

## Verslag bijeenkomst lerend netwerk leefstijl en somatische gezondheid

10 februari 2022

*Door: Lars de Winter, Kenniscentrum Phrenos*

Op 10 februari 2022 vond weer een bijeenkomst plaats rondom het lerende netwerk leefstijl en somatische gezondheid. Het lerende netwerk leefstijl en somatische gezondheid is een inspirerend netwerk rondom de thema's leefstijl en somatische gezondheid bij mensen met ernstige psychische problemen voor en door professionals, beleidsmakers en onderzoekers uit de gespecialiseerde ggz. Meer informatie over het lerende netwerk kunt u [hier](#) vinden.

Iedere bijeenkomst van het lerende netwerk wordt een uitwisseling van een praktijk of een project rondom het thema leefstijl en somatische gezondheid georganiseerd door één van de betrokken instellingen. Daarnaast worden ontwikkelingen en resultaten van de gezamenlijke en overkoepelende activiteiten die vanuit het lerende netwerk worden georganiseerd besproken. Deze bijeenkomst stond in het teken van de aanpak rondom somatische screening bij Dimence, mede via het gebruik van GILL, en de resultaten van het onderzoek rondom de monitoring van somatische screening. Er waren 15 deelnemers aanwezig bij deze bijeenkomst vanuit de volgende organisaties: Dimence, GGNet, UMC Utrecht, Arkin, GGZ Ingeest, GGZ Centraal, Lister, HVO Querido.

### **Aanpak rondom somatische screening Dimence via gebruik Gill**

De bijeenkomst van het lerende netwerk werd afgetrapt met een presentatie van Marjan Veldhuyzen van Dimence rondom hun aanpak van somatische screening binnen hun organisatie en het gebruik van Gill als instrument in de implementatie ondersteuning.

Dimence heeft een intern netwerk rondom somatische screening opgezet waarbij verschillende teams vanuit vrijwel alle stichtingen van de Dimence Groep betrokken zijn: waaronder forensisch maar ook de basis-GGZ. Ieder team heeft een professional aangesloten die de somatische screening uitvoert vanuit de somatische poli (een 'screener'). Dit zijn over

het algemeen ervaren senior psychiatrisch verpleegkundigen en een enkele verpleegkundig specialist en POH somatiek. In totaal zijn er ongeveer 50 screeners over de hele organisatie in dienst. Deze screeners zijn bijna bij alle teams aangesloten, behalve bij de verslavingspsychiatrie, omdat daar al vanaf de opname van een patiënt een verslavingsarts betrokken is bij onderzoek, diagnostiek en behandeling. Er wordt voor alle doelgroepen patiënten gescreend, zowel binnen klinische als binnen ambulante settings.

De somatische screening is bij Dimence ingebed in de specialistische zorgpaden. Dimence heeft een systeem ontwikkeld en geïmplementeerd met een relatief directe aanpak van somatisch screenen. Een regiebehandelaar heeft de verantwoordelijkheid om te bepalen bepaalt welke cliënten een somatische screening nodig hebben. De regiebehandelaar verwijst de cliënt door naar de screener van de somatische poli. De secretariaten van de poli's nodigen vervolgens de patiënt uit en houden overzicht over de planning van de jaarlijkse screening. De screeningsruimten zijn geschikt gemaakt voor het doen van lichamelijk onderzoek (onderzoekstafel, wastafel ...etc)

Bij het vaststellen van afwijkende waarden nemen de screeners, conform de gemaakte afspraken, direct contact op met de huisarts, zonder tussenkomst van de regiebehandelaar, zodat de cliënt zo snel mogelijk de juiste ondersteuning krijgt rondom diens somatische problemen. Tenzij de regiebehandelaar aangeeft dit zelf op te willen pakken. Ze hebben binnen Dimence duidelijke afspraken in welk stadium van de screening wie verantwoordelijk is voor de cliënt en wat de juiste stappen zijn om de cliënt goed te ondersteunen. Dimence heeft een draaiboek gemaakt waarbij de procedure en de afspraken beschreven zijn. Dit draaiboek wordt intern beschikbaar gesteld voor iedereen d.m.v. de interne webpagina en is bekend bij de regiebehandelaren.

Het netwerk Somatiek van ca 50 deelnemende screeners komt 4 tot 6 keer per jaar bij elkaar voor deskundigheidsbevordering bijvoorbeeld rondom tardieve dyskinesie, beoordelen van labuitslagen, EPS enz.

Bij Dimence is de volgende fase gestart om de leefstijl bij de cliënt te verbeteren. Het verbeteren van de leefstijl staat op dit moment nog los van de somatische poli. Het aanpakken van de leefstijl van de cliënt is echter een belangrijke vervolgstap is om, in samenwerking met de huisarts of het behandelend klinisch team, op te pakken na de somatische screening.

Dimence zal bij de overdracht en afstemming van somatische screening toewerken naar een concreet leefstijlplan bij de cliënt. Om deze overdracht goed op orde te maken gebruiken ze

bij Dimence GILL. GILL is een digitale screeningstool die vanuit Mind District wordt aangeboden. GILL bestaat uit twee type vragenlijsten: Our GILL, die gericht is op de somatische screening van de cliënt, en My GILL, die gericht is op het verbeteren van de leefstijl bij de cliënt. My GILL bevat een digitaal portaal waarbij de cliënt zelf kan aangeven hoe de cliënt diens eigen leefstijl wil verbeteren. My GILL kan op die manier leiden tot een soepele transitie van een advies rondom somatische screening via Our GILL naar een concreet leefstijlplan: My GILL. De cliënt kan samen de leefstijlcoach, vanuit de eigen regie van de cliënt, het leefstijlplan maken. Momenteel draait er bij Dimence een pilot om de samenwerking met de somatische poli en de leefstijlcoaches op de afdelingen te optimaliseren.

De presentatie van Dimence werd zeer goed ontvangen door het lerende netwerk. Er ontstond een levendige discussie rondom de aanpak van Dimence en er werd goed gereflecteerd hoe dit zich verhoudt tot de aanpak rondom somatische screening die bij andere instellingen aanwezig zijn. Ook ontstonden er een aantal vragen. De eerste vraag ging over hoe werd gemonitord of de regiebehandelaar wel alle cliënten doorverwijzen die een somatische screening nodig hadden. Hier was niet een strak systeem voor, maar de lijntjes tussen screeners en behandelaars waren wel heel kort. Screeners zijn daarnaast heel alert op wanneer er wisselingen zijn met nieuwe behandelaars en lichten hen ook van begin af aan goed in. Uiteindelijk is iedere behandelaar tot nu toe wel aan boord bij dit proces. Een tweede vraag, die meer open bleef, was wat een effectieve manier is om medewerkers te stimuleren om dit goed op orde te maken. Dit is een vraag die we met het netwerk in de toekomst beter kunnen beantwoorden.

### **Presentatie monitoring somatische screening binnen het lerende netwerk**

Vervolgens presenteerde Laurien Noortman van GGZ Centraal de eerste voorlopige resultaten van het onderzoek rondom de monitoring van somatische screening bij de instellingen die zijn aangesloten bij het lerende netwerk rondom leefstijl en somatische gezondheid.

In de tweede helft van 2021 is bij 7 deelnemende instellingen de uitvraag gedaan om data aan te leveren rondom somatische screening binnen hun organisatie in de jaren 2019 en 2020. De drie uitgangsvragen voor dit onderzoek waren: 1) In hoeverre worden cliënten binnen de organisaties jaarlijks somatisch gescreend op de 5 risicofactoren van het metabool syndroom? 2) Hoeveel van de cliënten, waarbij een somatische screening heeft plaatsgevonden, had last

van een metabool syndroom of voldeed aan de criteria van specifieke risicofactoren van het metabool syndroom? 3) Welke cliënt- en ziektekenmerken hingen samen met de screening en gezondheidsrisico's van cliënten?

Uiteindelijk hadden we data van in totaal 5037 cliënten uit 3 instellingen beschikbaar. Bij deze cliënten verschilde het per risicofactor hoe vaak dit werd gescreend. Het vaakst werd de bloedsuikerspiegel (bij 76,4% van alle cliënten) gemeten, en het minst vaak werd de buikomvang (bij 28,8% van alle cliënten) gemeten. Alle 5 de risicofactoren werden slechts bij 7,6% van alle cliënten gemeten. Verder bleek uit de data dat 48,6% van alle gescreende cliënten voldeden aan de criteria van metabool syndroom. Dit is bijna 2 keer zo veel als dat het geval is in de algehele populatie (28,8%) en is waarschijnlijk door de manier van meten een lichte onderschatting van de werkelijkheid. Oudere cliënten, mannen en cliënten met een psychotische stoornis werden relatief vaker gescreend en een hogere leeftijd hing ook samen met gezondheidsproblemen. Opvallend was dat ziekte-ernst en diagnose niet samen lijken te hangen met aanwezigheid van gezondheidsproblemen.

De resultaten lieten zien dat er nog onvoldoende somatisch werd gescreend binnen de ggz instellingen, terwijl er wel degelijk meer risicofactoren aanwezig zijn bij de cliënt. Wel kan het zijn dat de prevalentie van de aanwezigheid van risicofactoren voor de ontwikkeling van metabool syndroom een overschat percentage is, vanwege de mogelijkheid dat enkel cliënten met lichamelijke klachten worden gescreend en er dus sprake is van een selectieve doelgroep. Vervolgstappen zouden zich moeten richten op het inventariseren van bevorderende en belemmerende factoren, op basis waarvan een plan voor verdere brede implementatie kan worden gemaakt. Ook laten de resultaten zien dat somatische screening bij een brede doelgroep uitgevoerd zou moeten worden omdat de gezondheidsproblemen niet exclusief bij de 'Ernstige Psychische Aandoeningen' (EPA) doelgroep aanwezig was. Er wordt momenteel een project uitgevoerd waarbij goede praktijken worden gedeeld en worden verwerkt in een toolkit. Dit kan een belangrijke eerste stap zijn om de implementatie knelpunten bloot te leggen en tot een stappenplan te komen om dit beter te organiseren binnen de ggz instellingen.

De presentatie leidde tot redelijk wat vragen. Zo werd afgevraagd of zo'n brede somatische screening met zoveel risicofactoren wel goed en haalbaar was om uit te voeren in de praktijk. Verder werd benoemd dat het grootste knelpunt was wat we als organisatie doen met de follow-up van de screening nadat iemand boven bepaalde waarden heeft gescoord. Waar komen ze dan terecht en hoe vindt er goede afstemming plaats? Ook werd benoemd dat de afstemming met de beschermd wonen organisaties een stuk beter kan in de follow-up na

afloop van de somatische screening. Dit is een belangrijk onderwerp om te agenderen wanneer we naar een vervolg toewerken in de implementatie.

### **Afsluiting en vervolgstappen**

Tot slot werd als afsluiting geïnventariseerd wat belangrijke onderwerpen zijn voor een vervolg. Er werd benoemd dat het belangrijk is om een moreel beraad te houden om de ethische discussie rondom ‘gedwongen’ somatische screening. Hiervoor komt aandacht bij de presentatie van het boek rondom leefstijlpsychiatrie. Daarnaast werd de wens uitgesproken om ook met elkaar uit te wisselen over het meten van effecten rondom leefstijl. Ook werd benoemd dat het mooi zou zijn als we als netwerk bevorderende en belemmerende factoren rondom somatische screening ook uitvragen bij cliënten zelf en niet enkel bij professionals.

De volgende bijeenkomst zal in juni gaan plaatsvinden. Dan komen projecten en aanpakken rondom somatische gezondheid bij UMC Utrecht centraal te staan en zal het project rondom de toolkit met best practices over somatische screening worden gedeeld.