningen (CVA) de belangrijkste oorzaak voor deze verhoogde mortaliteit (De Hert et al., 2011). Tabel 1 geeft een overzicht van de belangrijkste beïnvloedbare risicofactoren, de prevalentie per risicofactor bij patiënten met schizofrenie en bipolaire stoornis (de ziektebeelden met de hoogste percentages ernstige psychische aandoening) en de relatieve risico's (RR) ten opzichte van de normale populatie.

Tabel 1: Prevalentie en relatieve risico (rr) van beïnvloedbare risicofactoren voor cardiovasculaire aandoeningen bij schizofrenie en bipolaire stoornis vergeleken met de algemene bevolking (de hert et al., 2011)

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

Cardiovasculaire aandoeningen worden veroorzaakt door de vaak ongezonde leefstijl van mensen met een ernstige psychische aandoening. Daarnaast is bekend dat sommige psychofarmaca, in het bijzonder antipsychotica, bijwerkingen hebben die sterk kunnen bijdragen aan de lichamelijke morbiditeit van deze patiënten. Gewichtstoename, verhoogde kans op diabetes, stoornissen in de vetstofwisseling, bewegingsstoornissen en seksueel disfunctioneren zijn in dit verband bekende bijwerkingen (Wuisman et al., 2013).

Samen zorgen de genoemde factoren voor een verhoogde kans op schadelijke metabole processen (resultierend in een verhoogd cardiovasculair risico) die de levensverwachting en kwaliteit van leven van de patiënt ongunstig beïnvloeden.

Invloed tekort aan zelfzorg

De ongezonde leefstijl van mensen met een ernstige psychische aandoening is een grote risicofactor voor een slechte lichamelijke conditie (Marder et al., 2004). Daarnaast worden ernstige tekorten gesignaleerd in de dagelijkse zelfzorg van deze patiënten, waardoor gezondheidsproblemen kunnen ontstaan. Dit zien we onder andere op het gebied van de gebitsverzorging (Kisely et al., 2011).

Invloed van ziektegebonden kenmerken

Daarnaast zijn er kenmerken van de ziekte zelf, bijvoorbeeld bepaalde symptomen of cognitieve stijlen, die een belemmering vormen voor adequaat gezondheidsgedrag (Roberts & Bailey, 2011). De moeizame en gebrekkige wijze waarop mensen met een ernstige psychische aandoening hun gezondheidsproblemen signaleren, ervaren of presenteren (Pary & Barton, 1988; De Hert et al., 2009) draagt ertoe bij dat behandelaars de klachten en aandoeningen vaak niet of pas laat ontdekken. Ook spelen gebrekkig ziektebesef, angst en een grotere pijntolerantie (Dworkin, 1994) in bepaalde gevallen een belangrijke rol bij het mijden van gezondheid zoekend en bevorderend gedrag.

Invloed van motivatie

Volgens De Hert et al. (2009) leidt de veelal beperkte therapietrouw en de soms geringe motivatie van patiënten om een gezonde levensstijl toe te passen tot het standhouden van de huidige situatie.

Invloed van kenmerken behandelaars

Ook kan er sprake zijn van behandel pessimisme: hulpverleners hebben er onvoldoende vertrouwen in dat zij wezenlijk bij kunnen dragen aan een goede lichamelijke conditie van deze doelgroep (De Hert et al., 2013). Vaak komen somatische diagnostiek en behandeling en leefstijlbevordering daardoor te laat op gang. Het gebruik van de medische zorg neemt zelfs af na het diagnosticeren van een psychische aandoening. Onderdiagnostiek en onderbehandeling van lichamelijke gezondheidsproblemen komen dan ook veel voor (Nasrallah, 2005). Een tekort aan kennis en vaardigheden binnen de ggz op het gebied van leefstijl draagt bij aan de instandhouding van de genoemde problemen. De noodzakelijke samenwerking tussen huisartsen en ggz-professionals komt slechts moeizaam tot stand (Heideman et al., 2006; Oud, 2009; Van Hasselt, 2013).

2.2 Ontwikkeling besef van urgentie

Bij beleidsmakers en professionals groeit een besef van urgentie om de genoemde problemen ter hand te nemen. De rijksoverheid (*Nota Gezondheidsbeleid*, VWS, 2011) streeft naar het verbeteren van de gezondheid van mensen met een gezondheidsachterstand en het verminderen van hun kwetsbaarheid.

Preventie, positieve gezondheidszorg, leefstijl, zelfmanagement en e-health-toepassingen zijn sleutelwoorden in het nationale beleid. In het *Kernrapport Volksgezondheid Toekomstverkenning 2010* (RIVM, 2010) wordt gesteld dat doelgericht aandacht besteden aan bevolkingsgroepen met een grote kwetsbaarheid en gezondheidsachterstand onderdeel is van verantwoorde zorg. De afgelopen jaren zijn professionals in de ggz zich steeds meer gaan inspannen om richtlijnen, methodieken en interventies te ontwikkelen die bijdragen aan een betere gezondheidstoestand van mensen met een ernstige psychische aandoening. Dit geldt met name voor de medische (zie o.a. Cahn et al., 2008; De Hert et al., 2011) en de verpleegkundige disciplines (zie o.a. Brunero & Lamont, 2009; Ohlson et al., 2005; Shuel et al., 2010).

Leefstijlinterventies zijn veelbelovend omdat bepaalde gezondheidsrisico's bij deze patiëntengroep sterk samenhangen met leefstijlkenmerken die positief beïnvloedbaar zijn (Marder et al., 2004; De Hert e.a. 2009). Leefstijlinterventies dragen positief bij aan het verbeteren van de gezondheidstoestand van de patiënt, het psychosociaal functioneren en de kwaliteit van leven (De Hert et al., 2009). Maar binnen de ggz, en zeker binnen de langdurende zorg, zijn zulke interventies of activiteiten nog altijd geen gemeengoed (IGZ, 2012; 2004; 1999). Leefstijlinterventies voor mensen met een ernstige psychische aandoening zijn bovendien nog beperkt ontwikkeld of op effectiviteit onderzocht. Diverse interventies die wel zijn onderzocht laten verbeteringen zien op de verschillende uitkomsten, zoals welbevinden, lichamelijke gezondheid en kwaliteit van leven.

2.3 Leefstijlaspecten als doel van interventies

De werkgroepleden hebben verschillende sleutelpublicaties aangedragen over leefstijlinterventies voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Het betreft systematische reviews uit de internationale vakliteratuur. De literatuurlijsten van deze artikelen werden gecontroleerd op aanvullende systematische reviews, die zijn toegevoegd aan de sleutelpublicaties. Op basis van deze sleutelpublicaties werd narratief samengevat welke leefstijlinterventies gunstige effecten op welke aspecten van de lichamelijke gezondheid en het welzijn van mensen met een ernstige psychische aandoening laten zien. Op deze gezondheidsaspecten zouden leefstijlinterventies moeten worden ingezet.

Het NIVEL voerde een uitgebreid onderzoek uit naar de effecten van leefstijlinterventies bij ernstige psychische aandoeningen. Honderd-en-zes publicaties, waarvan slechts één een onderzoek uit het Nederlandse taalgebied betrof (Vancampfort et al., 2011), vielen binnen de onderwerpsafbakening en voldeden aan de methodologische selectiecriteria (Wiegiers et al., 2012). Uit het NIVEL-onderzoek blijkt dat de belangrijkste veranderingen in leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening zijn: stoppen met roken, gewichtsmanagement, meer bewegen en gezonde voeding (Bradshaw et al., 2005).

Beperkingen studies

In zijn algemeenheid kan over de studies in de gevonden systematische reviews gezegd worden dat er methodologische beperkingen zijn ten aanzien van de omvang van de steekproef, de diversiteit en duur van de interventies, en het gebruik van verschillende soorten uitkomstmaten. Daarnaast ontbreekt onderzoek naar lange termijneffecten.

Door deze beperkingen zijn de resultaten niet robuust en kunnen er nog geen harde uitspraken gedaan worden over de effectiviteit van specifieke leefstijlinterventies voor specifieke diagnostische categorieën. Desalniettemin zijn er aanwijzingen dat bepaalde interventies effectief zijn.

Het type leefstijlinterventie is divers. Wanneer het doel *gewichtmanagement* is, gaat het enerzijds vaak om het stimuleren van grotere lichamelijke activiteit (bijvoorbeeld via cardio- en krachttraining) en anderzijds om het verbeteren van de voedingsgewoonten door middel van voedingsadvies en dieet. Soms is farmacotherapie ook een onderdeel van de interventie. De meeste sleutelpublicaties betreffen voeding en beweging. Bij *welbevinden* of *ontspanning* als centraal doel, gaat het om interventies als yoga, spierontspanning en dans. Wanneer *roken of middelenmisbruik* centraal staat, gaat het met name om psychologische interventies en farmacotherapie.

In de gevonden reviews, worden interventies die eenzelfde doel hebben meestal samen genomen bij het beoordelen van de effectiviteit. Daarom bespreken we hieronder de leefstijlinterventies naar het beoogde doel. Achtereenvolgens komen aan de orde: gewichtmanagement, welbevinden en ontspanning, roken en alcohol- en drugsmisbruik.

2.3.1 Gewichtmanagement

In de systematische reviews vonden we interventies gericht op beweging (cardio, krachttraining) of op voeding (eetpatroon, dieet). Veelal ging het om groepsinterventies. Vaak kwamen beide elementen voor, zowel beweging als voeding, maar niet altijd. De interventies waren gericht op voorlichting en/of op gedragsverandering, maar daarnaast kon er aandacht zijn voor het motiveren van de patiënt en voor het ontwikkelen van vaardigheden om de leefstijl te verbeteren. In sommige systematische reviews werd aandacht besteed aan farmacotherapie. De systematische reviews rapporteerden over een of meer van de volgende uitkomsten van de interventie: het lichaamsgewicht, de BMI, lichamelijke fitheid, risicofactoren voor een verhoogd cardiovasculair risico, en/of psychische gezondheid of welzijn.

Leefstijlinterventies gericht op het voedings- en bewegingspatroon zijn toepasbaar bij mensen met een ernstige psychische aandoening en hebben gunstige effecten. Hun lichamelijke fitheid verbetert (Gorzynski et al., 2010; Wiegers et al., 2012). Over het algemeen kan geconcludeerd worden dat de interventies gunstige effecten op het gewicht en BMI hadden, maar dat de effecten klein zijn (Wiegers et al., 2012; Happel et al., 2012; Verhaeghe et al., 2011). Het is onbekend of de effecten standhouden wanneer patiënten de interventie niet meer ontvangen (Wiegers et al., 2012). Interventies die uitsluitend op beweging waren gericht, zonder aandacht te besteden aan voeding, hadden over het algemeen geen effect op gewichtsvermindering (Gorzynski et al., 2010; Vancampfort et al., 2012). Een enkele systematische review vond ook gunstige effecten op risicofactoren voor een verhoogd cardiovasculair risico (Cabassa et al., 2010), maar de meeste studies konden dit niet aantonen (Wiegers et al., 2012; Gorzynski et al., 2010; Papanastasiou et al., 2012). Wel werden er gunstige effecten van deze leefstijlinterventies op de *psychische* gezondheid en het ervaren welzijn gevonden (Gorzynski et al., 2010; Verhaeghe et al., 2011).

Het soort antipsychoticum blijkt van (geringe) invloed te zijn op het effect van de interventie op het gewicht. Bij patiënten die olanzapine gebruikten was het effect het meest gunstig, gevolgd door patiënten die risperidone gebruikten en tenslotte door patiënten die haloperidol gebruikten, waarbij geen gunstig effect meer aangetoond kon worden (Wiegers et al., 2012). Daarnaast zijn er farmacotherapeutische interventies die antipsychotica geïnduceerde gewichtstoename kunnen beperken of reduceren, zoals metformine, d-fenfluramine en sibutramine (Papanastasiou et al., 2012).

Bij leefstijlinterventies voor gewichtmanagement lijkt het effectiever om op een geïntegreerde wijze een aantal benaderingen tegelijk aan te bieden: (dieet)adviezen, beweegprogramma's en gedragsmatige interventies (Wiegers et al., 2012; Cabassa et al., 2010). Bij het kiezen van beweegprogramma's lijkt er een voorkeur te bestaan voor aerobische training (zoals fietsen), eventueel aangevuld met krachttraining (Malchow et al., 2013).

Bij een duur van minimaal 30 minuten zou dit zowel de metabole als de neurologische, musculaire en cardiovasculaire systemen een prikkel geven. Ook zou een half uur beweging voor patiënten acceptabel en haalbaar zijn (Malchow et al., 2013). In het algemeen is het bij het kiezen van een bewegingsinterventie van essentieel belang om aan te sluiten bij de voorkeuren en het lichamelijke prestatieniveau van de patiënt. Voor patiënten die antipsychotica gaan gebruiken is het devies: beter een preventieve interventie om gewichtstoename te voorkomen, dan interventies aanbieden wanneer antipsychoticagebruik al tot gewichtstoename heeft geleid (Bonfioli et al., 2012; Papanastasiou et al., 2012).

2.3.2 Welbevinden en ontspanning

Naar yoga en progressieve spierontspanning is nog maar zeer beperkt onderzoek gedaan. De interventies lijken met name gunstige effecten te kunnen hebben op de psychische gezondheid (Vancampfort et al., 2010; 2011). Voor danstherapie is nog onvoldoende bewijs voorhanden (Xia et al., 2009). Indirect kunnen meer bewegen en gezondere voedingspatronen ook positieve effecten hebben op de psychische gezondheid (Gorzynski et al., 2010; Verhaeghe et al., 2011).

2.3.3 Roken

Mensen met een ernstige psychische aandoening roken vaak veel. Dit draagt bij aan een hoger ziektecijfer en mortaliteit door aan roken gerelateerde ziektes. Het is de vraag of interventies om te stoppen met roken die onderzocht zijn bij andere groepen mensen, ook effectief zijn voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Het antwoord lijkt een 'ja' te zijn. Voor bupropion, nicotinevervangers en voor het belonen van stopgedrag, is er bewijs dat het helpt bij mensen met een ernstige psychische aandoening.

Bupropion (een antidepressivum waarvan is aangetoond dat het effectief is bij het stoppen met roken) lijkt een veilig en effectief middel voor patiënten met schizofrenie om het roken te verminderen of om er geheel mee te stoppen (Wiegers et al., 2012; Tsoi et al., 2010; Papanastasiou et al., 2012). Het gunstige effect bleek een half jaar na de interventie stand te houden.

Het middel had geen negatieve effecten op de psychische gezondheid van de patiënt (de negatieve en positieve symptomen). Heftige bijwerkingen zoals toevallen bleven eveneens uit (Tsoi et al., 2010).

Er is steeds meer bewijs dat nicotinevervangers kunnen helpen bij het minderen of stoppen met roken. Niet alleen bij mensen met een ernstige psychische aandoening in brede zin (Happel et al., 2012), maar ook specifiek bij mensen met schizofrenie treden verbeteringen in stopgedrag op als gevolg van nicotinevervangers (Papanastasiou et al., 2012). In een review van twee jaar eerder was er nog te weinig bewijs voor deze laatste doelgroep (Tsoi et al., 2010).

Een financiële beloning (*contingent reinforcement*) lijkt eveneens effectief om patiënten met schizofrenie te laten stoppen met roken. Er is echter geen bewijs dat het effect aanhoudt als de beloning stopt (Tsoi et al., 2010).

Voor andere interventies, zoals *psychosociale interventies*, is er nog te weinig bewijs dat deze kunnen helpen bij het stoppen of minderen met roken. Een combinatie van verschillende interventies als Bupropion, nicotinevervanger en psychosociale ondersteuning is vaak het meest effectief (Tsoi et al., 2010).

2.3.4 Alcohol- en drugsgebruik

Psychologische interventies gericht op het verminderen van alcoholgebruik kunnen effectief zijn bij mensen met een ernstige psychische aandoening (Happel et al., 2012). Een gunstig bijeffect was dat er ook minder gebruik van illegale drugs plaatsvond en minder strafrechtelijke vervolging (Happel et al., 2012).

2.3.5 Algemeen

De meest succesvolle leefstijlinterventies zijn toegesneden op een specifieke doelgroep, maken gebruik van een samenhang van activiteiten, hebben verschillende actoren die participeren en hebben voldoende lange looptijd en continuïteit (Jansen et al., 2002). Afstemmen van geïndividualiseerde interventies op de mogelijkheden, beperkingen, motivatie en klachten van de patiënt is van belang.

2.4 **Samengevat: relevante leefstijlaspecten**

Op basis van de BRAVO-criteria en de sleutelreferenties kunnen de aspecten waarop leefstijlinterventies dienen te worden ingezet als volgt worden samengevat:

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

Met een leefstijlanamnese dient in kaart te worden gebracht op welke van deze aspecten het nodig is leefstijlinterventies te overwegen. Via de leefstijlanamnese worden de aandachtsgebieden zichtbaar, waarop vervolgens een leefstijlplan kan worden opgesteld. Zo mogelijk worden ook specifieke leefstijlinterventies aanbevolen. Hoofdstuk 4 gaat hier nader op in.

Zo nodig worden specifieke leefstijlinterventies aangeboden op basis van de informatie die wordt verkregen met modules 1 en 2 in de *richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening (2015)*.

3 Interventies voor leefstijlverbetering

Hoofdstuk 2 ging in op aspecten waarop leefstijlinterventies dienen te worden ingezet. Dit hoofdstuk beantwoordt de vraag welke interventies specifiek geschikt zijn om een gezonde leefstijl te bevorderen. Centraal staan interventies die voor het Nederlandse taalgebied beschikbaar zijn.

3.1 Wetenschappelijke onderbouwing

Van twee leefstijlinterventies die in Nederland beschikbaar zijn, is het effect wetenschappelijk onderzocht en gepubliceerd in een peer-reviewed wetenschappelijk tijdschrift. Het gaat om fitness en om yoga en beide interventies zijn onderzocht bij patiënten met schizofrenie.

Scheeuwe e.a. (2012) stelden een fitnessprogramma samen op basis van cardiovasculaire training plus spierkrachttraining. De onderzoekers voerden een randomised controlled trial (RCT) uit waarin deze interventie vergeleken werd met een dagbestedingsinterventie. Deze studie werd de TOPFIT-studie genoemd (Outcome of Psychosis and Fitness Therapy).

Zowel het TOPFIT-programma als de dagbestedingsinterventie bestonden uit twee bijeenkomsten per week van één uur gedurende een half jaar. Gekeken werd naar de effecten op de mentale gezondheid (positieve en negatieve symptomen, depressiesymptomen en zorgbehoefte) en de cardiorespiratoire fitheid. De steekproef bestond uit 63 patiënten met schizofrenie met een stabiele dosis antipsychotica. De resultaten van de intention-to-treat analyse (N=54) tonen aan dat de patiënten die het fitnessprogramma kregen, significant betere resultaten lieten zien op metingen van de cardiorespiratoire fitheid, dan patiënten die dagbesteding kregen. Tweeënzestig procent van de patiënten (N=39) volgden minimaal de helft van de bijeenkomsten. Uit eerdere onderzoeken naar leefstijlinterventies bij patiënten met schizofrenie kwam reeds naar voren dat de therapietrouw problematisch is. Om de opkomst te verhogen werden patiënten telefonisch herinnerd aan de bijeenkomst. De resultaten van de per-protocol analyse (N=39), met alleen de groep patiënten die minimaal de helft van de bijeenkomsten volgden, tonen aan dat patiënten die het fitnessprogramma volgden significant betere resultaten lieten zien op metingen naar de mentale gezondheid (positieve en negatieve symptomen van psychose, depressieve klachten, zorgbehoefte) en in de cardiovasculaire fitheid. Er konden geen significante verschillen worden aangetoond op een aantal andere fysiologische uitkomstmaten, zoals een verhoogd cardiovasculair risico, lichaamsgewicht en vetpercentage.

Het betreft een kleine studie met diverse beperkingen in het design die mogelijk het resultaat positief hebben vertekend (zie bijlage 5, tabel met studiekekenmerken en kwaliteitsbeoordeling).

De effecten van yoga werden onderzocht door Vancampfort e.a. (2011). In deze studie werden de directe effecten gemeten van een eenmalige yogales, een les met aerobe inspanning of controleconditie (in een rustige kamer zitten). Aan het onderzoek namen 44 opgenomen patiënten met schizofrenie deel en ieder nam in willekeurige volgorde deel aan alle drie de interventies. Vijf minuten voorafgaand aan de interventie en meteen erna werden korte scoringslijsten afgenomen. De resultaten waren gunstig voor zowel yoga als aerobe inspanning wat betreft het subjectieve welbevinden, psychologische stress en toestandsangst, vergeleken met de controleconditie. Er werden geen verschillen in effectiviteit gevonden tussen yoga en aerobe inspanning.

De kwaliteit het onderzoek en daarmee het vertrouwen in de uitkomsten, is zeer laag (zie bijlage 5, tabel met studiekekenmerken en kwaliteitsbeoordeling). Het betrof een kleine studie met een cross-over design, waarbij de resultaten van de eerste interventie die patiënten kregen niet apart zijn gerapporteerd. Ook gaat het om effecten die binnen een paar minuten na afloop van de interventie gemeten zijn, terwijl er geen duurzame effecten als gevolg van de leefstijlinterventie gemeten zijn.

3.2 Wetenschappelijke conclusies

Kwaliteit van het bewijs: Laag ⊕⊕○○	<i>Mentale gezondheid en cardiorespiratoire fitheid</i> Een fitnessinterventie heeft mogelijk gunstige effecten op de mentale gezondheid (positieve en negatieve symptomen, depressie symptomen en zorgbehoefte) en cardiorespiratoire fitheid van patiënten met schizofrenie, die gemotiveerd zijn om 1 à 2 keer per week deel te nemen. Scheewe e.a. (2012)
Kwaliteit van het bewijs: Zeer laag ⊕○○○	<i>Subjectieve welbevinden, psychologische stress en toestandsangst</i> Een eenmalige yogales of aerobe inspanning bij patiënten met schizofrenie verhoogt kortstondig het subjectieve welbevinden en vermindert psychologische stress en toestandsangst, vergeleken met een controle conditie. Er werd geen verschil tussen yoga en aerobe inspanning gevonden. Vancampfort e.a. (2011)

3.3 Van bewijs naar aanbevelingen

Van een aantal andere interventies zijn onderzoeksverslagen gevonden in de zogenaamde 'grijze' literatuur. Dit betreft literatuur die niet uit de wetenschappelijke peer-reviewed vaktijdschriften komt. Het gaat om: Big!Move, Bewegen met plezier, Health4U, en Cognitieve fitness in de GGZ. De verslagen over deze interventies worden hier besproken.

Big!Move GGZ

Big!Move (Overgoor et al., 2007) is een beweegprogramma waarvan de effectiviteit momenteel onderzocht wordt bij mensen met een ernstige psychische aandoening. De interventie *Big!Move* GGZ is volgens de databank van Loket Gezond Leven theoretisch goed onderbouwd.

De interventie bevat bovendien een heldere beschrijving en een handleiding. Big!Move GGZ is "van goede kwaliteit, gestoeld op bewezen principes van gezondheidsbevordering en geeft minstens aanwijzingen voor werkzaamheid."

Er is wel onderzoek gedaan naar de effecten van Big!Move bij mensen met overgewicht, gezondheidsproblemen als suikerziekte, hart- en vaatziekte en lage SES. Veel deelnemers zijn enthousiast over het programma, vinden het leuk om mee te doen. De meesten voelen zich gezonder, zitten lekkerder in hun vel en hebben meer sociale contacten. Er lijken ook aanwijzingen te zijn dat de zorgvraag (huisartsbezoek) vermindert als gevolg van deelname aan Big!Move.

Bewegen met plezier

Bewegen met plezier is een leefstijlinterventie waarin deelnemers een combinatie krijgen van advies (over bewegen, dieet) en groepsgewijs sporten onder begeleiding. Oolders e.a. (2012) voerden een kleine evaluatie uit bij 15 patiënten met schizofrenie die antipsychotica gebruikten en overgewicht hadden. De studie laat zien dat *Bewegen met plezier* mogelijk beperkte gunstige resultaten kan hebben op het lichaamsgewicht en op het welbevinden van deze groep patiënten.

Health4U

Health4U is onderzocht bij 76 mensen met een ernstige psychische aandoening uit tien Nederlandse ggz-instellingen die psychofarmaca (met name antipsychotica) gebruiken (Appelo et al., 2005). In dit onderzoek worden aanwijzingen gevonden dat *Health4U* kleine positieve effecten heeft op het welbevinden, het gewicht en op het aantal contacten met lotgenoten. Vooral vrouwen met een ernstige psychische aandoening lijken baat te hebben.

Cognitieve fitness in de GGZ

Cognitieve fitness in de GGZ is onderzocht door Van Wezep, Overweg & Kroon (2012) bij 40 patiënten met een ernstige psychische aandoening in drie ggz-instellingen. Er zijn aanwijzingen gevonden voor een verbetering in cognitieve vaardigheden als geheugen en cognitieve flexibiliteit (hoewel dit mogelijk een leereffect kan zijn). Bovendien zijn er aanwijzingen dat de bloeddruk is gedaald en dat de deelnemers meer zijn gaan sporten.

Deelnemers waren bovendien enthousiast over de training en gaven aan beter in hun vel te zitten en meer energie te hebben.

3.4 Verdere overwegingen

Patiënten die deelnemen aan leefstijlinterventies zijn er vaak enthousiast over en ervaren positieve effecten, zowel lichamelijk, psychologisch/mentaal als sociaal.

Aandachtspunten bij het aanbieden van beweegprogramma's is dat plezier voorop staat, dat interventies lokaal beschikbaar zijn, dat er kosteloos gebruik van gemaakt kan worden, en dat gestimuleerd wordt dat deelnemers zich houden aan afspraken en open staan voor het opvolgen van adviezen. Patiënten die zich aan het programma houden ervaren profijt, maar een substantieel deel van de patiënten valt uit. Bij beweegprogramma's gaat de voorkeur uit naar interventies waarvoor wetenschappelijke onderbouwing is, zoals voor bewegingsinterventies met een combinatie van cardio- en krachttraining.

Bij voeding- en dietadviezen kunnen nieuwe opties gepresenteerd worden aan de patiënten. Zo kun je patiënten verschillende groentehapjes laten eten, zodat ze kunnen nagaan wat ze lekker vinden, en een smoothie van fruit en groentes geserveerd worden in plaats van koffie.

Resumerend

- Er is weinig onderzoek naar leefstijlinterventies bij mensen met een ernstige psychische aandoening uitgevoerd en de beschikbare studies hebben vele methodologische tekorten.
- De mate waarin de interventies resultaten boeken op het lichamelijk en mentaal welbevinden is daardoor niet goed in kaart te brengen.
- Wel blijkt uit publicaties dat zowel begeleiders als deelnemers erg enthousiast zijn over dit type interventies.
- Er lijkt een goede theoretische basis te zijn voor het aanbieden van dit soort interventies en er lijken geen ongewenste bijwerkingen op te treden.
- Het huidige aanbod van leefstijlinterventies is een goed begin, maar nader onderzoek is gewenst om de effectiviteit specifiek bij mensen met een ernstige psychische aandoening aan te kunnen tonen.

Voedingseducatie - Het is van belang adequate voorlichting over voeding te geven om een gezond eetpatroon te bevorderen (Ontwikkel- en onderhoudsgroep Zorgmodule Voeding, 2012). De verpleegkundige heeft hierin een belangrijke gezondheid bevorderende taak. De gedragsverandering kan ondersteund worden door coaching en motiverende gespreksvoering. Voedingseducatie zowel in individuele als groepsbehandeling kan ook gegeven worden door een diëtist. Individuele begeleiding ter bevordering van een gezond voedingspatroon dient bij voorkeur ondersteund te worden door een gespecialiseerd diëtist die erkend lid is van het netwerk Diëtisten Psychiatrie Nederland (DPN).

Bewegen - De beweegnorm voor volwassenen is 30 minuten bewegen per dag (Nederlandse Norm Gezond Bewegen), in blokjes van minimaal 10 minuten, tenminste 5 dagen per week, matig intensief (licht verhoogde hartslag en ademhaling). Bij mensen met een hoge BMI is de norm twee keer 30 minuten bewegen per dag. Iedere minuut extra activiteit, bijvoorbeeld door een klein rondje wandelen, is al winst. De werkgroep onderstreept het belang van deze houding. Hulpverleners kunnen een belangrijk verschil maken door de patiënt te motiveren om mee te wandelen of deel te nemen aan andere niet-zittende activiteiten.

Voeding + bewegen - Voedingsinterventies gecombineerd met bewegingsinterventies hebben een gunstig effect op lichamelijke gezondheid (gewicht, BMI), mentale gezondheid en cardiorespiratoire fitheid. De werkgroep onderstreept het belang van screening door de verpleegkundige op obesitas, diabetes mellitus, hypertensie, dyslipidemia en een verhoogd cardiovasculair risico en het op basis hiervan inzetten van vervolgacties. De werkgroep is van mening dat op indicatie een individuele behandeling door een gespecialiseerd diëtist psychiatrie bij obesitas, diabetes mellitus, hypertensie, dyslipidemia en een verhoogd cardiovasculair risico dient te worden ingezet.

Antipsychotica en gewichtsmanagement - Voor patiënten die antipsychotica gebruiken is het belangrijk om een of meerdere interventies aan te bieden om gewichtstoename te voorkómen. De verpleegkundige heeft een belangrijke taak om deze interventie uit te voeren en in het leefstijlplan op te nemen. Het is belangrijk te overwegen of een preventief consult bij een gespecialiseerd diëtist psychiatrie aangeboden dient te worden, zo nodig gevolgd door verdere begeleiding van de diëtist.

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

Beperking gebruik (genots)middelen - Ter ondersteuning van het beperken van het gebruik van genotsmiddelen (tabak, koffie, alcohol, drugs) kan gedragsverandering ondersteund worden door coaching en motivational interviewing. De verpleegkundige begeleidt de patiënt bij het stoppen met roken conform de Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving herziening 2009 (CBO/Partnership Stop met Roken, 2009). Volgens deze richtlijn zijn bewezen effectieve interventies: MIS: de Minimale Interventiestrategie voor stoppen-met-rokenbegeleiding; SST: Stop Smoke Therapy (voor patiënten met COPD); Pakje Kans Groepstraining; Persoonlijke coaching; Telefonische coaching. Voor stoppen met roken zijn behalve de algemene beschikbare interventies in het kwaliteitsregister Stoppen met Roken (<http://www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl/>) ook interventies ontwikkeld specifiek voor mensen met psychische problematiek, zoals de stoppen met roken-interventie 'Voel je vrij' (Momentum, 2012). Voor het gebruik van middelen (soft- en harddrugs) zijn behalve de algemene beschikbare interventies ook interventies ontwikkeld specifiek voor mensen met psychische problematiek, zoals de Liberman Module Omgaan met verslaving (Van Erp et al., 2009).

Bevorderen gezond seksueel gedrag - Aan patiënten met (risico op) ongezond seksueel gedrag kan gezondheidsvoorlichting worden gegeven over het voorkómen van onveilig seksueel gedrag en over SOA-preventie. Dit onderwerp dient individueel bespreekbaar te worden gemaakt. De gedragsverandering kan ondersteund worden door coaching en motiverende gespreksvoering. Motiverende gesprekstechnieken zijn belangrijk in combinatie met praktische ondersteuning en gezamenlijke acties.

Mondhygiëne - Aan mensen met een ernstige psychische aandoening met een slechte mondhygiëne kan om een goede (mond)hygiëne te bevorderen, als ondersteuning een consult met de mondhygiënist worden aangeboden. De verpleegkundige dient de patiënt in het verlengde van de adviezen van de mondhygiënist te ondersteunen in en motiveren tot een goede mondzorg.

Aansluiting bij andere partijen - Voor de uitvoerbaarheid van de richtlijn op lange termijn is het van belang aan te sluiten bij initiatieven van patiëntenorganisaties en gemeenten. Zo is de maatschappelijke inbedding gewaarborgd door aan te sluiten bij lokale en landelijke initiatieven, bijvoorbeeld in de vorm van wandelclubs of kookclubs. Dit sluit aan bij het idee van de participatiesamenleving: met elkaar, in de omgeving van de patiënt. De werkgroep is van mening dat zelfhulpgroepen en lotgenotencontact georganiseerd vanuit cliëntenorganisaties en het HEE-team (HEE: Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid) een belangrijke rol kunnen spelen in het bevorderen van een gezonde leefstijl (Boertien & Van Bakel, 2012; McKay, 2012).

3.5 Aanbevelingen

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.

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 5).

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.

Zet specifieke interventies in om de mentale gezondheid en cardiorespiratoire fitheid te ondersteunen: 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 verhoogd cardiovasculair risico.

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

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'.

Bied mensen met een ernstige psychische aandoening en (risico op) ongezond seksueel gedrag individueel 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.

Verwijs mensen met een ernstige psychische aandoening en een slechte mondhygiëne voor een consult naar de mondhygiënist 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.

Voer onderzoek uit naar lange termijneffecten 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.

4 Het inzetten van leefstijlinterventies

Dit hoofdstuk beantwoordt de vragen hoe, wanneer, bij wie en hoe vaak leefstijlinterventies dienen te worden ingezet en gaat in op de aangewezen vervolgacties.

4.1 Wetenschappelijke onderbouwing

Voor het bereiken van optimale resultaten en een goede motivatie is het van belang dat interventies gericht op leefstijlverandering zo goed mogelijk aansluiten bij de bereidheid tot gedragsverandering van de patiënt. Hiertoe kan het model van gedragsverandering van Prochaska & DiClemente (1982) behulpzaam zijn. Afhankelijk van het stadium van gedragsverandering waarin de patiënt zich bevindt, worden specifieke interventies ingezet. De hulpverlener heeft een accepterende houding en zet interventies in die aansluiten bij de motivatie van de patiënt en diens bereidheid tot gedragsverandering.

De stadia van gedragsverandering en bijbehorende stadia van behandeling:

1. Vooroverweging – opbouwen van de behandelrelatie, bieden van praktische hulp
2. Overweging – overtuigen
3. Voorbereiding – motiveren
4. Actie – actieve behandeling
5. Consolidatie – terugvalpreventie

4.2 Motivatie en motiverende gespreksvoering

Motiveren van de patiënt is noodzakelijk voor het bereiken van een blijvende gedragsverandering en het duurzaam veranderen van leefstijl. Motiverende gespreksvoering (motivational interviewing) is een geschikte strategie om het veranderproces te ondersteunen (Miller et al., 2009; Miller & Rollnick, 2005; Schippers & De Jonge, 2002; Mueser et al., 2013). Motiverende gespreksvoering dient aan te sluiten bij de behoeften en voorkeuren van de patiënt en dient met respect voor diens keuzes uitgevoerd te worden. Motiverende gesprekstechnieken zijn belangrijk, maar wel naast daadwerkelijke praktische ondersteuning en gezamenlijk actie ondernemen. Stoppen met roken kan bijvoorbeeld moeilijk worden verplicht; zonder intrinsieke motivatie van de patiënt is het niet waarschijnlijk dat duurzame gedragsverandering optreedt. Maar ook bij geringe motivatie moet het gesprek worden aangegaan, goede informatie worden verstrekt in combinatie met gezondheidsvoorlichting en het benoemen van mogelijkheden voor verandering; misschien wil een patiënt een jaar later wel stoppen met roken.

De basishouding bij motiverende gespreksvoering is een respectvolle benadering en onvoorwaardelijke acceptatie van het probleem en de patiënt. 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 ligt op empathie en samenwerking.

Principes van motiverende gespreksvoering zijn: toon begrip; wijs op discrepantie; vermijd discussie; ga mee met weerstand; bevorder zelfwerkzaamheid (Miller et al., 2009; Miller & Rollnick, 2005; Schippers & De Jonge, 2002).

4.3 Andere strategieën

Andere geschikte strategieën voor het bereiken van leefstijlverandering zijn socratisch motiveren (Appelo, 2007), oplossingsgerichte therapie (Bakker & Bannink, 2008), effectieve risicocommunicatie en traffic-light-methode (TLM) (Van Meijel et al., 2014; Noar et al., 2007).

Een integrale aanpak waarbij de leefstijlinterventie is geïntegreerd in de behandeling in plaats van als losstaande interventie wordt gegeven, geeft betere resultaten dan een losstaande interventie (McFall et al., 2010; Wiegers et al., 2012). Ook is het belangrijk dat hulpverleners er rekening mee houden dat bij mensen met een ernstige psychische aandoening barrières kunnen optreden voor actieve deelname aan leefstijlinterventies, zoals bepaalde symptomen of het ontbreken van sociale steun (Roberts & Bailey, 2011).

4.4 Van bewijs naar aanbevelingen

Wenselijkheid leefstijlanamnese

De werkgroep is van mening dat bij alle mensen met een ernstige psychische aandoening een leefstijlanamnese dient te worden afgenomen, met aandacht voor de volgende aspecten:

1. Voeding en eetpatroon (incl. koffie en energiedranken)
2. Bewegen en sport
3. Welbevinden en ontspanning (balans belasting - belastbaarheid)
4. Middelengebruik (tabak, alcohol, medicijnen zonder recept, drugs)
5. Slapen
6. Seksueel gedrag en SOA-preventie
7. Hygiëne, o.a. mondhygiëne

De werkgroep is van mening dat bij de leefstijlanamnese een gestandaardiseerd instrument gebruikt dient te worden, zoals Leefstijl-in-beeld (Van Meijel et al., 2014; De Ruijter & Van Hamersveld, 2012) of de VMSL-GGZ (Van der Kellen, 2014). De VMSL-GGZ, de Verpleegkundige Monitoring bij Somatiek en Leefstijl (VMSL-GGZ), is een aangepaste versie van de VMGA. Dit instrument voor screening op somatische aandoeningen en monitoring van medicatiegebruik is uitgebreid met screeningsonderdelen voor patiënten met een bipolaire stoornis en psychotische depressie. Hiervoor zijn als bronnen gebruikt: handboek Bipolaire stoornissen (Kupka, Knoppert & Nolen et al., 2007) en handboek Depressieve stoornissen (Huyser et al., 2008). Bovenstaande instrumenten zijn beschreven in de Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening (Meeuwissen et al., 2015).

De werkgroep is van mening dat het mogelijk en noodzakelijk is om al bij de leefstijlanamnese een stap te zetten naar bewustwording, motivatie en inpassing van leefstijlveranderingen in het dagelijkse leven van de patiënt. Leefstijl-in-beeld sluit aan bij de motivatie van de patiënt en bieden een combinatie van voorlichting en ondersteuning gericht op effectieve uitvoering van het leefstijlplan.

Mensen met een ernstige psychische aandoening hebben recht op goede informatie over een gezonde leefstijl en over de mogelijke leefstijlinterventies om deze te bevorderen (Tietema e.a. 2012; IGZ, 2012). Deze kunnen individueel of in groepsverband worden gegeven. Daarbij hoort ook aandacht voor de negatieve effecten van gedragsverandering, zoals onthoudingsverschijnselen, gewichtstoename bij stoppen met roken of blessures bij veel bewegen.

Van leefstijlanamnese naar leefstijlplan

De Inspectie voor de Gezondheidszorg geeft aan dat leefstijldoelen van de patiënt geïnventariseerd dienen te worden en begeleiding dient te worden geboden bij de meest haalbare interventies (Tietema e.a. 2012; IGZ, 2012).

De werkgroep is van mening dat op basis van de leefstijlanamnese voor elk persoon met een ernstige psychische aandoening een leefstijlplan dient te worden opgesteld.

In het leefstijlplan dienen aan de orde te komen:

- 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?).

De werkgroep is van mening dat de leefstijlanamnese en het leefstijlplan zo veel mogelijk dient aan te sluiten bij de uitkomsten van de somatische screening en de daaruit voortvloeiende behandeling.

Shared-decision-making

De werkgroep is van mening dat het van belang is om de keuze voor specifieke leefstijlinterventies door patiënt en hulpverlener samen te laten bepalen (shared-decision-making), rekening houdend met de mogelijkheden en voorkeuren van de patiënt.

Na gezamenlijke, open bespreking van de uitkomsten van de leefstijlanamnese formuleren patiënt en hulpverlener gezamenlijk haalbare doelen en activiteiten voor leefstijlveranderingen. Voorbeeldvragen aan de patiënt zijn: herken je je in de uitkomsten van leefstijlanamnese? Hoe kijk je daar tegenaan? Wat zou je willen veranderen? Wat kun je zelf en waar heb je hulp bij nodig?

Positieve uitgangshouding en stimuleren eigen verantwoordelijkheid

De werkgroep is van mening dat het belangrijk is beschikbare leefstijlinterventies die in aanmerking komen altijd aan de patiënt aan te bieden. Hulpverleners dienen een positieve uitgangshouding te hebben; er wordt niet op voorhand aangenomen dat een patiënt niet geïnteresseerd is in of niet in staat zou zijn tot gedragsverandering. Dit geldt voor alle aspecten van de leefstijlanamnese.

De werkgroep is van mening dat het van belang is de patiënt zo te begeleiden (coachend, motiverend, faciliterend en ondersteunend) dat deze doelgericht aan het leefstijlplan gaat werken en dit ook een lange tijd kan volhouden. Het streven is om de patiënt, al naar gelang zijn of haar mogelijkheden, zelf de verantwoordelijkheid te doen nemen voor het eigen leefstijlgedrag. Ook hier is het cruciaal om aansluiting te zoeken bij het stadium van gedragsverandering waarin de patiënt zich bevindt.

Monitoren van interventies en effecten

De werkgroep is van mening dat het belangrijk is dat gemeten wordt hoe iemand er voor staat voorafgaand, tijdens en na afloop van de begeleiding op het gebied van leefstijl. Dat betekent dat zowel de leefstijlbegeleiding zelf als de effecten van de leefstijlinterventies of de gegevens betreffende de uitvoering van het leefstijlplan dienen te worden gemonitord. De leefstijlanamnese dient ten minste twee keer per jaar afgenomen en geëvalueerd te worden zodat voortgang en belemmeringen in de uitvoering van het leefstijlplan tijdig zichtbaar worden.

De werkgroep is van mening dat de uitkomsten van de leefstijlanamnese en monitoring dienen te worden opgenomen in het patiëntendossier.

Zelfhulpgroepen en lotgenotencontact

De werkgroep is van mening dat zelfhulpgroepen en lotgenotencontact georganiseerd vanuit cliëntenorganisaties en HEE-teams een belangrijke rol kunnen spelen bij het opstellen van het leefstijlplan, waarbij de eigen competenties en mogelijkheden centraal staan (Boertien & Van Bakel, 2012).

4.5 Aanbevelingen

Neem bij patiënten met een (risico op) ernstige psychische aandoening 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)

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.

Besteed bij de leefstijlanamnese al aandacht aan bewustwording van ongezond gedrag. Geef informatie over de (mogelijke) invloed van het ongezonde gedrag op de gezondheid. Motiveer en ondersteun de patiënt om leefstijlveranderingen in te passen in het dagelijks leven.

Zet in de volgende gevallen bij de leefstijlanamnese een instrument in dat aansluit bij de motivatie van de patiënt en een combinatie van voorlichting en ondersteuning bij leefstijlverandering omvat, zoals Leefstijl-inbeeld:

- a. wanneer een meer uitgebreide leefstijlanamnese gewenst is;
- b. of wanneer er leefstijlinterventies worden overwogen of worden opgesteld.

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.

Geef alle mensen met een ernstige psychische aandoening algemene informatie over het belang van een gezonde leefstijl, mogelijke bijwerkingen van medicatie, en over de leefstijlinterventies die beschikbaar zijn om een gezonde leefstijl te bevorderen, individueel of in groepsverband.

Stel op grond van de uitkomsten van de leefstijlanamnese samen met elke persoon 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.
- 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 *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 algemene somatische screening (somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese) en de vervolgacties (behandeling van eventuele 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.

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.

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.

5 De 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.

5.1 Praktijkkennis en voorkeuren vanuit patiënten- en familieperspectief

Sociale omgeving

Voor de meeste mensen, en dus ook voor mensen met een ernstige psychische aandoening, is het moeilijk om leefgewoonten te veranderen. De leefomgeving van een patiënt en de sociale invloeden die daarin een rol spelen kunnen zeer bepalend zijn voor het gedrag. De familie en naastbetrokkenen spelen een belangrijke rol bij de leefstijl, leefstijlattitude, het bereiken van gedragsverandering en het inzetten van hulp daarbij (al of niet als mantelzorger). Hun houding is van grote invloed. Het is dan ook van belang om rekening te houden met de rol die familieleden en naastbetrokkenen kunnen spelen bij de gewenste leefstijlverandering. Dit kan een positieve rol zijn in de zin dat zij de patiënt ondersteunen in het realiseren van leefstijldoelen. Maar bij problematische relaties met familieleden of naastbetrokkenen kan de uitwerking averechts zijn. Dit geldt zowel in de fase van adolescentie als in de volwassenheid (Harrop & Trower, 2003).

Betrokkenheid formaliseren

De familie kan een patiënt helpen en ondersteunen bij het veranderen van leefstijl. Het is vanzelfsprekend belangrijk dat de patiënt instemt met de rol van familieleden of naastbetrokkenen bij de leefstijlactiviteiten. In het behandelplan kan vastgelegd worden wat de rol van de familie en naastbetrokkenen hierbij is. Zo kunnen familieleden en naastbetrokkenen bijvoorbeeld een bemiddelende functie vervullen in het contact met hulpverleners en aanspreekpunt zijn voor de casemanager.

Rol bij opstellen en uitvoeren leefstijlplan

De werkgroep is van mening dat, als dat haalbaar is, behalve de patiënt ook de familie en naastbetrokkenen dienen te worden ingeschakeld om positieve leefstijlveranderingen tot stand te brengen. Het is van belang dat zij begrijpen wat de leefstijlanamnese inhoudt. Zij kunnen desgewenst informatie aanleveren om de anamnese zo compleet mogelijk te maken en desgewenst betrokken worden bij het opstellen en uitvoeren van het leefstijlplan. Zo kan familie bijdragen aan het duiden van de leefstijlanamnese, het stellen van leefstijldoelen en het zoeken naar hulp ervoor.

Actieve betrokkenheid bij leefstijlinterventies en terugval

Familieleden en naastbetrokkenen kunnen actief betrokken worden bij leefstijlinterventies, bijvoorbeeld door samen te bewegen en door regelmatig aandacht te schenken aan het onderwerp leefstijl in de behandeling en in het dagelijkse leven van de patiënt. Permanente aandacht en ondersteuning, ook door familieleden en naastbetrokkenen, is van belang om duurzame leefstijlveranderingen te realiseren en gezondheidswinst te boeken. Extra aandacht is ook nodig na een periode van terugval in de ziekte. Het vereist dan extra inspanningen om de leefstijlactiviteiten weer op te pakken aan de hand van het eerder opgestelde leefstijlplan.

Extra ondersteuning van de patiënt is nodig wanneer de patiënt zich isoleert of weinig sociale contacten heeft. Het is dan belangrijk dat de hulpverlener zich ondersteunend opstelt. Familie en naastbetrokkenen kunnen hierin een belangrijke rol spelen (Van Hasselt, 2013).

5.2 Aanbevelingen

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, wanneer de leefstijlactiviteiten weer opnieuw opgepakt dienen te worden.

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

6 Voorwaarden voor goede zorg

Dit hoofdstuk gaat in op wat er nodig is in voorwaardelijke zin op het gebied van kennis, samenwerking, coördinatie en continuïteit van zorg om effectief een gezonde leefstijl te bevorderen volgens de aanbevelingen van deze richtlijn.

6.1 Praktijkkennis en voorkeuren vanuit patiënten- en familieperspectief

Het is van belang dat de ggz-instelling expliciet beleid voert op het gebied van somatische screening en leefstijlbegeleiding in een 'gezonde' omgeving. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet hier op toe (Tietema et al., 2012; IGZ, 2012). Binnen elke ggz-instelling of ggz-praktijk dient het leefstijlbeleid voor mensen met een ernstige psychische aandoening zo te zijn georganiseerd, dat de betrokken professionals de leefstijlanamnese, leefstijlbegeleiding en leefstijlinterventies in onderlinge afstemming kunnen uitvoeren.

Het is van belang dat alle hulpverleners in de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening voldoende geschoold zijn op het gebied van somatische screening en leefstijlbegeleiding. De Inspectie voor de Gezondheidszorg controleert of ggz-instellingen ziet hierop toe (Tietema et al., 2012; IGZ, 2012).

Voor de competenties van verpleegkundigen wordt verwezen naar CANMEDS (de beroepsprofielen van verpleegkundigen) (V&V 2020, 2012 a-d).

De leefstijlanamnese dient te worden uitgevoerd door de eerstverantwoordelijke verpleegkundige (tevens *casemanager*), de psychiater, POH-ggz, 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.

De werkgroep is van mening dat het van belang is dat elk persoon met een ernstige psychische aandoening een casemanager heeft die primair verantwoordelijk is voor diens leefstijlbegeleiding. De casemanager heeft aandacht voor continuïteit en coördinatie van de leefstijlbegeleiding van de patiënt en draagt in samenwerking met andere disciplines zorg voor de uitvoering van de leefstijlanamnese en het leefstijlplan. De casemanager koppelt bevindingen en hieruit volgende adviezen terug aan de hoofdbehandelaar, medisch specialist, huisarts en/of andere betrokken professionals. Daarnaast kunnen ook implementatie en uitvoering van specifieke leefstijlinterventies tot de taak van de casemanager behoren.

De werkgroep is van mening dat het van belang is voldoende faciliteiten aan te bieden om een gezonde leefstijl te bevorderen (IGZ 2012). 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. Zoveel mogelijk dienen patiënten gevrijwaard te worden van de ongezonde gewoonten van medepatiënten, zoals het roken op de kamer op gesloten afdelingen.

De werkgroep is van mening dat hulpverleners zelf een belangrijke rol kunnen spelen in het bevorderen van een gezonde leefstijl door gezond voorbeeldgedrag. Niet roken (in ieder geval niet in aanwezigheid van de patiënt), aandacht schenken aan gezonde voeding en goed voorbeeldgedrag ten aanzien van bewegen.

De werkgroep is van mening dat het van belang is om ervaringsdeskundigen te betrekken bij de uitvoering van (onderdelen van) leefstijlprogramma's binnen organisaties.

6.2 Aanbevelingen

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 beroepsgroepen die betrokken zijn bij het bevorderen van een gezonde leefstijl voldoende geschoold en getraind zijn.

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

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 vrijwaren 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.

Maak voor elk individu 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, medisch specialist, huisarts en/of andere betrokken professionals. Daarnaast kan hij 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.

Neem de leefstijlanamnese bij mensen met een ernstige psychische aandoening af in goede onderlinge samenwerking met en afstemming tussen alle betrokken professionals.

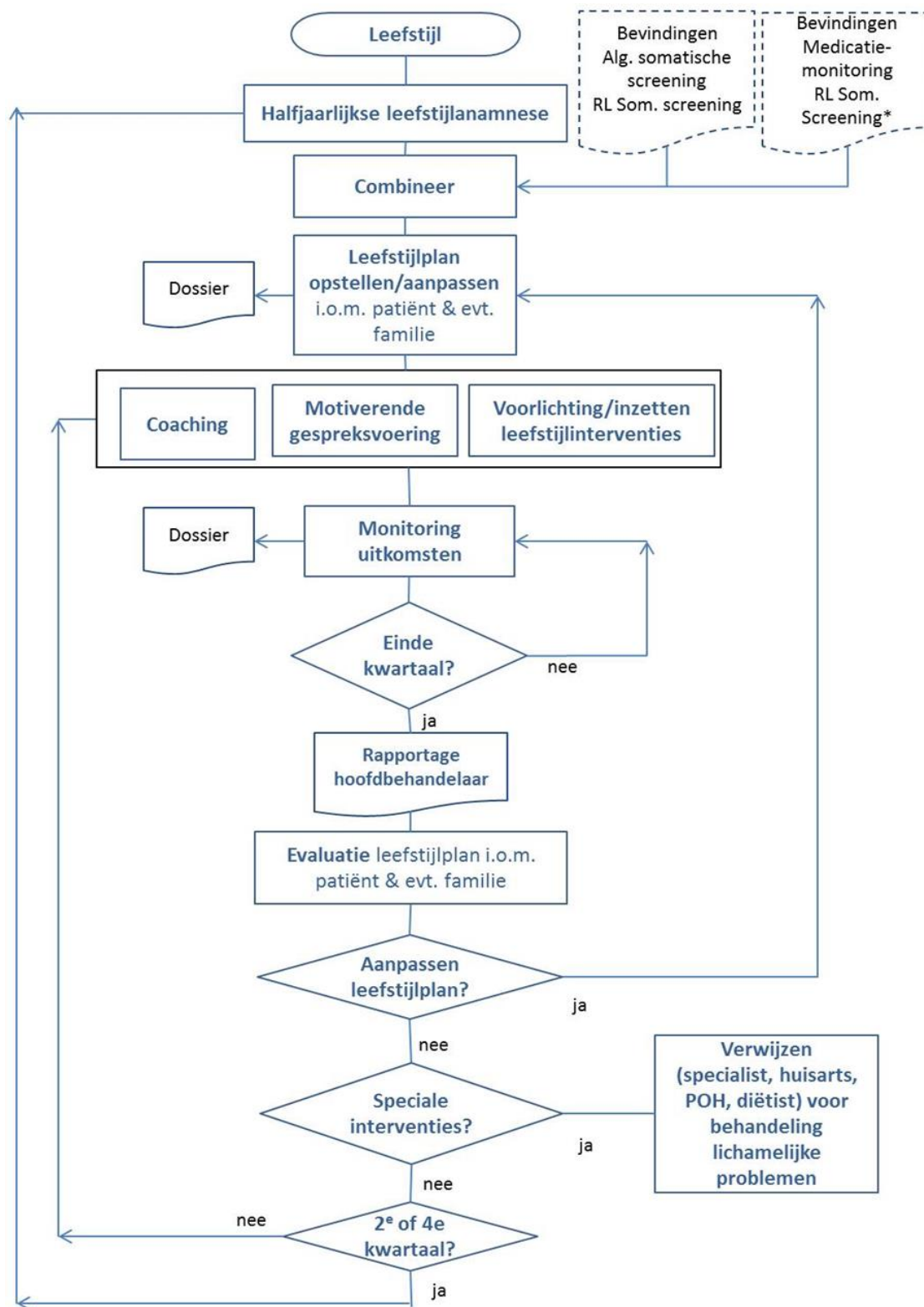
De leefstijlanamnese wordt uitgevoerd door de casemanager, de psychiater, de somatisch arts ggz en/of de verpleegkundig specialist. Er wordt daarbij samengewerkt met de psycholoog (cognitieve interventies), fysiotherapeut (bewegen) en diëtist (voeding).

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.

7 Stroomschema Leefstijlbegeleiding bij mensen met een ernstige psychische aandoening

*RL Som. Screening: Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening (2015b).



onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

8 Indicatoren voor goede zorg

Indicator 1: Leefstijlanamnese	
Kwaliteitsdomein	Thema: Effectieve zorg Fase: Vroege onderkenning en preventie
Relatie tot kwaliteit	Door een regelmatige leefstijlanamnese wordt inzicht verkregen in de leefstijl en ermee samenhangende gezondheidsrisico's. Leefstijlinterventies kunnen hierdoor tijdig worden ingezet.
Definitie	Bij mensen met een (risico op) ernstige psychische aandoeningen wordt eens per half jaar een leefstijlanamnese afgenomen 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) De bevindingen worden besproken met de patiënt en vastgelegd in het patiëntendossier.
Teller	Het aantal patiënten met een ernstige psychische aandoening waarbij een leefstijlanamnese is afgenomen en waarbij de uitkomsten zijn vastgelegd in het patiëntendossier.
Noemer	Het aantal patiënten met een ernstige psychische aandoening in behandeling.
Exclusie	Geen.
Informatiebron	Patiëntendossier
Referentie	Richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening (2015)
Type indicator	Procesindicator
Vraag	Bij hoeveel procent van de patiënten met een ernstige psychische aandoening is een leefstijlanamnese afgenomen?
Meetniveau	Instelling
Meetfrequentie	Minimaal 1x per jaar

Indicator 2: Leefstijlplan	
Kwaliteitsdomein	Thema: Regie over de zorg Fase: Individueel zorgplan en behandeling
Relatie tot kwaliteit	Door het vastleggen van een leefstijlplan wordt het mogelijk een passende aanpak te volgen en te evalueren of deze bijdraagt aan een gezonde leefstijl en het welbevinden van de patiënt.
Definitie	Op grond van de uitkomsten van de leefstijlanamnese wordt samen met de patiënt een leefstijlplan opgesteld. 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, als volgt: • De hulpverlener neemt de uitkomsten van de leeftijdsanamnese samen met de patiënt door. Deze vormen het uitgangspunt voor haalbare leefstijldoelen en daarmee verbonden activiteiten.

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

	- De hulpverlener geeft informatie zo veel mogelijk toegesneden op de persoon en help de patiënt (zelf!) haalbare doelen te formuleren. Gebruik motiverende gespreksvoering. - De hulpverlener heeft een positieve houding en neemt nooit aan dat een patiënt niet geïnteresseerd is in of niet in staat is tot gedragsverandering. Dit geldt voor alle aspecten van de leefstijlanamnese. - De hulpverlener biedt (specifieke) leefstijlinterventies die op grond van de uitkomsten van de leefstijlanamnese in aanmerking komen en haalbaar zijn, altijd aan de patiënt aan. 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?)
Teller	Het aantal vastgestelde leefstijlplannen.
Noemer	Het aantal patiënten met een ernstige psychische aandoening in behandeling.
Exclusie	Geen.
Informatiebron	Patiëntendossier
Referentie	Richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening (2015)
Type indicator	Uitkomstindicator
Vraag	Bij hoeveel procent van de patiënten met een ernstige psychische aandoening is een leefstijlplan vastgesteld?
Meetniveau	Instelling
Meetfrequentie	Minimaal 1x per jaar

Indicator 3: Casemanager verantwoordelijk voor het opstellen en uitvoeren van het leefstijlplan en voor de coördinatie van de leefstijlbegeleiding	
Kwaliteitsdomein	Thema: Regie over de zorg; Continuïteit van zorg Fase: Individueel zorgplan en behandeling
Relatie tot kwaliteit	Door een primaire verantwoordelijke voor het opstellen en uitvoeren van het leefstijlplan en voor de coördinatie van de hulpverlening wordt de continuïteit van de leefstijlbegeleiding bevorderd.
Definitie	Voor elke patiënt met een ernstige psychische aandoening is een casemanager aangesteld. De casemanager zorgt voor het opstellen en uitvoeren van het behandelplan en 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 de centrale positie in het zorgproces door de eerstverantwoordelijke verpleegkundige, verpleegkundig specialist, POH-ggz, of SPV worden ingevuld.
Teller	Het aantal casemanagers verantwoordelijk voor het opstellen en uitvoeren van het leefstijlplan en voor de coördinatie van de leefstijlbegeleiding.

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

Noemer	Het aantal patiënten met een ernstige psychische aandoening in behandeling.
Exclusie	Geen
Informatiebron	Patiëntendossier
Referentie	Richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening (2015)
Type indicator	Structuurindicator
Vraag	Hoeveel procent van de patiënten met een ernstige psychische aandoening heeft een casemanager?
Meetniveau	Instelling
Meetfrequentie	Minimaal 1x per jaar

9 Literatuur

- AGREE. The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument www.agreecollaboration.org (on-line), 2001.
- AGREE. The Agree Collaboration. AGREE Instrument Handboek. Nijmegen/Utrecht: Centre for Quality of Care Research/CBO, 2003.
- Alphen C. van, Ammeraal M., Blanke C., Boonstra N., Boumans H., Bruggeman R., Castelein S., Dekker F.L., Duin D. van, Ewijk W.M. van, Gaag M. van der, Gool R. van, Haas O. de, Henquet C., Hermens M.L.M., Ketelaars T., Knegtering H., Krans M.J. Lanssen M., Lochy R., Loonen A.J.M., Meesters P.D., Meijel B.K.G., Miltenburg G., Oud M.J.T., Pater C.F. de, Peterse A, Plas J. van der, Rammers D., Rentenaar I.M.F., Santen G.W. van, Scheewe T.W., Selten J.P., Slooff C.J.A.J., Stoop C., Vlamincx P., Vollemaard H., Weeghel J. van, Wel T. van, Zon N. van / Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2012). Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Utrecht, NVvP / De Tijdstroom.
- APA. American Psychiatric Association (2014). Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5). Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. Amsterdam: Boom.
- Appelo M, Louwerens JW, de Vries I (2005). Minder zwaar met psychofarmaca. Pilot study naar de effecten van een nieuw gezondheidsprogramma. *MGV*, 60, 4, 411-424.
- Appelo, M. (2007). Socratisch motiveren. Amsterdam: Boom.
- Berg, J. van den & Poot, E. (2009). Resultaat digitale vragenlijst programma 'Somatische zorg in de psychiatrie'. Utrecht, Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging.
- Boertien D., Bakel M. van Bakel (2012). Handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit de geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bonfioli et al. 2012. Health promotion lifestyle interventions for eight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry* 2012, 12: 78.
- Bradshaw T., Lovell K., Bee P., & Campbell M. (2010) The development and evaluation of a complex health education intervention for adults with a diagnosis of schizophrenia. *J.Psychiatr.Ment.Health Nurs.* 17, 473-486.
- Brown, S., Birtwistle, J., Roe, L., & Thompson, C. (1999). The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 29(3), 697-701.
- Brunero, S. & Lamont, S. (2009). Systematic screening for metabolic syndrome in consumers with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(2), 144-150.
- Cabassa, L. J., Ezell, J. M., & Lewis-Fernandez, R. (2010). Lifestyle interventions for adults with serious mental illness: A systematic literature review. *Psychiatric Services*, 61(8), 774-782.
- Cahn, W., Ramlal, D., Bruggeman, R., de Haan, L., Scheepers, F. E., van Soest, M. M., et al. (2008). Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychotica-gebruik. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 50(9), 579-591.
- 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.
- Dworkin. (1994) Pain Insensitivity in Schizophrenia. A Neglected Phenomenon and Some Implications. *Schizophrenia Bulletin*, 20 (2):235-248.
- Eldridge, E., Dawber, N. & Gray, R. (2011). A well-being support program for patients with severe mental illness. *BMC Psychiatry* 11, 46. NIET IN RL
- Erp N.H.J. van Erp, Vugt M van, Verhoeven D, Kroon H. Enhancing Systematic Implementation of Skills Training Modules for Persons with Schizophrenia: Three Steps Forward and Two Steps Back? *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2009, Volume 33, No. 1, 50–52.
- Everdingen van J.J.E., Burgers J.S., Assendelft W.J.J., Swinkels J.A., Barneveld van T.A., Klundert, van der J.L.M. Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Bohn Stafleu van Loghum, 2004.
- Feltz-Cornelis C.M. van der, J. Nuyen, A. Pot, e.a. Zorg voor heel de mens. Utrecht: Trimbosinstituut, 2007.
- Gorzynski et al., 2010. Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane database of systematic reviews*, 2010.
- Guyatt G, Oxman AD, Akl E, Kunz R, Vist G, Brozek J, Norris S, Falck-Ytter Y, Glasziou P, Debeer H, Jaeschke R, Rind D, Meerpohl J, Dahm P, Schünemann HJ. GRADE guidelines 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. 2011 Jan 3.
- Happell, B., Davies, C. & Scott. D. (2012). Health behavior in interventions to improve physical health in individuals diagnosed with a mental illness: a systematic review. *International journal of mental health nursing* 21 (3): 236-247.

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

- Harrop C & Trowe P. (2003). Why does schizophrenia develop a late adolescence? A cognitive-developmental approach to psychosis.
- Harvey, P. W., Petkov, J. N., Misan, G., Fuller, J., Battersby, M. W., Cayetano, T. N. et al (2008). Self-management support and training for patients with chronic and complex conditions improves health-related behaviour and health outcomes. *Australian Health Review : A Publication of the Australian Hospital Association*, 32(2), 330-338.
- Hasselt, F.M. van (2013). Improving the physical health of people with severe mental illness. The need for tailor made care and uniform evaluation of interventions. Groningen, University of Groningen.
- Hasselt FM van, Oud MJT, Loonen AJM (2013). 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 Services Research* 13:426.
- Heideman, J.M.C., Laurant, M.G.H., Lin, N.G.C.B. van, Verhaak, P., Wensing, M.J.P. & Grol, R.P.T.M. (2006). De samenwerking tussen huisartsen en de GGZ is voor verbetering vatbaar. *TSG* 84.1; 22-28.
- Hert, M. de, Correll, C.U., Bobes, J. Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., Detraux, J. et al (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10(1), 52-77.
- Hert, M. de, Dekker, J. M., Wood, D., Kahl, K. G., Holt, R. I., & Moller, H. J. (2009). Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European psychiatric association (EPA), supported by the European association for the study of diabetes (EASD) and the european society of cardiology (ESC). *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 24(6), 412-424.
- IGZ. Inspectie voor de Gezondheidszorg (1999). Somatische zorg in APZ'en. Utrecht, IGZ.
- IGZ. Inspectie voor de Gezondheidszorg (2004). De somatische zorg in de GGZ wordt beter, maar schiet in de separeerkamers tekort. Utrecht, IGZ.
- IGZ. Staat van de gezondheidszorg 2012. Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen. IGZ, 2012.
- Jansen J, Schuit AJ, Lucht F van der (2002). Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. Bilthoven: RIVM.
- Kellen D van der (2014). De VMSL-GGZ, de Verpleegkundige Monitoring bij Somatiek en Leefstijl (VMSL-GGZ). Spijkenisse: uTOPIGGZ.
- Kisely, S., Quek, L.H., Pais, J. Laloo, R., Johnson, N.W. & Lawrence, D. (2011). Advanced dental disease in people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 187-193.
- Konings, J.S. de, Smulders, A.W., Klazinga, N.S. Appraisal of Indicators through Research and Evaluation (AIRE) instrument. Amsterdam: AMC, 2006.
- Kroon, H. & Pijl, Y.L. (2008) Het aantal mensen met ernstige psychische stoornissen in de GGZ: trends in de periode 1995-2004 op basis van psychiatrische casusregisters. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO en Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie NPCF. Blauwdruk patiëntenparticipatie in richtlijnontwikkeling; Leidraad voor richtlijnontwikkelaars en werkgroepleden, Utrecht: CBO/NPCF, 2009.
- Malchow et al., 2013. The effects of physical exercise in schizophrenia and affective disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2013) 263:451-467.
- Marder, S. R., Essock, S. M., Miller, A. L., Buchanan, R. W., Casey, D. E., Davis, J. M. et al (2004). Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1334-1349.
- 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) (2015a). Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: V&VN.
- 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 (Wergroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl) (2015b). Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: V&VN.

- 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, Hermens M, Speetjens PAM, Wijngaarden B van (2015c). Wetenschappelijke onderbouwing van de Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: V&VN.
- Meijel B van, Hamersveld S van, Gool R, Bijl JJ van der, Harten P van (2014) Effects and feasibility of the 'Traffic Light Method for Somatic Screening and Lifestyle' in patients with Severe Mental Illness: a pilot study (geaccepteerd voor publicatie in Perspectives in Psychiatric Care).
- Miller, W.R & S. Rollnick (2005). Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering. Uitgeverij Ekklesia.
- Miller, W.R, Rollnick, S. & C.C. Butler (2009). Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg. Werken aan gedragsverandering als je maar 7 minuten hebt. Uitgeverij Ekklesia.
- Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox L. Integrated treatment for dual disorders. A guide to effective practice. New York, The Guildford press, 2003.
- Nasrallah, H.A. (2005) An overview of common medical comorbidities in patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry 66 (suppl 6).
- Noar, S.M., Benac, C.N., Harris, M.S. (2007) Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. Psychol Bull, 133 (4): p 673-93.
- Ohlsen, R. I., Peacock, G., & Smith, S. (2005). Developing a service to monitor and improve physical health in people with serious mental illness. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12(5), 614-619.
- Ontwikkel -en onderhoudsgroep Zorgmodule Voeding. Zorgmodule voeding. Amsterdam, 2012.
- Oolders H, Peperstraten H van, Peursum M van. Bewegen met plezier. Een pilot studie. Den Haag, Parnassia Bavogroep, 2012.
- Oud. M. (2009) Zorg van de huisarts voor mensen met ernstige psychische stoornissen. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.
- Papanastasiou et al., 2012. Interventions for the metabolic syndrome in schizophrenia: a review. Therapeutic advances in Endocrinology and Metabolism 3(5), 141-162.
- Prochaska & DiClemente (1982), "Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change." Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 19: 276-288.
- Pary, R. & Barton, S. (1988) Communication difficulty of patients with schizophrenia and physical illness. South Medical Journal , 81(4):489-490.
- Programma Kwaliteit in Zicht (KiZ) (2011). Basisset Kwaliteitscriteria. Het patiëntenperspectief op de zorg voor chronisch zieken. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).
- Regieraad Kwaliteit van Zorg. Richtlijn voor richtlijnen. Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2010.
- Ruijter M de, Hamersveld S van (2012). Balans in (bij) werking en leefstijlfactoren. Nurse Academy GGZ (2), 19-23.
- RIVM. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2010). Van Gezond naar beter. Kernrapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Bilthoven, RIVM.
- Roberts, S.H. & Bailey, J.E. (2011). Incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness: a narrative synthesis of quantitative, qualitative and mixed methods studies. J Adv Nurs. 67(4):690-708.
- Saha, S., Chant, D., McGrath, J., & McGrath J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? Archives of General Psychiatry 64(10), 1123-1131.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. Evidence-based medicine: How to Practice and Teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
- 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, 2012a.
- Schippers, G & J. De Jonge (2002). Motiverende gespreksvoering, Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (57), 250-255.
- Shuel, F., White, J., Jones, M. & Gray, R. (2010). Using the serious mental illness health improvement profile [HIP] to identify physical problems in a cohort of community patients: A pragmatic case series evaluation. International Journal of Nursing Studies, 47(2), 136-145.
- Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ/VZ (2013). Kernset Prestatie-indicatoren 2013. Geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Den Haag, Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ/VZ.

- Tietema, W., Reuling, P. & Lavertu, A. Leefstijlbegeleiding en somatische screening bij psychiatrische patiënten. Tijdschrift voor Verpleegkundigen 2012, nr. 6, p. 12-16.
- Tiihonen, J., Lonnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, T., Niskanen, L., Tanskanen, A. & Haukka, J. (2011). 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: A population-based cohort study (FIN11 study). The Lancet, 374 (Aug.), 620-627.
- Tsoi et al., 2010. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. Cochrane database of systematic reviews.
- Vancampfort D, de Hert M, Knapen J, Wampers M, Demunter H, Deckx S, Maurissen K, Probst M. 2011: State anxiety, psychological stress and positive well-being responses to yoga and aerobic exercise in people with schizophrenia: a pilot study. Disability and rehabilitation, 2011, 33(8): 684-689.
- Vancampfort, D., Probst, M., Helvik Skjaerven, L., Catalán-Matamoros, D., Lundvik-Gyllensten, A., Gómez-Conesa, A., Ijntema, R. & Hert, M. de (2012). Systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia. Physical therapy, 2012: 92, 11-23.
- Verhaeghe N, De Maeseneer J, Van Heeringen C, en Annemans L (2011). 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.
- Verdurmen J., M. ten Have, S. van Dorsselaer, et al. Psychische stoornissen bij mensen met een lichamelijke aandoening. Utrecht: Trimbos-instituut, 2006.
- V&V 2020. Stuurgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020 (2012a). Beroepsprofiel verpleegkundig specialist. Utrecht, V&VN.
- V&V 2020. Stuurgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020 (2012b). Beroepsprofiel verpleegkundige. Utrecht, V&VN.
- V&V 2020. Stuurgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020 (2012c). Beroepsprofiel zorgkundige. Utrecht, V&VN.
- V&V 2020. Stuurgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020 (2012d). V&V 2020. Deel a. Leren van de toekomst. Utrecht: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.
- VWS. Ministerie van VWS (2011). Gezondheid dichtbij. Landelijke Nota Gezondheidsbeleid. Den Haag, Ministerie van VWS.
- Wezep MJ van, Overweg K, Kroon H (2012). Proefdraaien met cognitieve fitness in de ggz. Beweeg- en conditietraining in één programma. Utrecht, Trimbos-instituut.
- Wiegers et al., 2012. Effecten van lifestyle interventies in de GGZ. Utrecht, NIVEL, 2012.
- Wuisman PGWM, Wuisman-Frerker MGF, en van Pelt-Halders MMB (2013). Monitoring van risicofactoren bij het gebruik van antipsychotica. Tijdschrift voor psychiatrie 55;6: 439-445.
- Xia et al., 2009. Dance therapy for people with schizophrenia. Schizophrenia bulletin, 35 nr 4, 675-676.

Bijlage 1 – Leden van de werkgroep, klankbordgroep en projectgroep

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), Trimbosinstituut
Dr. M. (Maarten) Bak, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
Dhr. M. (Merlijn) Bakkenes, V&VN Verpleegkundig Specialisten
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), Trimbosinstituut
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), Diëtiëk 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), Trimbosinstituut
Dr. M. (Marleen) Hermens, wetenschappelijk medewerker (reviewer), Trimbosinstituut
Drs. P.A.M. (Paula) Speetjens, wetenschappelijk medewerker (reviewer), Trimbosinstituut
Dr. B. (Bob) van Wijngaarden, senior wetenschappelijk medewerker (reviewer), Trimbosinstituut
Drs. I. (Ilona) Cronenberg, junior wetenschappelijk medewerker (reviewer), Trimbos-instituut

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

Bijlage 2 – Desksearch bestaande richtlijnen

De desksearch is uitgevoerd op 1 mei 2012. De richtlijnen zijn met de werkgroep geselecteerd op relevantie en kwaliteit. De bronnen die zijn gebruikt voor de zoekactie zijn:

Nederlandstalige richtlijnen

- Website van Arts en Apotheker. Gezocht via: <http://www.artsenapotheker.nl/richtlijn>
- Trimbos bibliotheek. Gezocht via: http://bibliotheek.trimbos.nl/webapp_bibl/
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Gezocht via: <http://www.nvvp.net/publicaties/richtlijnen>

Buitenlandstalige richtlijnen

- National Guideline Clearhouse. Gezocht via: <http://www.guideline.org/>
- Guidelines International Network (GIN-net). Gezocht via: <http://www.g-i-n.net>
- National Health Service (NHS) evidence. Gezocht via: <https://www.evidence.nhs.uk/>
- Leitlinien Databank van de Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Gezocht via: <http://leitlinien.net/>

In onderstaande tabel staan de zoekstrategie en totaal aantal hits per bron.

Bron	Zoektermen	Hits	Relevante titel/abstract	Geincludeerd	Exclusiereden
GIN-net	(Lifestyle* or life style) AND mental disorders (MESH)	2	1	0	Deze richtlijn is niet gericht op de ggz-populatie
	Nutrition	38	0	0	
AWMF	Lifestyle	20	0	N.v.t	N.v.t
	Lebensstil	26	0		
NHS	(Lifestyle or life style) AND psychiatric AND guidelines	521*	0	N.v.t	N.v.t
	(Lifestyle or life style) AND "psychiatric patient*" AND guidelines	17	0		
National Guideline Clearinghouse	(Lifestyle or life style) AND psychiatric	66	0	N.v.t	N.v.t
Arts en Apotheker	Leefstijl OF levensstijl OF lifestyle	0	0	N.v.t	N.v.t
	Voeding* Sport*	3 4	0 0		
Trimbos Bibliotheek	Leefstijl*(titel)	57	0	N.v.t	N.v.t
	Leefstijl AND richtlijn (trefwoord)	0	0		
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie	Leefstijl* OF levensstijl*	0	0	N.v.t	N.v.t

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

	Voeding*	0	0		
	Sport*	3	0		
	Beweging*	0	0		

*Gesorteerd op relevantie, de eerste 100 resultaten zijn doorgenomen. Nvt = niet van toepassing.

Bijlage 3 – Kenmerken van sleutelpublicaties

Bewegen / cardio / gecombineerde leefstijlinterventie / metabool syndroom		
- Referentie - Soort artikel - Pt doelgroep	Interventies, resultaten	Bevindingen
REF: HAPPEL2012. 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), 236-247. ART: SR PT: pt met een EPA	K=42 Interventies: 1. Gewichtsbeheersing (K=17): interventies met betrekking tot voeding en/of beweging. 2. Stoppen met roken (K=7): Meeste onderzochten nicotine vervangers, eventueel samen met een andere interventie. 3. Beweging (K=7). 4. Voeding alleen (K=2). 5. Alcohol misbruik (K=9). Resultaten Ad 3: Wisselende resultaten, 4 lieten positieve effecten zien.	Veel verschillende soorten designs en interventies, matige methodologische kwaliteit van meegenomen studies. Ad 1: Gewicht: De meeste vergelijkende studies vonden veranderingen in voeding en lichamelijke activiteit (6 studies), en 12 studies vonden verbeteringen in gewicht in BMI. Ad 2: Roken: Alle 7 studies lieten verbetering zien in stopgedrag agv nicotine vervangers. Nicotine vervangers in combinatie met een andere interventie bleek ook effectief. Ad 3. Lichamelijke activiteit: 2 van de 5 vergelijkende studies liet significante verbeteringen zien op hoeveelheid lichaamsvet, cardio-respiratoire fitheid en spierfitheid. Ad 4. Voeding: 2 vergelijkende studies lieten wisselende resultaten zien ten opzichte van de controlegroep in gewicht, BMI en buikomvang. Alcohol: 6 van de 9 studies lieten verbeteringen zien in alcoholmisbruik, maar ook in gebruik van illegale drugs en strafrechtelijke vervolging. General conclusion: The findings from this review provide great promise in relation to changes in health behaviours of individuals diagnosed with a mental illness. Group interventions appear to be popular and also demonstrate a high success rate.
REF: CABASSA2010. Lifestyle interventions for adults with serious mental illness: a systematic review. Psychiatric services,	K=23 (9 RCT's), N=8-309. Duur interventies: 30 minuten-52 weken Nadruk op kennisoverdracht en motivatie. Alle	Gecombineerde leefstijlinterventies laten veelbelovende resultaten zien in het reduceren van gewicht (10 van de 18 studies) en in risicofactoren voor metabool syndroom (7 van de 13 studies). De

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

2010, 61, 8, 774-782. ART: SR PT: pt met EPA	interventies bevatten algemene informatie over voeding, beweging, en gezondheid. Sommige interventies legden de nadruk op voeding, andere op beweging. Daarnaast was er aandacht voor vaardigheden en motivatie om een en ander in praktijk te brengen.	generaliseerbaarheid naar mensen uit minderheden is beperkt.
REF: PAPANASTASIOU2012. Interventions for the metabolic syndrome in schizophrenia: a review. Therapeutic advances in Endocrinology and Metabolism 3(5), 141-162. ART: SR PT: m.n. pt met schizofrenie.	Gedragmatige interventies (K=42) gericht op: • Lichamelijke gezondheid en cardiovasculaire fitheid • Roken • Gewicht Farmacologische interventies (K=44) gericht op: • Roken (minderen of stoppen) • Gewicht reductie Op p. 143 een beschrijving van groepen van interventies.	Prevention is better than cure. Metabolic syndrome can quickly develop as a response to antipsychotic medication. A rigorous monitoring plan helps in early detection. A variety of <u>behavioural interventions</u> were considered with regards to cardiovascular fitness, smoking and weight gain in patients with schizophrenia. Almost all interventions appeared to have some benefit for patients, either towards improving their physical health or their health perception and views. <u>Pharmacological interventions</u> mainly target smoking behaviour and antipsychotic-induced weight gain. Bupropion and nicotine replacement appear to work in smoking cessation and reduction. Among various agents tested for antipsychoticrelated weight gain, metformin, d-fenfluramine, sibutramine and topiramate seem to be the most effective in attenuating this side effect.
REF: WIEGERS2012. Effecten van lifestyle interventies in de GGZ. Utrecht, NIVEL, 2012. ART: SR PT: pt met EPA	Vraagstelling was: Welke effect heeft lifestyle begeleiding bij patiënten in de ggz op lichamelijke uitkomstparameters die een verhoogd risico op lichamelijke ziekten inhouden, in het bijzonder bij mensen die antipsychotica gebruiken? Literatuur (K=106) over leefstijlinterventies gericht op: 1. Stoppen met roken (K=30) 2. Gewichtsmanagement (afvallen dan wel niet aankomen) (K=40)	Algemene Kwaliteit: Methodologische beperkingen van de studies betroffen met name de omvang van de steekproef, de diversiteit van de interventies, het ontbreken van lange termijn resultaten, het gebruik van verschillende soorten uitkomstmaten. Algemene Conclusie: Beïnvloeding van roken, overgewicht en voedingspatronen en het stimuleren van activiteit is belangrijk als het om mensen met een ernstig psychiatrische aandoening gaat. Of deze

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

	3. Lichamelijke conditie verbeteren (K=21) 4. Kwaliteit van leven verbeteren (K=15) Resultaat: Ad 2: Veel van de interventies om mensen af te laten vallen hebben een component “beweging” en wanneer dit het geval was, wordt er in de meerderheid een positief effect op gewichtsafname gevonden. Ook wanneer dieet bespreking een onderdeel van de interventie is treffen we in de meerderheid een gewichtsverandering aan. Deze verandering is in de regel gering. Er is onderzoek waarin de aard van de medicatie onderzocht is als effect modifier. Bij de olanzapine gebruikers was het resultaat het grootst, zij bleven het best op gewicht, gevolgd door de risperidone gebruikers. Bij de haloperidol gebruikers was er geen verschil tussen interventie- en controlegroep (is dus de minst gunstige medicatie ten aanzien van gewichtsmanagement). Met beweegprogramma's, in combinatie met dieetadviezen of gedragsinterventies, is het gewicht van psychiatrische patiënten gunstig te beïnvloeden (minder aankomen of afvallen). De effecten zijn klein. Ad 3 en 4: De resultaten zijn wisselend. De aangetoonde effecten lijken niet groot, maar toch is activering aan te bevelen. Bij pt met schizofrenie leidt beweging tot minder negatieve symptomen en gezondheidsverbetering, maar o.h.a. niet tot verandering in BMI (zie review van Gorczyński2010).	beïnvloeding <u>blijvend effect</u> heeft op rookgedrag, eetgewoonten, fysiologische uitkomstmaten als gewicht e.d. en psychologische uitkomstmaten als mentaal functioneren is heel moeilijk vast te stellen. In het algemeen geldt <u>dat de effecten van beperkte omvang zijn</u>. Verder is het in het algemeen <u>effectiever om op een geïntegreerde wijze een aantal benaderingen tegelijk aan te bieden</u>: (dieet)adviezen, beweegprogramma's en gedragsmatige interventies lijken in combinatie met elkaar effect te sorteren.
REF:	There is insufficient evidence for the relative	Implications for rehabilitation:

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

VANCAMPFORT2012. International organization of physical therapy in mental health consensus on physical activity within multidisciplinary rehabilitation programmes for minimizing cardio-metabolic risk in patients with schizophrenia. Disability & rehabilitation, 2012, 34(1): 1-12. ART: SR PT: pt met schizofrenie	contribution of physical activity (PA) reducing cardio-metabolic risks in people with schizophrenia. Demographical, biological, psychological, cognitive-behavioural, emotional, social and environmental barriers for physical activity could be identified. Although physical activity outcomes on cardio-metabolic parameters are still unknown, the benefits of physical activity as part of a larger lifestyle programme are sufficient for the recommendation that persons with schizophrenia follow the 2008 U.S. Department of Health and Human Services physical activity Guidelines with specific adaptations based on disease and treatment-related adverse effects.	1. For substantial health benefits, patients with schizophrenia should do at least 150 min a week of moderate intensity, or 75 min of moderate- to vigorous-intensity aerobic activity. 2. The promotion of a healthy lifestyle should be the shared responsibility of all health care providers under supervision of general practitioners and psychiatrists. 3. Each patient with schizophrenia should have access to high quality physical health services with a high quality physical assessment and follow-up. 4. The choice between the two equally effective training alternatives should be based on the patients' preference, and availability of equipment and resources. 5. Health care providers should consider illness symptoms, side-effects of antipsychotic medication, low self-efficacy and the lack of social support (all barriers) when motivating patients to a healthy lifestyle.
REF: VANCAMPFORT2012. Systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia. Physical therapy, 2012: 92, 11-23. ART: SR PT: pt met schizofrenie	10 rct's: Aerobics en/of krachttraining (K=6). Progressieve spierontspanning (K=4) NB: 4 van deze rct's komen overeen met de SR van VANCAMPFORT2010 in het TvP. Studie beperkingen: aantal studies is beperkt, kleine N, en inhoud en duur van de interventies is divers.	There is evidence that aerobic and/or strength exercises reduce psychiatric symptoms, state anxiety, and psychological distress, and improves strength and short term memory (however, no significant effects on BMI, oxygen uptake, or blood pressure could be demonstrated). There is evidence that yoga reduces psychiatric symptoms, state anxiety and psychological distress and improved subjective well-being. Progressive muscle relaxation reduces state anxiety and psychological distress and improved subjective well-being.
REF: VANCAMPFORT2010. De therapeutische waarde van bewegen voor mensen met schizofrenie. TvP, 52 (2010), 8, 565-574. ART: SR	4 interventies: Wandelen Fitness Aerobics Yoga Range duur interventies: 1 sessie-6 maanden. In totaal 8 rct's met elk N=10-128.	Beweging (wandelen, fitness, aerobics) leidt tot significante lichaamsgewichtafname van 2.2% tot 5.6%. Een gewichtsafname in de algemene bevolking van 3-5% leidt al tot een afname in cardiometabole risicofactoren voor hart- en vaatandoeningen, en lijkt dus gerepliceerd te kunnen worden bij mensen met schizofrenie.

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

PT: pt met schizofrenie	Studie beperkingen: aantal studies is beperkt, kleine N, en inhoud en duur van de interventies is divers.	NB: Het verhogen van de spiermassa zonder gewichtsvermindering verhoogt het basale metabolisme ook. Bewegen leidt tot significante verbeteringen in cardiovasculaire en metabole parameters. Bewegen en yoga leiden tot vermindering van psychiatrische symptomen, hebben sociale voordelen, zijn zinvol in het leren omgaan met stressgevoelens en verhogen de kwaliteit van leven.
REF: Gorczynski2010. Exercise therapy for schizophrenia. Cochrane database of systematic reviews, 2010. ART: SR PT: pt met schizofrenie	K=3, N=84. Interventies: • Cardio exercise vs waitlist • cardio exercise + yoga vs CAU • cardio exercise + krachttraining vs CAU. Duur interventies: 12-16 weken. NB: deze SR heeft overlap met de SR's van Vancampfort over beweging, dezelfde studies.	Results of this Cochrane review are similar to existing reviews that have examined the health benefits of exercise in this population. Although only 3 studies were included in this review and these studies are small and used various measures of physical and mental health, results indicated that regular exercise programmes are possible in this population. They can have healthful effects on both the mental health (specifically reduction of negative symptoms), well-being and general functioning of individuals with schizophrenia. No adverse effects were reported. Although overall physical fitness improved, no significant effects on weight, BMI or blood pressure were demonstrated. Conclusion: Larger randomised studies are required before any definitive conclusions can be drawn.
REF: VANCAMPFORT2009. Cardiometabolic effects of physical activity interventions for people with schizophrenia. ART: SR PT: pt with schizophrenia	K=13 studies vooral aerobische training als fietsen, wandelen of zwemmen (enkele in combinatie met krachttraining) intensiteit: van licht tot matig frequentie: 1-7 x per week	Physical activity (PA) with or without diet counseling results in modest weight loss, reductions in systolic and diastolic blood pressure, and decreases in fasting plasma concentrations of glucose and insulin. Compliance to physical activity seems to be an important predictor of the physical activity response
REF: XIA2009: Dance therapy for people with schizophrenia. Schizophrenia bulletin, 35 nr 4, 675-676. ART: review PT: pt met schizofrenie	K=1, N=45. Daarin werd dans therapie plus gebruikelijke zorg vergeleken met gebruikelijke zorg alleen.	Er is geen bewijs dat het gebruik van danstherapie steunt of weerlegt.

Roken		
- Referentie - Soort artikel - Pt doelgroep	Interventies, resultaten	Bevindingen
REF: HAPPEL2012. 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), 236-247. ART: SR PT: pt met een EPA	K=42 Interventies: 1. Gewichtsbeheersing (K=17): interventies met betrekking tot voeding en/of beweging. 2. Stoppen met roken (K=7): Meeste onderzochten nicotine vervangers, eventueel samen met een andere interventie. 3. Beweging (K=7). 4. Voeding alleen (K=2). 5. Alcohol misbruik (K=9). Resultaten Ad 3: Wisselende resultaten, 4 lieten positieve effecten zien.	Veel verschillende soorten designs en interventies, matige methodologische kwaliteit van meegenomen studies. Ad 1: Gewicht: De meeste vergelijkende studies vonden veranderingen in voeding en lichamelijke activiteit (6 studies), en 12 studies vonden verbeteringen in gewicht in BMI. Ad 2: Roken: Alle 7 studies lieten verbetering zien in stopgedrag agv nicotine vervangers. Nicotine vervangers in combinatie met een andere interventie bleek ook effectief. Ad 3. Lichamelijke activiteit: 2 van de 5 vergelijkende studies liet significante verbeteringen zien op hoeveelheid lichaamsvet, cardio-respiratoire fitheid en spierfitheid. Ad 4. Voeding: 2 vergelijkende studies lieten wisselende resultaten zien ten opzichte van de controlegroep in gewicht, BMI en buikomvang. Alcohol: 6 van de 9 studies lieten verbeteringen zien in alcoholmisbruik, maar ook in gebruik van illegale drugs en strafrechtelijke vervolging. General conclusion: The findings from this review provide great promise in relation to changes in health behaviours of individuals diagnosed with a mental illness. Group interventions appear to be popular and also demonstrate a high success rate.
REF: TSOI2010. Efficacy and safety of bupropion for smoking cessation and reduction in	Review vraag was: What is the efficacy and safety of bupropion for smoking cessation and reduction in patients with schizophrenia?	Bupropion lijkt een veilig en effectief middel om patiënten met schizofrenie te helpen met stoppen met roken.

schizophrenia: systematic review and meta-analysis. The British journal of psychiatry (2010) 196, 346-353. ART: SR. PT: pt met schizofrenie	Effectiviteit en veiligheid van 12 weken bupropion vs placebo bij nicotine afhankelijkheid bij volwassenen met schizofrenie. Patiënten kregen in beide groepen bovendien groupstherapie (en in sommige onderzoeken ook nog nicotine vervangers). K=7 (RCT's), N=260. • Effectief: Significant minder patiënten die roken na einde van de behandeling (RR 2,57; 95% BI 1.35-4.88) en na 6 maanden follow-up (RR 2.78; 95% BI 1.02-7.58). • Veilig: Significante effecten op positieve en negatieve symptomen bleven uit, evenals toevallen.	
REF: TSOI2010. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. Cochrane database of systematic reviews. ART: SR PT: pt with schizophrenia	Review question: Are there any effective interventions to help individuals with schizophrenia to quit or to reduce smoking? K=21 RCT's 1. Pharmacologische interventies: <u>Bupropion vs placebo (K=7, N=340):</u> Effectiveness: Smoking cessation rates after bupropion were significantly higher than placebo at the end of treatment (seven trials, N=340; risk ratio [RR] 2.84; 95% confidence interval [CI] 1.61 to 4.99) and after six months (five trials, N=214, RR 2.78; 95% CI 1.02 to 7.58). Safety: No seizures occurred. Other: No differences in positive and negative symptoms or depressive symptoms. <u>Nicotine replacement:</u> No evidence for benefit could be reported. 2. Non-pharmacologische interventies:	People with schizophrenia are, very often, heavy smokers. This contributes to a higher morbidity (ziektcijfer) and mortality from smoking related illnessess. It is uncertain whether treatments that have been shown to help other groups of people to quit smoking are also effective for people with schizophrenia. • <u>Bupropion:</u> In this review, we found that bupropion (an antidepressant medication previously shown to be effective for smoking cessation) helps patients with schizophrenia to quit or to reduce smoking. The effect was clear at the end of the treatment and it may also be maintained after six months. Patients who used bupropion in the trials did not experience any major adverse effect and their mental state was stable during the treatment. • <u>Money/reward:</u> Smokers with schizophrenia who receive money as a reward for quitting may have a higher rate of stopping smoking whilst they get payments. However, there is no evidence

	<u>Psychosocial interventions</u>: No evidence for benefit could be reported. <u>Contingent reinforcement (CR)</u>: Is effective as long as the pts are rewarded, no evidence of long term effect.	that they will remain abstinent after the reward stops. • <u>NRT or psychosocial interventions</u>: There was too little evidence to show whether other treatments like nicotine replacement therapy and psychosocial interventions are helpful.
REF: PAPANASTASIOU2012. Interventions for the metabolic syndrome in schizophrenia: a review. Therapeutic advances in Endocrinology and Metabolism 3(5), 141-162. ART: SR PT: m.n. pt met schizofrenie.	Gedragmatige interventies (K=42) gericht op: Lichamelijke gezondheid en cardiovasculaire fitheid Roken gewicht Farmacologische interventies (K=44) gericht op: Roken (minderen of stoppen) Gewicht reductie Op p. 143 een beschrijving van groepen van interventies.	Prevention is better than cure. Metabolic syndrome can quickly develop as a response to antipsychotic medication. A rigorous monitoring plan helps in early detection. A variety of <u>behavioural interventions</u> were considered with regards to cardiovascular fitness, smoking and weight gain in patients with schizophrenia. Almost all interventions appeared to have some benefit for patients, either towards improving their physical health or their health perception and views. <u>Pharmacological interventions</u> mainly target smoking behaviour and antipsychotic-induced weight gain. Bupropion and nicotine replacement appear to work in smoking cessation and reduction. Among various agents tested for antipsychotic related weight gain, metformin, d-fenfluramine, sibutramine and topiramate seem to be the most effective in attenuating this side effect.
REF: WIEGERS2012. Effecten van lifestyle interventies in de GGZ. Utrecht, NIVEL, 2012. ART: SR PT: pt met EPA	Vraagstelling was: Welke effect heeft lifestyle begeleiding bij patiënten in de ggz op lichamelijke uitkomstparameters die een verhoogd risico op lichamelijke ziekten inhouden, in het bijzonder bij mensen die antipsychotica gebruiken? Literatuur (N=106) over leefstijlinterventies gericht op:	Algemene Kwaliteit: Methodologische beperkingen van de studies betroffen met name de omvang van de steekproef, de diversiteit van de interventies, het ontbreken van lange termijn resultaten, het gebruik van verschillende soorten uitkomstmaten. Algemene Conclusie:

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

	1. Stoppen met roken (N=30) 2. Gewichtsmanagement (afvallen danwel niet aankomen) (N=40) 3. Lichamelijke conditie verbeteren (N=21) 4. Kwaliteit van leven verbeteren (N=15) Resultaat: Ad 1: Het is, gegeven de beschikbare evidentie, mogelijk om met behulp van medicatie (Bupropion) mensen met schizofrenie minder te laten gaan roken. Mensen met PTST zijn ook gebaat bij nicotine pleisters/vervangers.	Beïnvloeding van roken, overgewicht en voedingspatronen en het stimuleren van activiteit is belangrijk als het om mensen met een ernstig psychiatrische aandoening gaat. Of deze beïnvloeding <u>blijvend effect</u> heeft op rookgedrag, eetgewoonten, fysiologische uitkomstmaten als gewicht e.d. en psychologische uitkomstmaten als mentaal functioneren is heel moeilijk vast te stellen. In het algemeen geldt <u>dat de effecten van beperkte omvang zijn</u>. Verder is het in het algemeen <u>effectiever om op een geïntegreerde wijze een aantal benaderingen tegelijk aan te bieden</u>: (dieet)adviezen, beweegprogramma's en gedragsmatige interventies lijken in combinatie met elkaar effect te sorteren.
--	---	--

Gewicht		
- Referentie - Soort artikel - Pt doelgroep	Interventies, resultaten	Bevindingen
REF: HAPPEL2012. 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), 236-247. ART: SR PT: pt met een EPA	K=42 Interventies: 1. Gewichtsbeheersing (K=17): interventies met betrekking tot voeding en/of beweging. 2. Stoppen met roken (K=7): Meeste onderzochten nicotine vervangers, eventueel samen met een andere interventie. 3. Beweging (K=7). 4. Voeding alleen (K=2). 5. Alcohol misbruik (K=9). Resultaten Ad 3: Wisselende resultaten, 4 lieten positieve effecten zien.	Veel verschillende soorten designs en interventies, matige methodologische kwaliteit van meegenomen studies. Ad 1: Gewicht: De meeste vergelijkende studies vonden veranderingen in voeding en lichamelijke activiteit (6 studies), en 12 studies vonden verbeteringen in gewicht in BMI. Ad 2: Roken: Alle 7 studies lieten verbetering zien in stopgedrag agv nicotine vervangers. Nicotine vervangers in combinatie met een andere interventie bleek ook effectief. Ad 3. Lichamelijke activiteit: 2 van de 5

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

		vergelijkende studies liet significante verbeteringen zien op hoeveelheid lichaamsvet, cardio-respiratoire fitheid en spierfitheid. Ad 4. Voeding: 2 vergelijkende studies lieten wisselende resultaten zien ten opzichte van de controlegroep in gewicht, BMI en buikomvang. Alcohol: 6 van de 9 studies lieten verbeteringen zien in alcoholmisbruik, maar ook in gebruik van illegale drugs en strafrechtelijke vervolging. General conclusion: The findings from this review provide great promise in relation to changes in health behaviours of individuals diagnosed with a mental illness. Group interventions appear to be popular and also demonstrate a high success rate.
REF: WIEGERS2012. Effecten van lifestyle interventies in de GGZ. Utrecht, NIVEL, 2012. ART: SR PT: pt met EPA	Vraagstelling was: Welke effect heeft lifestyle begeleiding bij patiënten in de ggz op lichamelijke uitkomstparameters die een verhoogd risico op lichamelijke ziekten inhouden, in het bijzonder bij mensen die antipsychotica gebruiken? Literatuur (N=106) over leefstijlinterventies gericht op: 1. Stoppen met roken (N=30) 2. Gewichtsmanagement (afvallen danwel niet aankomen) (N=40) 3. Lichamelijke conditie verbeteren (N=21) 4. Kwaliteit van leven verbeteren (N=15) Resultaat: Ad 2: Veel van de interventies om mensen af te laten vallen hebben een component "beweging" en wanneer dit het geval was, wordt er in de meerderheid een positief effect op gewichtsafname gevonden. Ook wanneer dieet bespreking een onderdeel van de interventie is treffen we in de meerderheid	Algemene Kwaliteit: Methodologische beperkingen van de studies betroffen met name de omvang van de steekproef, de diversiteit van de interventies, het ontbreken van lange termijn resultaten, het gebruik van verschillende soorten uitkomstmaten. Algemene Conclusie: Beïnvloeding van roken, overgewicht en voedingspatronen en het stimuleren van activiteit is belangrijk als het om mensen met een ernstig psychiatrische aandoening gaat. Of deze beïnvloeding <u>blijvend effect</u> heeft op rookgedrag, eetgewoonten, fysiologische uitkomstmaten als gewicht e.d. en psychologische uitkomstmaten als mentaal functioneren is heel moeilijk vast te stellen. In het algemeen geldt <u>dat de effecten van</u>

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

	een gewichtsverandering aan. Deze verandering is in de regel gering. Er is onderzoek waarin de aard van de medicatie onderzocht is als effect modifier. Bij de olanzapine gebruikers was het resultaat het grootst, zij bleven het best op gewicht, gevolgd door de risperidone gebruikers. Bij de haloperidol gebruikers was er geen verschil tussen interventie- en controlegroep (is dus de minst gunstige medicatie ten aanzien van gewichtsmanagement). Met beweegprogramma's, in combinatie met dieetadviezen of gedragsinterventies, is het gewicht van psychiatrische patiënten gunstig te beïnvloeden (minder aankomen of afvallen). De effecten zijn klein. Ad 3 en 4: De resultaten zijn wisselend. De aangetoonde effecten lijken niet groot, maar toch is activering aan te bevelen. Bij pt met schizofrenie leidt beweging tot minder negatieve symptomen en gezondheidsverbetering, maar o.h.a. niet tot verandering in BMI (zie review van Gorczynski2010).	<u>beperkte omvang zijn.</u> Verder is het in het algemeen <u>effectiever om op een geïntegreerde wijze een aantal benaderingen tegelijk aan te bieden:</u> (dieet)adviezen, beweegprogramma's en gedragsmatige interventies lijken in combinatie met elkaar effect te sorteren.
REF: PAPANASTASIOU2012. Interventions for the metabolic syndrome in schizophrenia: a review. Therapeutic advances in Endocrinology and Metabolism 3(5), 141-162. ART: SR PT: m.n. pt met schizofrenie.	Gedragsmatige interventies (K=42) gericht op: • Lichamelijke gezondheid en cardiovasculaire fitheid • Roken • gewicht Farmacologische interventies (K=44) gericht op: • Roken (minderen of stoppen) • Gewicht reductie Op p. 143 een beschrijving van groepen van interventies.	Prevention is better than cure. Metabolic syndrome can quickly develop as a response to antipsychotic medication. A rigorous monitoring plan helps in early detection. A variety of <u>behavioural interventions</u> were considered with regards to cardiovascular fitness, smoking and weight gain in patients with schizophrenia. Almost all interventions appeared to have some benefit for patients, either towards improving their physical health or their health perception and views. <u>Pharmacological interventions</u> mainly target smoking behaviour and antipsychotic-induced weight gain. Bupropion and nicotine replacement appear to work in smoking cessation and reduction. Among various agents tested for

		antipsychoticrelated weight gain, metformin, d-fenfluramine, sibutramine and topiramate seem to be the most effective in attenuating this side effect.
REF: BONFIOLI2012. Health promotion lifestyle interventions for eight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Psychiatry 2012, 12: 78. ART: SR en MA PT: Pt met een psychose	Verminderen en preventie van gewichtstoename door psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie. 13 rct's gevonden (5 CBT/8 psycho-educatie, 9 groep/ 4 individueel, 4 studies bevatten beweging en 3 dieet).	Interventies zijn effectief (reductie in mean BMI van -0.98 kg/m²). De gewichtsafname was klein (vergelijkbaar met 3.1% lichaamsgewicht). Dat is minder dan de 5-10% ter voorkoming van gezondheidsproblemen als bijvoorbeeld diabetes. Naast gewicht zouden ook metabole risicofactoren ook meegenomen moeten worden in lifestyle-interventies. Preventieve individuele interventies voor gewichtstoename bestaande uit een psycho-educatie programma dat dieet en/of lichaamsbeweging bevat, hebben de hoogste impact.
REF: VERHAEGHE2011. 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. ART: SR PT: pt with SMI (schizofrenie, schizoaffectieve stoornis, bipolaire stoornis, depressie) die met een atypische antipsychoticum behandeld werden.	K=14 (11 RCT's), N=669. Interventions: • Psycho educational and/or behavioral interventions on physical activity and/or dietary management (K=7). • Interventions as above but also included supervised exercise (walking or jogging, K=7)). Duur: 10-52 weken.	Results: • Significant differences in weight loss in 9/11 studies • Significant differences in weight loss and BMI in 8/11 studies Conclusions: Small improvements in body weight, BMI and QoL in persons with SMI are possible through health promotion interventions targeting physical activity and eating habits.
REF: GABRIELE2009. Efficacy of behavioural interventions in managing atypical antipsychotic	Gedraginterventies tegen gewichtstoename als gevolg van atypische antipsychotica en om metabole risico's te verminderen. K=16, waarvan 10 rct's. N=11-130.	Gedragmatige interventies zijn effectiever dan controle-interventies in het voorkomen en reduceren van door antipsychotica gewicht en in het verminderen van

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

weight gain. Obesity reviews, 2009, 10, 442-455. ART: SR PT: pt die atypische antipsychotica gebruiken	De interventies konden de volgende componenten bevatten: dieet counselling, physical activity counselling, behaviaoural therapy, en componenten specifiek voor deze doelgroep. De interventies varieerden in duur: 10 weken-18 maanden.	metabole risicofactoren. Hoe langer de interventies duurde, desto gunstiger de resultaten. <u>Gewicht</u> Gedragmatige interventies om gewicht te verliezen <u>bij</u> de start van de behandeling met atypische antipsychotica reduceerde de hoeveelheid gewichtstoename die samenhangt met het gebruiken van atypische antipsychotica. Gedragmatige interventies om gewicht te verliezen <u>na</u> de start van de behandeling met atypische antipsychotica leidde tot gewichtsverlies (het gaat dan om 2.6 kg gewichtsverlies voor interventies die 12-16 weken duren tot 4.2 kg voor interventies die 6 maanden duren. Interventies voor 12-18 maanden leiden tot 3.1 kg gewichtsverlies – waar de controlegroep in gewicht toenam). <u>Metabole risico's</u> De interventies leidden ook tot verbeteringen in uitkomsten die met metabole risico's te maken hebben.
REF: ALVAREZ2008. Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. The British journal of Psychiatry, 2008, 193, 101-107. ART: SR en MA PT: pt met schizofrenie die anti-psychotica gebruiken en daardoor in gewicht bijgekomen zijn.	10 studies gevonden. Diverse niet-farmacologische interventies, zowel individueel als in een groep: CGT (6 studies) Dieetbegeleiding (3 studies) Combinatie van dieet en beweging (1 studie)	Zijn effectief in het verminderen van gewichtstoename en in het voorkomen van gewichtstoename a.g.v. anti-psychotica gebruik. Er werd geen verschil tussen CGT en dieetbegeleiding aangetoond. Ze zouden met name in het begin van anti-psychotica gebruik toegepast moeten worden.

REF: FAULKNER2007. Interventions to reduce weight gain in schizophrenia. Cochrane database of systematic reviews, 2007. ART: SR PT: pt with schizophrenia.	K=23 • Cognitief gedragsmatige interventies gericht op dieet en beweging (K=5); sommige preventief (K=2), andere als behandeling (K=3) • Farmacologische aanvulling (K=18)	Conclusion: In this review we are able to show that small weight loss is possible with selective pharmacological or non-pharmacological interventions but it is difficult to be sure of the results because the studies were small and compared different interventions over different time periods. At this stage, there is insufficient evidence to support the general idea of pharmacological interventions for weight management in people with schizophrenia.
---	--	---

Combinatie van aandachtspunten (gewicht, roken en/of fitheid)		
- Referentie - Soort artikel - Pt doelgroep	Interventies, resultaten	Bevindingen
REF: Papanastasiou2012. Interventions for the metabolic syndrome in schizophrenia: a review. Therapeutic advances in Endocrinology and Metabolism 3(5), 141-162. ART: SR PT: m.n. pt met schizofrenie.	Gedragsmatige interventies (K=42) gericht op: • Lichamelijke gezondheid en cardiovasculaire fitheid • Roken • gewicht Farmacologische interventies (K=44) gericht op: • Roken (minderen of stoppen) • Gewicht reductie Op p. 143 een beschrijving van groepen van interventies.	Prevention is better than cure. Metabolic syndrome can quickly develop as a response to antipsychotic medication. A rigorous monitoring plan helps in early detection. A variety of <u>behavioural interventions</u> were considered with regards to cardiovascular fitness, smoking and weight gain in patients with schizophrenia. Almost all interventions appeared to have some benefit for patients, either towards improving their physical health or their health perception and views. <u>Pharmacological interventions</u> mainly target smoking behaviour and antipsychotic-induced weight gain. Bupropion and nicotine replacement appear to work in smoking cessation and reduction. Among various agents tested for antipsychotic-related weight gain, metformin, d-fenfluramine, sibutramine and topiramate seem to be the most effective in attenuating this side effect.

REF: HAPPEL2012. 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), 236-247. ART: SR PT: pt met een EPA	K=42 Interventies: 1. Gewichtsbeheersing (K=17): interventies met betrekking tot voeding en/of beweging. 2. Stoppen met roken (K=7): Meeste onderzochten nicotine vervangers, eventueel samen met een andere interventie. 3. Beweging (K=7). 4. Voeding alleen (K=2). 5. Alcohol misbruik (K=9). Resultaten Ad 3: Wisselende resultaten, 4 lieten positieve effecten zien.	Veel verschillende soorten designs en interventies, matige methodologische kwaliteit van meegenomen studies. Ad 1: Gewicht: De meeste vergelijkende studies vonden veranderingen in voeding en lichamelijke activiteit (6 studies), en 12 studies vonden verbeteringen in gewicht in BMI. Ad 2: Roken: Alle 7 studies lieten verbetering zien in stopgedrag agv nicotine vervangers. Nicotine vervangers in combinatie met een andere interventie bleek ook effectief. Ad 3. Lichamelijke activiteit: 2 van de 5 vergelijkende studies liet significante verbeteringen zien op hoeveelheid lichaamsvet, cardio-respiratoire fitheid en spierfitheid. Ad 4. Voeding: 2 vergelijkende studies lieten wisselende resultaten zien ten opzichte van de controlegroep in gewicht, BMI en buikomvang. Alcohol: 6 van de 9 studies lieten verbeteringen zien in alcoholmisbruik, maar ook in gebruik van illegale drugs en strafrechtelijke vervolging. General conclusion: The findings from this review provide great promise in relation to changes in health behaviours of individuals diagnosed with a mental illness. Group interventions appear to be popular and also demonstrate a high success rate.
REF: WIEGERS2012. Effecten van lifestyle interventies in de GGZ. Utrecht, NIVEL, 2012.	Vraagstelling was: Welke effect heeft lifestyle begeleiding bij patiënten in de ggz op lichamelijke uitkomstparameters die een verhoogd risico op lichamelijke ziekten inhouden, in het bijzonder bij mensen die antipsychotica gebruiken?	Kwaliteit: Methodologische beperkingen van de studies betroffen met name de omvang van de steekproef, de diversiteit van de interventies, het ontbreken van lange

ART: SR PT: pt met EPA	Literatuur (N=106) over leefstijlinterventies gericht op: 1. Stoppen met roken (N=30) 2. Gewichtsmanagement (afvallen danwel niet aankomen) (N=40) 3. Lichamelijke conditie verbeteren (N=21) 4. Kwaliteit van leven verbeteren (N=15) Resultaat: Ad 1: Het is, gegeven de beschikbare evidentie, mogelijk om met behulp van medicatie (Bupropion) mensen met schizofrenie minder te laten gaan roken. Ad 2: Veel van de interventies om mensen af te laten vallen hebben een component “beweging” en wanneer dit het geval was, wordt er in de meerderheid een positief effect op gewichtsafname gevonden. Ook wanneer dieet bespreking een onderdeel van de interventie is treffen we in de meerderheid een gewichtsverandering aan. Deze verandering is in de regel gering. Er is onderzoek waarin de aard van de medicatie onderzocht is als effect modifier. Bij de olanzapine gebruikers was het resultaat het grootst, zij bleven het best op gewicht, gevolgd door de risperidone gebruikers. Bij de haloperidol gebruikers was er geen verschil tussen interventie- en controlegroep (is dus de minst gunstige medicatie ten aanzien van gewichtsmanagement). Met beweegprogramma's, in combinatie met dieetadviezen of gedragsinterventies, is het gewicht van psychiatrische patiënten gunstig te beïnvloeden (minder aankomen of afvallen). De effecten zijn klein. Ad 3 en 4: De resultaten zijn wisselend. De aangetoonde effecten lijken niet groot, maar toch is activering aan te bevelen. Bij pt met schizofrenie leidt beweging tot minder negatieve symptomen en gezondheidsverbetering, maar o.h.a. niet tot verandering in BMI (zie review van Gorczynski2010).	termijn resultaten, het gebruik van verschillende soorten uitkomstmaten. Conclusie: Beïnvloeding van roken, overgewicht en voedingspatronen en het stimuleren van activiteit is belangrijk als het om mensen met een ernstig psychiatrische aandoening gaat. Of deze beïnvloeding <u>blijvend effect</u> heeft op rookgedrag, eetgewoonten, fysiologische uitkomstmaten als gewicht e.d. en psychologische uitkomstmaten als mentaal functioneren is heel moeilijk vast te stellen. In het algemeen geldt <u>dat de effecten van beperkte omvang zijn</u>. Verder is het in het algemeen <u>effectiever om op een geïntegreerde wijze een aantal benaderingen tegelijk aan te bieden</u>: (dieet)adviezen, beweegprogramma's en gedragsmatige interventies lijken in combinatie met elkaar effect te sorteren.
Algemeen / Geen somatische uitkomsten / niet relevant		
- Referentie - Soort artikel - Pt doelgroep	Interventies, resultaten	Bevindingen
REF:	Uitsluitend gekeken naar effecten van bewegen op	Bewegen kan een matig effect hebben op

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

Cooney2013. Exercise for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 9. ART: SR PT: pt met depressie	depressiesymptomen.	depressiesymptomen. Het is niet duidelijk geworden welke soorten beweging het meest effectief zijn, en of de effecten aanhouden als de pt stopt met het beweegprogramma. Er moet meer en beter onderzoek naar beweging plaatsvinden om harde uitspraken te kunnen doen. Voorlopig kan beweging alleen een add-on interventie zijn voor patiënten die dit willen en kunnen, naast de standaardbehandelingen als antidepressiva en psychotherapie.
REF: BERK2013. Lifestyle management of unipolar depression. Acta Psychiatrica Scandinavica 2013, 127 (Suppl. 443), 38-54. ART: narratieve review PT: patiënten met een unipolaire depressie	Beweging als therapie (om depressieve symptomen te voorkomen en verminderen).	Beweging helpt in het voorkomen / verminderen van depressieve symptomen.
REF: TIETEMA2012: Leefstijlbegeleiding en somatische screening bij psychiatrische patiënten. Tijdschrift voor verpleegkundigen, 2012, 6, 12-16. ART: beschrijvend. PT: intramurale pt die langdurig anti-psychotica gebruiken	De IGZ voerde leefstijlprojecten uit, gericht op roken, overgewicht en bewegen. Onderzocht in 10 ggz-instellingen. 6 bouwstenen voor het voorkomen van somatische complicaties zijn onderzocht: Beleid Somatische screening Voorlichting Leefstijlbegeleiding Dossiers Scholing	Relevante tekst voor inleiding over antipsychotica, metabool syndroom.
REF: TRANter2012. Innovations aimed at improving the physical health of the seriously mentally ill: an integrative review. Journal of clinical nursing, 21, 1199-1214. ART: Review	Gaat over screening en gezondheidsvoorlichting.	Er is onvoldoende bewijs, en de gunstige effecten zijn zo minimaal dat deze niet de gewenste impact zullen hebben op mortaliteit.

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

PT: pt met een EPA		
REF: CIMO2012. Effective lifestyle interventions to improve type II diabetes self-management for those with schizophrenia or schizo-affective disorder: a systematic review. ART: SR PT: patients with schizophrenia (or schizo-affective disorder) and commorbid type II diabetes	4 studies. Interventie was diabetes educatie: stimuleren van beweging en voedingsvoorlichting met aandacht voor motivatie.	Was effectief bij oudere volwassenen. NB: is meer een interventie voor het managen van diabetes bij deze EPA groep.
REF: WILLEMS2012. Fysieke fitheid bij patiënten met schizofrenie, aanbevelingen voor verpleegkundigen. Psychiatrie en verpleging, 2012, 2, 71-85. ART: observationeel onderzoek PT: pt met schizofrenie	Verslag van een onderzoek naar screening en leefstijlinterventies.	Inleiding kan handig zijn voor inleiding in stuk over sleutelpublicaties. In de discussieparagraaf staan richtlijnen voor verpleegkundigen (handig voor de werkgroep?).
REF: VANCAMPFORT2012. Progressive muscle relaxation in persons with schizophrenia: a systematic review of randomized controlled trials. Clinical rehabilitation. ART: SR PT: pt with schizophrenia	Interventie: Spierontspanning Effect van progressieve spierontspanning, vs zitten in een stille kamer, op psychologische distress, angst symptomen en welzijn. K=3 (RCT's), N=146.	Progressieve spierontspanning als een add-on interventie lijkt angst en distress te verminderen en het gevoel van welzijn te bevorderen bij mensen met schizofrenie.
REF: VANCAMPFORT2012. Yoga in schizophrenia: a systematic review of randomized controlled trials. Acta Psychiatrica Scandinavica 2012, 126: 12-20. ART: SR	Interventie: yoga K=3	Zie tevens SR-artikel VANCAMPFORT2011 over Yoga. Although the number of RCTs included in this review was limited, results indicated that yoga therapy can be an useful add-on treatment to reduce general

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

PT: pt met schizofrenie		psychopathology and positive and negative symptoms. In the same way, health-related quality of life improved in those antipsychoticstabilised patients with schizophrenia following yoga. None of the RCTS encountered adverse events.
REF: VANCAMPFORT2011. Lichaamsgerichte werkvormen binnen de psychomotorische therapie voor mensen met schizofrenie: een literatuuronderzoek. Tijdschrift voor Psychiatrie, 53 (2011), 8, 531-541. ART: SR PT: pt met schizofrenie	Interventies: • Yoga • Mindfulness • Massagetechnieken • Dans K=11	Zie tevens SR-artikel VANCAMPFORT2012 over Yoga. Er werd een sterk bewijs gevonden dat <u>yoga</u> psychiatrische symptomen vermindert en dat progressieve spierrelaxatie angst- en stressgevoelens vermindert. Er was beperkt bewijs dat yoga effectief is in het verminderen van stressgevoelens en dat lichaamsgerichte technieken in groepsverband negatieve symptomen verminderen. Kwalitatief onderzoek rapporteerde gunstige effecten van <u>mindfulness- en massagetechnieken</u> voor het verminderen van stressgevoelens. Er was nog geen bewijs voor <u>dansvormen</u>.
REF: VANCAMPFORT2011. Fysieke activiteit en schizofrenie: wetenschappelijke evidentie en concrete richtlijnen. ART: adviserend/beschouwend PT: patiënten met schizofrenie	Is gericht op de aanpak van gedragsverandering (om een actieve levensstijl te bevorderen bij patiënten met schizofrenie).	Geschikt voor inleiding? Gaat in op de normen voor bewegen en op motivatietechnieken. Zes fasen worden onderscheiden om tot een actieve levensstijl te komen.
REF: DEHERT2011. Guidelines for screening and monitoring of cardiometabolic risk in schizophrenia: a systematic evaluation. The British journal of	Literatuurstudie naar de inhoud en kwaliteit van richtlijnen voor somatische screening naar cardiovasculair risico bij schizofrenie.	Niet relevant, gaat niet over leefstijlinterventies.

psychiatry 2011, 199:99-105. ART: SR van richtlijnen. PT: pt met schizofrenie		
REF: LAWRENCE2010. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. Journal of psychopharmacology, 24 (11) suppl 4, 61-68. ART: review PT: pt met EPA	Adresseert barriers voor een goede lichamelijke gezondheid van pt met een EPA in de patiënt zelf, in de maatschappij (stigma), maar met name in de gezondheidszorg. Oplossing in de richting van geïntegreerde zorg (iemand met liaison rol tussen ggz en somatiek), programma's voor het reduceren van stigma, vaardigheidstrainingen voor mensen met EPA en steun van peers.	Misschien voor de inleiding, of voor de werkgroep om tot aanbevelingen te komen?
ART: RIGOTTI2008: Smoking Cessation Interventions for Hospitalized Smokers A Systematic Review Arch Intern Med. 2008;168(18):1950-1960. ART: SR PT: opgenomen patienten	Patientencategorie betreft pt die om somatische redenen in een ziekenhuis opgenomen zijn (geen EPA).	
REF: FAULKNER1999. Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia: a review of the literature. Journal of mental health 1999; 8 (5): 441-457. ART: SR PT: pt with schizophrenia	<u>Oude review uit 1999, zie Gorcsynsky 2010, een recentere</u> Gaat om psychologische voordelen van beweging voor patiënten met schizofrenie.	The existing research does not allow any firm conclusions to be made as to the psychological benefits of exercise in individuals with schizophrenia. It does, however, support the potential efficacy of exercise in alleviating the negative symptoms of schizophrenia and as a coping strategy for the positive symptoms.

Bijlage 4 – Systematisch literatuuronderzoek

De systematische literatuurreview was erop gericht relevante artikelen voor uitgangsvraag 1 en 2 – leefstijlinterventies bij mensen met een ernstige psychische aandoening – te identificeren. Voorafgaand aan deze search zijn in een veldinventarisatie leefstijlinterventies geselecteerd die zullen worden onderzocht.

Zoekstrategieën

De systematische literatuurreview is uitgevoerd in twee literatuur databases (PubMed en Google scholar), aangevuld met een search in de Nederlandse vakbladen: Tijdschrift voor Psychiatrie (TvP), Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (MGv), Tijdschrift Verpleegkunde, Nursing, Verpleegkunde Nieuws, Tijdschrift voor verpleegkundigen (TvZ), Nurse Academy GGZ, Nederlandse Artikelendatabank voor de Zorg (NAZ), en Psyfar. In onderstaande tabel staat een overzicht van de zoektermen en het aantal hits per Nederlands vakblad.

Om geen artikelen te missen is gezocht naar artikelen in alle publicatietypes. De tijdsperiode 1 januari 2000 tot 12 juni 2012 is geselecteerd door de werkgroep. Alleen Nederlands- en Engelstalige publicaties worden meegenomen voor de richtlijn. Alleen interventies die in in het Nederlands vertaald en beschikbaar zijn werden geselecteerd.

De artikelen werden op basis van de fulltext beoordeling opgenomen in de rapportage of geëxcludeerd. In totaal zijn er twee artikelen geïncludeerd voor de wetenschappelijke onderbouwing, beide kwamen uit de database search van Pubmed en Google Scholar.

Zoektermen Nederlandse Vakbladen

Er is in de Nederlandse vakbladen gezocht naar de volgende interventies vanaf 2000:

- HIT = High aerobic intensity training
- In SHAPE

Resultaten zoekstrategie Nederlandse vakbladen				
Database	Zoektermen	Hits	Relevante artikelen (titel & abstract)	Geïncludeerd
NAZ	HIT	14	0	0
	Aerobic	0	0	0
	SHAPE	0	0	0
Nursing	HIT	44	0	0
	Aerobic	2	0	0
	SHAPE	1	0	0
Nursing Academy	HIT	7	0	0
	Aerobic	0	0	0
	SHAPE	0	0	0
Verpleegkunde nieuws/VPN Magazine Verpleging*	HIT	0	0	0
	Aerobic	7	2	1 (voor hoofdstuk 2, niet uitgangsvragen)
	SHAPE AND Dutch	3	0	0
Tijdschrift voor Psychiatrie	HIT	16	0	0
	Aerobic	0	0	0
	SHAPE	4	0	0
MGv	HIT	24	0	0
	Aerobic	0	0	0
	SHAPE	4	0	0
Tijdschrift Verpleegkunde	HIT	0	0	0
	Aerobic	0	0	0

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

	SHAPE	0	0	0
Psyfar	HIT	2	0	0
	Aerobic	0	0	0
	SHAPE	0	0	0

Bijlage 5 – Evidence tabellen

In Shape

Methoden	Patiënten	Interventies	Uitkomstmaten	Resultaten	Beoordeling
Referentie: Van Citters AD, Pratt SL, Jue K, Williams G, Miller PT, Xie H, Bartels SJ: A pilot evaluation of the In SHAPE individualized health promotion intervention for adults with mental illness. Community mental health journal 2009. DOI 10.1007/s10597-009-9272-x. Doel studie: De gezondheid effecten aantonen van de leefstijlinterventie In SHAPE Studieopzet: Niet-vergelijkend prospectief onderzoek Analyse: per protocol analyse. Studieduur: 9 maanden Setting: In de sportschool. Locatie: New Hampshire, USA	Aantal: N=98 waren geïnccludeerd. Leeftijd: ≥ 18 jaar Inclusie: - DSM IV as I of As II stoornis - lichamelijk onderzoek Exclusie: pt met dementie Baseline karakteristieken: EPA: 89%: - Major Depressie: 40% - Bipolaire st: 25% - Schizofrenie/schizoaff: 24% Leeftijd 43.5 (SD 11.4) Seksratio: 28% mannen Blank: 91% Gewicht (pounds) 202,5 (SD 44.2) Buikomvang (cm) 101.7 (SD 19.6) Gewicht: Normaal 20%; overgewicht 14,5%; obese: 65.8%. Analyse: N=76 zitten in de analyse (hadden minimaal 2 sessies met een mentor). 22% van de pt eruit gegooit (dus: geen ITT maar per protocol analyse).	Interventie: In SHAPE (Self-Health Action Plan for Empowerment) is gericht op verandering in eten en bewegen*. Duur: Zolang de pt er gebruik van maakt Controle: Geen controle groep. Metingen: Baseline en na 3, 6 en 9 maanden	a. <i>Lichamelijke activiteit:</i> YPAS, zelfrapportage en rapportage door de mentor b. <i>Bereidheid om te veranderen in eten en bewegen (WLB-SOC)</i> c. <i>Gezondheids-indicatoren:</i> gewicht, bloeddruk, buikomvang (een belangrijke risicofactor voor metabool syndroom en cardiovasculaire aandoeningen) en lengte. d. <i>Psychologisch functioneren.</i> Mental en lichamelijk functioneren: MOS-SF-12; Depressie: CES-D; Self-efficacy om in activiteiten te participeren: RSES; negatieve symptomen: SANS.	Het gaat om verschillen binnen de interventie-groep tussen baseline en 9 maanden follow-up. Ad a: significante toename in uren beweging overall, maar ook zowel in forse en rustige activiteit. Ad b: significante toename in bereidheid om gestructureerd te bewegen en om de calorie-inname te beperken. Ad c: Significante reductie in buikomvang van 3.2 cm: baseline 103.8 (SD 15.9); 9 maanden 100.6 (SD 20.1). Geen significante verandering in gewicht, BMI of in bloeddruk. De tevredenheid met de fitheid nam significant toe. Ad d: Er werden significante verbeteringen gevonden in de mentale gezondheid, gemeten met de MOS-SF-12, maar	Methodologische kwaliteit: - Randomisatie - - Toewijzing verborgen - - Behandelaar geblindeerd - - Patiënt geblindeerd - - Effectbeoordelaar geblindeerd - - Interventie- en controlegroep vergelijkbaar - - Follow-up voldoende + - Intention-to-treat analyse – (PP en post-hFinanciering: Bewijskracht studie: Zeer laag (geen vergelijkend studie, geen ITT analyse) Conclusie: Patiënten met EPA die deelnamen aan In SHAPE en minimaal 2 sessies met een mentor hadden, lijken verschillende gezondheidsvoordelen te kunnen hebben: de buikomvang nam wat af, grotere tevredenheid met de eigen fitheid, en verbetering in mentale gezondheid en negatieve symptomen. Het bewegen nam toe. Er was weinig deelname aan sport klasjes, weinig bereidheid om het voedselpatroon te veranderen, maar veel belangstelling voor lopen en zwemmen (low-intensity activiteiten).

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

Methoden	Patiënten	Interventies	Uitkomstmaten	Resultaten	Beoordeling
				niet in de lichamelijke gezondheid. Ook significante verbeteringen in de SANS. Geen significante verschillen in CES-D en RSES.	

* Wat is In SHAPE:

- Er is een handboek over.
- Inhoud: Het programma is op maat gemaakt voor mensen met een EPA en vindt plaats in de community, dus samen met mensen zonder EPA.
- Bewegen kan bestaan uit lopen, fitness, zwemmen, yoga, krachttraining, cardiotraining e.d. Pt kregen kosteloos een volledig lidmaatschap van een lokale sportschool. Pt konden ook meedoen aan een gewichtmanagement groep die 1 x pm bij elkaar kwam.
- Deelnemers: Iedereen met een psychische stoornis kon meedoen.
- Mentoren: De gezondheidsmentoren waren fitnessstrainers die getraind werden in het stellen van doelen, motiverend interviewen en gezonde voedingspatronen. Patiënten werden door deze mentor geholpen in het stellen van persoonlijke fitnessdoelen, in het kiezen van activiteiten (bijvoorbeeld in groepsverband in de sportschool) en in het managen van hun gezondheidsplan.
- Beloning: Patiënten kregen punten als ze vooruitgang boekten, en deze konden voor prijzen worden omgeruild.
- Wekelijkse sessies: De mentor had wekelijks een 1 uur individueel contact met de pt in verband met motiveren en instructies. Als pt niet kwamen opdagen werd actief contact gezocht.
- Motivatie: Elke 6 weken werden groepsvieringen gehouden als steun en bekrachtiging / prijzen voor individuele deelnemers.

Fitness (Top-Fit onderzoek)

Methoden	Patiënten	Interventies	Uitkomstmaten	Resultaten	Beoordeling
Referentie: 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, 2012.	Aantal: N=63 Leeftijd: 29 jaar Sekseratio: 73% vrouwen Inclusie: • DSM-IV diagnose schizofrenie, schizo-affectieve of schizofrenoforme stoornis volgens CASH • Stabiele dosis antipsychotica	Interventie (N=31): Fitnessprogramma bestaande uit cardiovasculaire training plus spierkracht training, 2 x pw, 1 uur, gedurende 6 maanden (totaal 52 trainingen). Controle (N=32): Dagbesteding (schilderen, lezen, computeren), 2 x pw, 1 uur, gedurende 6 maanden. Mochten maximaal 1 upw matige lichamelijke activiteit hebben. Duur follow-up:- Analyse: Intention-to-treat (N=54) op basis van available cases (geen inputatie van missende	I. Mentale gezondheid Primaire uitkomstmaat: • Positieve en negatieve symptomen van psychose (PANSS) Secundaire uitkomstmaten • Depressieve klachten (MADRS) • Zorgbehoefte (CAN) II. Lichamelijke gezondheid Primaire uitkomstmaat: (cardiorepiratoire fitheid): • Gemiddelde	Significante verschillen ten gunste van de interventiegroep. I. Mentale gezondheid ITT-analyse: • Geen significante verschillen. PP-analyse, voor de: • PANSS • MADRS • CAN II. Lichamelijke gezondheid ITT-analyse: • Piek in werktempo.	Randomisatie + Toewijzing verborgen ? Behandelaar geblindeerd - Patiënt geblindeerd - Effectbeoordelaar geblindeerd ? Interventie- en controlegroep vergelijkbaar + Follow-up voldoende - Intention-to-treat analyse +

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

Methoden	Patiënten	Interventies	Uitkomstmaten	Resultaten	Beoordeling
6 maanden Setting: Ggz-instellingen en Universiteit Utrecht Locatie: Nederland	- Middelenmisbruik - IQ < 70 - cardiovasculaire aandoening Baseline karakteristieken: - Gemiddelde BMI 26	waarden). Dropout: N=9 Per protocol analyse (N=39): Selectie van patiënten die minimaal 50% van de trainingen of bijeenkomsten gevolgd hebben. N=24 patiënten vielen daardoor af. Bovendien vielen patiënten af voor de analyses naar de cardiorespiratoire fitheid die niet optimaal presteerden bij de test (N=6).	zuurstofopname bij inspanningstest - Piek werktempo Secundaire uitkomstmaten: - Metabool syndroom % Lichaamsvet - BMI	PP-analyse, voor de: Piek in werktempo Conclusie: 1 à 2 x per week fitness bij patiënten met schizofrenie verbeterde de mentale gezondheid en cardiovasculaire fitheid en reduceerde de zorgbehoefte.	Financiering: ? Bewijskracht studie: laag Een onderzoek naar lange termijn effecten is gewenst.

Idem, maar bevat alleen de uitkomsten over de lichamelijke fitheid die ook al in bovenstaande studie stonden. Overbodig?

Methoden	Patiënten	Interventies	Uitkomstmaten	Resultaten	Beoordeling
Referentie: Scheeuwe TW, Takken T, Kahn RS, Cahn W, Backx FJG. Effects of exercise therapy on cardiorespiratory fitness in patients with schizophrenia. <i>Medicine & Science in sports & exercise</i>, 2012; 44: 1834-42. Doel studie: Effecten nagaan van een bewegings-programma op de cardio-respiratoire fitheid voor patiënten met schizofrenie Studieopzet: RCT Studieduur: 6 maanden Setting: ggz-instellingen en Universiteit Utrecht Locatie: Nederland	Aantal: N=63 Leeftijd: 29 jaar Seksratio: 73% vrouwen Inclusie: - DSM-IV diagnose schizofrenie - Stabiele dosis antipsychotica Exclusie: - Middelenmisbruik - IQ < 70 Baseline karakteristieken: - Gemiddelde BMI 26	Interventie (N=31): Cardiovasculaire training plus spierkracht training, 2 x pw, 1 uur, gedurende 6 maanden (totaal 52 trainingen). Controle (N=32): Dagbesteding (schilderen, lezen, computeren), 2 x pw, 1 uur, gedurende 6 maanden. Mochten maximaal 1 upw matige lichamelijke activiteit hebben. Duur follow-up:- Analyse: Per protocol analyse: selectie van patiënten die minimaal 50% van de trainingen of bijeenkomsten gevolgd hebben. N=24 patiënten vielen daardoor af. Bovendien vielen patiënten af die niet optimaal presteerden bij de test (N=6). In de PP-analyse: N=33 (interventie N=17, controle N=16)	Cardio-respiratoire fitheid (CRF) Primaire: - Gemiddelde zuurstofopname bij inspanningstest - Piek werktempo Secundaire: -	N=33 Alleen patiënten in de analyse die > 50% van de 52 trainingen of bijeenkomsten meegedaan hadden en die alles gaven bij de CRF-test. Significante resultaten (verschil tussen groepen in veranderscores): - Gemiddelde zuurstofopname bij inspanningstest verbeterde een beetje - Piek werktempo verbeterde flink Conclusie: de cardiorespiratoire fitheid verbeterd door dit beweegprogramma van 6 maanden. Echter, bijna de helft van de patiënten viel uit om dat zij onvoldoende compliant waren (is echter wel een normaal gegeven bij deze patiëntengroep).	Randomisatie + Toewijzing verborgen ? Behandelaar geblindeerd ? Patiënt geblindeerd - Effectbeoordelaar geblindeerd ? Interventie- en controlegroep vergelijkbaar + Follow-up voldoende - Intention-to-treat analyse - Financiering: ? Bewijskracht studie: zeer laag Een onderzoek naar lange termijn effecten is gewenst.

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

Yoga

Methoden	Patiënten	Interventies	Uitkomstmaten	Resultaten	Beoordeling
Referentie: Vancampfort D, de hert M, Knapen J, Wampers M, Demunter H, Deckx S, Maurissen K, Probst M. 2011: State anxiety, psychological stress and positive well-being responses to yoga and aerobic exercise in people with schizophrenia: a pilot study. Disability and rehabilitation, 2011, 33(8): 684-689. Doel studie: Veranderingen in kaart brengen in toestands-angst, psychologische stress, en subjectief welzijn als gevolg van een eenmalige yoga of aerobics sessie Studieopzet: Cross-over design met 3 interventies. Studieduur: 1 dag Setting: Psychiatrische universiteit kliniek Locatie: België (Vlaanderen)	Aantal: N=44 Leeftijd: M 32.2 (SD 6.6) Sekseratio: 45% vrouwen Inclusie: - Patiënten met schizofrenie - CGI-S >4 Exclusie: - Psychiatrische co-morbiditeit Baseline karakteristieken: - BMI 26.1 (2.7) - Gewicht 77.5 (12.5) - gemiddeld aantal antipsychotica 2.1 (1.1)	Interventie 1: Eén yoga (hatha yoga) sessie van 30 minuten Interventie 2: Eén aerobics les (indoor fietsen) van 20 minuten Controle: In een stille kamer zitten (en lezen) voor 20 minuten Duur follow-up:- Metingen: 5 minuten voorafgaand en meteen na afloop van de interventie. Analyse: Available cases (N=40)	Primaire: - Toestandsangst (SAI) - Psychologische stress (SEES) - subjectief welzijn (SEES)	I. Yoga vs Controle: Significante verbeteringen voor: - Toestandsangst (SAI) - Psychologische stress (SEES) - subjectief welzijn (SEES) II. Aerobics vs controle: Significante verbeteringen voor: - Toestandsangst (SAI) - Psychologische stress (SEES) - subjectief welzijn (SEES) III. Yoga vs aerobics Geen significante verschillen gevonden. Conclusie: Yoga en aerobics verhogen op zeer korte termijn het subjectieve welzijn en verminderen psychologische stress en toestandsangst in een klinische steekproef van patiënten met schizofrenie.	Randomisatie - Toewijzing verborgen ? Behandelaar geblindeerd - Patiënt geblindeerd - Effectbeoordelaar geblindeerd + Interventie- en controlegroep vergelijkbaar + Follow-up voldoende - Intention-to-treat analyse + Financiering: ? Bewijskracht studie: Zeer laag. Cross-over design waarbij de uitkomsten op zeer korte termijn vóór de eerste switch in interventie niet apart beschikbaar zijn. Goed uitgevoerd onderzoek naar wat meer lange termijn gevolgen van yoga is nodig.

Bewegen met plezier

Methoden	Patiënten	Interventies	Uitkomstmaten	Resultaten	Beoordeling
Referentie: Ongepubliceerd: Oolders H, Peperstraten H van, Peursum M van. Bewegen met plezier. Een pilot studie. Den Haag,	Aantal: N=15 % EPA: 100%, Schizofrenie	Interventie: Leefstijladvies (beweging, dieet) plus onder begeleiding van 2 verpleegkundigen	Primaire: Lichamelijke gesteldheid: Bloeddruk, gewicht,	Veranderingen van baseline naar post-treatment (geen uitkomsten, alleen p-waardes): Significant:	Methodologische kwaliteit: - Randomisatie - - Toewijzing

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

Methoden	Patiënten	Interventies	Uitkomstmaten	Resultaten	Beoordeling
Parnassia Bavogroep, 2012. Doel studie: Effecten van 'Bewegen met plezier' op lichamelijke en geestelijke gesteldheid en kwaliteit van leven. Studieopzet: Observationeel cohortonderzoek (wel controlegroep, geen randomisatie, geen verschillen tussen groepen bekeken maar wel binnen). Studieduur: 6 maanden Setting: ambulant Locatie: Den Haag	Leeftijd:- Sekseratio: 50% mannen. Inclusie: - Leeftijd 18-65 - BMI>27 - Schizofrenie - Gebruik antipsychotica Exclusie:- Baseline karakteristieken: -	groepsgewijs sporten in lokale sportschool Duur: 6 maanden Controle: - Duur follow-up: 0	buikomvang, cholesterol, BMI. Secundaire: - Geestelijke gesteldheid: geluksmeter, gelukswijzer, Zelfbeeld (SERS-SF 20), positieve en negatieve symptomen (PANSS). - Kwaliteit van leven: MANSA	- gewicht - negatief zelfbeeld - PANSS totaalscore Niet significant: - Bloeddruk - buikomvang - cholesterol - BMI - Gelukswijzer - Positieve zelfbeeld - MANSA - PANSS subschalen	- verborgen - - Behandelaar geblindeerd - - Patiënt geblindeerd - - Effectbeoordelaar geblindeerd ? - Interventie- en controlegroep vergelijkbaar - - Follow-up voldoende - - Intention-to-treat analyse - Financiering: ? Bewijskracht studie: zeer laag.

Big!Move

Referentie en financiering	Onderzoeks-methode	Populatie en dataverzameling	Uitkomstmaten	Beperkingen	Evidence gap
Referentie Rapport: Wieringen van J & Thomas R (2006). Bewegen is groei. Evaluatiestudie van het GG/ZZ project. Design: Kwalitatief onderzoek Financiering: St. Stimuleringsfonds Openbare Gezondheidszorg	Onderzoeksvraag: Ervaringen en effecten van Big!Move nagaan. Dataverzameling: Semigestructureerde interviews Thema's: De lichamelijke en psychische gezondheid.	Populatie: - Deelnemers die Big!Move afgerond hadden in een gezondheidscentrum. Big!Move aanbod: dansen, zwemmen, wandelen en fietsen. - Afkomstig uit Amsterdam Venserpolder - Big!Move deelnemers zijn geen patiënten met EPA maar mensen met overgewicht, (chronische) gezondheidsproblemen en lage	Aantal deelnemers 71 (respons was 58%). Resultaten deelnemers naar eigen zeggen: 54% voelt zich gezonder 25% verbeterde voedings-, rook- of drinkpatroon 75% heeft na het programma sociale contacten met elkaar 53% is 2 kilo of meer kwijt, maar 11% is zwaarder	Het onderzoek vond niet plaats bij de beoogde doelgroep van de richtlijn (mensen met een EPA). Er zijn weinig baseline gegevens beschikbaar. Objectieve data ontbreken: Er vond geen voor- en nameting plaats van bv gewicht, rook- en drinkpatroon. Er was geen controlegroep.	Het optimale onderzoeksdesign om de effectiviteit van een interventie aan te tonen is een rct. Aanbevolen wordt om een rct naar de effectiviteit van deze leefstijlinterventie uit te voeren. Conclusie: De bewijskracht van dit onderzoek naar de effectiviteit van Big!Move voor patiënten met EPA is zeer laag.

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

Referentie en financiering	Onderzoeks-methode	Populatie en dataverzameling	Uitkomstmaten	Beperkingen	Evidence gap
		SES. Kenmerken: • 26-80 jaar • 64 vrouwen • 50% Surinaams • 61% had ernstig overgewicht Dataverzameling: Deelnemers werden per telefoon en post benaderd. De interviews vonden plaats thuis of in het buurthuis door getrainde studentes. Analyse: Uitkomsten in aantallen en percentages.			

Niet opgenomen in evidence tabel omdat de onderzoeksmethode niet beschreven is:

Overgoor AG, AaLders MC (2004). Big!Move. Evaluatieverslag april 2003-juni 2004: Gezondheidscentrum Venserpolder. Amsterdam: Big!Move.
De eerste 100 van de 300 deelnemers aan het Big!Move programma in Amsterdam Venserpolder zijn gevolgd. 88% vrouwen, leeftijd 20-80. Verandering in beweeggedrag 2-6 maanden na afloop van het programma: 88% is actiever in dagelijkse activiteiten, 69% is zelfstandig gaan sporten, 51% doet een lichamelijke activiteit via een club, vereniging of buurthuis. Veranderingen in medische hulpvraag: In het jaar van het programma hadden de deelnemers minder huisartscontacten dan het jaar daarvoor: het aantal consulten per jaar daalde van 6 naar 4.8, een afname van 20%.

Niet opgenomen in evidencetabel omdat het onderzoek niet op het effect van de interventie gericht was:

Onderzoek naar de overdraagbaarheid van Big!Move:

Overgoor, A.G., M.C. Aalders en S. Reitsma (2007). Big!Move 2, Evaluatieverslag verspreiding Big!Move in opdracht van Agis op drie locaties. Geen effecten op gezondheid van de deelnemers onderzocht maar naar de overdraagbaarheid van de interventie.

Resultaten:

- Deelnemers, verwijzers en Big!Move begeleiders zijn enthousiast over de methode en de resultaten.
- De pilots rapporteren dat professionals en aanbieders van zorg en welzijn in de wijken de methode zien als een veelbelovende visie op bevorderen van gezondheid en aanvulling op het aanbod in de wijk

Onderzoek naar de deelname

Big!Move Institute (2009). Big!Move bekeken. Evaluatie 2007 tot 2009 in samenwerking met Agis. Amsterdam 2009.

Geen effecten op de gezondheid van deelnemers, maar er is gekeken naar de mate van deelname aan BigMove op basis van registratiegegevens.

Resultaten:

Belangrijkste resultaten:

- 77% startte daadwerkelijk, 61% rondde fase 1 af en 41% doorliep het totale programma (t/m fase 2)

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

- 45% is blijvend in beweging

- De participatiegraad is gemiddeld 75%, zowel in fase 1 als in fase 2

Deelnemers zijn positief over: de sfeer in de groep, de motiverende begeleiders, het plezier en de betrokkenheid in de groep en de afwisseling in de lessen (onduidelijk waar deze resultaten vandaan komen, mogelijk een indruk op basis van de ervaringen in de aanwezige documentatie).

Health4U

Methoden	Patiënten	Interventies	Uitkomstmaten	Resultaten	Beoordeling
Referentie: Appelo M, Louwerens JW, de Vries I (2005). Minder zwaar met psychofarmaca. Pilot study naar de effecten van een nieuw gezondheidsprogramma. MGv, 60, 4, 411-424. Doel studie: Effecten nagaan van Health4U Studieopzet: Case-series (ongecontroleerde studie met voor-, na- en follow-up meting) Studieduur: Maximaal 18 weken voor de interventie, afhankelijk van het aantal trainingen dat iemand volgt (elk 5 weken) Setting: 10 GGZ-instellingen Locatie: Nederland	Aantal: N=76 Leeftijd: 41.4 (8.9) Sekseratio: 73% vrouw Recruitering: Door aankondiging van de interventie en het onderzoek. Inclusie: Deelnemers dienen psychofarmaca te gebruiken, ervaren (het risico van) overgewicht, en zijn gemotiveerd om door te gaan met medicatiegebruik. Exclusie: • zwakbegaafdheid • cognitieve desorganisatie • een acuut gevaar voor zichzelf of de omgeving zijn • onvrijwillige behandeling • verslavingsproblemen die op de voorgrond staat • medische • contra-indicatie voor lichamelijke inspanning. Baseline karakteristieken: • BMI: 33.4 (sd 7.1) • Gewicht: 96.2 (23.3) • Diagnose: 37% psychotische, 17% Bipolair, 16% depressie • Medicatie: 52% antipsychotica, 15% lithium, % antidepressiva	Interventie: Health4U, een groepsinterventie Controle:- Duur follow-up: 3 maanden Dropout: N=15 Dropouts zijn gemiddeld 13 kg zwaarder. Analyse: Available cases (geen inputatie) • Aantal patiënten met voor- en nameting: N=56 • Aantal patiënten met voor- en follow-upmeting: N=36	Primaire: • Welbevinden met de Korte Klachten Lijst (KKL) en de Algemene Competentieschaal (ALCOS) • Sociaal isolement door te vragen naar actieve contacten in de afgelopen maand met vrienden (CON-V) of lotgenoten (CON-L) Secundaire: Gewicht en BMI	Resultaten tussen voor- en nameting(N=56): Significant verbeteringen op de KKL en de CON-L. Geen verandering aangetoond in gewicht, BMI, ACOS of CON-V. Resultaten tussen voormeting en follow-up meting (N=36): Significante maar kleine verbeteringen op de KKL, ACOS, gewicht, BMI, CON-V en de CON-L. Geen verandering aangetoond in CON-V. Conclusie auteurs: Mensen met veel overgewicht die het programma het meest nodig hebben, houden het programma niet vol. Na afloop is het welbevinden niet over de hele linie verbeterd. Op de langere termijn is het rooskleuriger, maar het gaat om een selecte groep en kleine verbeteringen (2.2% gewichtsreductie, 2.8% reductie in BMI). Vrouwen doen vaker mee aan Health4U en ze profiteren er meer van. Health4U legt een basis voor de toename van welbevinden, sociale contacten en afname van gewicht, maar niet meer dan dat.	Randomisatie - Toewijzing verborgen - Behandelaar geblindeerd - Patiënt geblindeerd - Effectbeoordelaar geblindeerd - Interventie- en controlegroep vergelijkbaar - Follow-up voldoende - Intention-to-treat analyse - Financiering: Eli Lilly Bewijskracht studie: Zeer laag Gecontroleerd onderzoek van voldoende omvang en met aandacht voor inclusiecriteria is gewenst.

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015

Cognitieve fitness in de GGZ

Methoden	Patiënten	Interventies	Uitkomstmaten	Resultaten	Beoordeling
Referentie: Wezep MJ van, Overweg K, Kroon H (2012). Proefdraaien met cognitieve fitness in de ggz. Beweeg- en conditietraining in één programma. Utrecht, Trimbos-instituut. Doel studie: Vaststellen van de opbrengsten van de training voor de deelnemers. Studieopzet: Case-series met voor en nameting. Studieduur: 12 weken voor de interventie Setting: 3 ggz-instellingen. Locatie: Nederland	Aantal: N=40 Leeftijd: Mean 49.6 jaar (SD 12.7); range 22-75 jaar Sekseratio: 50% vrouwen Inclusie: Patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen in de langdurige zorg (via wervingsfolders). Exclusie: - Baseline karakteristieken: 60% alleen basisonderwijs 43% woont in instelling 58% is (deels) arbeidsongeschikt 55% depressieve klachten, 40% angstklachten, 30% persoonlijkheidsstoornis, 36% psychoses of schizofrenie - Mean 84 kg - BMI: Mean BMI 28; 28% overgewicht (25-30); 30% ernstig overgewicht (>30) .	Interventie: Cognitieve fitness. 12 weken, 1 x pw voor 5 kwartier bij de ggz-instelling. Controle: - Duur follow-up: - Analyse: Beschikbare patiënten (N=31, geen inputatie); dropout onderzoek N=9.	II. Voor- en nameting: - algemene gezondheid (RAND-36) - welbevinden (kwaliteit van leven) - psychische klachten (gedeelte van de KKL) - gewicht - bloeddruk - cognitieve vaardigheden - korte termijn-geheugen (15 woordentest) - informatieverwerking (Trail-making A en B), - cognitieve flexibiliteit (WCST) - bewegings-gedrag (sporten en bewegen met de SQUASH) - waardering (alleen nameting, semi-gestructureerd interview)	Participatie: 6 trainingen (N=22) <6 trainingen of stopte tussentijds (N=18) Significante verschillen: - meer sporten - lagere bloeddruk - korte termijn geheugen verbeterd - cognitieve flexibiliteit verbeterd Geen significante verschillen: - psychische klachten - algemene gezondheid - welbevinden - aantal minuten beweging - gewicht - informatieverwerking Waardering patiënten: - Positief (meer zelfvertrouwen, betere concentratie, meer energie, beter in vel zitten) - Rapportcijfer: mean 8.3	Randomisatie - Toewijzing verborgen - Behandelaar geblindeerd - Patiënt geblindeerd - Effectbeoordelaar geblindeerd - Interventie- en controlegroep vergelijkbaar - Follow-up voldoende - Intention-to-treat analyse - Financiering: Fonds Psychische Gezondheid Bewijskracht studie: Zeer laag. Gecontroleerd onderzoek van voldoende omvang en met follow-up metingen is gewenst.

Bijlage 6 Gebruikte afkortingen

BMI – Body mass index
CVD – Cardiovascular disease
DM – Diabetes Mellitus
EBRO – Evidence-based Richtlijn Ontwikkeling
ECG – Electrocardiographic
EEG – Electro-encefalografie
EPA – Ernstige psychische aandoeningen
FVG – Fonds Verstandelijk Gehandicapten
GGZ – Geestelijke GezondheidsZorg
NAZ – Nederlandse Artikelendatabank voor de Zorg
NHG – Nederlands Huisartsen Genootschap
NIP – Nederlands Instituut van Psychologen
NVASP – Nederlandse Vereniging van Artsen Somatisch werkzaam in de Psychiatrie
NVAVG – Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten
NVvP – Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
POH-ggz – Praktijkondersteuner Huisarts GGZ
SPV – Sociaal-psychisch verpleegkundige
VGN – Vereniging Gehandicapten Zorg
V&VN – Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland