

**Inventarisatie van 'best practices' voor GGZ cliënten
met co-morbide somatische diagnose**

Michel Planije
Carolien Smits

Trimbos-instituut
Programma Reïntegratie

November 2006

INHOUD

1.	Inleiding	3
1.1	Opdracht	3
1.2	Achtergrond	3
1.3	Afbakening	5
1.4	Informatiebronnen	6
1.5	Selectie en gegevensverzameling	6
2.	Inventarisatie van zorgprojecten voor GGZ cliënten met somatische klachten	8
3.	Analyse van 'goede praktijken' en praktijkbeschrijvingen	10
4.	Prioriteiten	18
5.	Tot slot	19
5.	Literatuurlijst	21
Bijlagen		
Bijlage 1.	Vragenlijst telefonisch interview	22

1. Inleiding

1.1 Opdracht

Het programma Zorg voor Beter is een initiatief van het Ministerie van VWS. Het geeft een extra kwaliteitsimpuls aan de thuiszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en de langdurende GGZ. Dit gebeurt in samenspraak met de brancheorganisaties, beroepsverenigingen en cliëntenorganisaties. Het doel van het programma Zorg voor Beter is om de thuiszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en de langdurige GGZ te stimuleren om (nog) meer kwaliteit te leveren. Ten eerste kan de bestaande kennis beter worden toegepast. Ten tweede kan er meer samenhang komen in de zorg en een betere aansluiting op andere sectoren worden gezocht. Ten derde gaat het om slimmer en beter organiseren van het werk (www.zorgvoorbeter.nl).

Voor wat betreft de GGZ kiest het Ministerie niet voor een nieuw verbeterprogramma maar voor uitbreidingen van Zorg voor Beter voor de langdurige GGZ (care) en Sneller Beter (met het nieuwe programma LAK GGZ / verslavingszorg voor de kortdurende GGZ (cure)).

Het Trimbos-instituut is gevraagd een voorstudie te doen naar kwaliteitsverbeteringsprojecten rond GGZ-cliënten (langdurende zorg) met zowel een psychische als een somatische diagnose. Het gaat om een inventarisatie en analyse van innovatieve behandelmethoden voor deze doelgroep.

In een later stadium onderzoekt ZonMw of deze 'goede praktijken' zich lenen voor het opzetten van nieuwe verbetertrajecten.

1.2 Achtergrond

Co-morbiditeit

In deze inventarisatie ligt de focus op GGZ-cliënten met psychische klachten en co-morbide somatische klachten in de 'care'. Psychische klachten - in het bijzonder depressie, schizofrenie en angststoornissen - gaan vaak gepaard met allerlei lichamelijke klachten en ziekten, zo blijkt uit de eerste drie jaarboeken van de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid (NMG) van het Trimbos-instituut (Schoemaker, 2005).

Mensen met ernstige psychische klachten of stoornissen hebben relatief vaak ernstige somatische klachten, zoals diabetes en hart- en vaatziekten. Ook vertonen ze vaak de risicofactoren die hiermee verband houden: overgewicht, en bepaalde ongunstige fysiologische (metabole) waarden.

Psychische stoornissen kunnen fysiologisch samengaan met bepaalde lichamelijke aandoeningen of somatische risicofactoren. Daarnaast leiden mensen met psychische klachten en stoornissen vaak geen gezond leven (weinig bewegen, overgewicht, roken, alcohol en drugsgebruik). Ook brengt de farmacologische behandeling van psychische stoornissen verschijnselen met zich mee die (in)direct de lichamelijke gezondheid bedreigen. In het geval van antipsychotica gaat het vooral om gewichtstoename, diabetes (metabool syndroom) en bewegingsstoornissen (Van Gool 2006). Mensen met psychische stoornissen brengen hun lichamelijke klachten soms ook in een relatief laat stadium naar voren bij de huisarts of behandelend arts. Daarbij belemmeren hun psychische klachten het helder verwoorden van hun klachten. Het is in deze context lastig voor behandelaars psychische en somatische klachten te onderscheiden. Daar komt bij dat somatische klachten bij mensen met ernstige psychische stoornissen expertise vraagt waarover huisartsen, maar ook veel psychiaters, niet altijd beschikken.

Kwaliteit van de zorg

De organisatie van het gezondheidszorgsysteem in Nederland zorgt voor een scheiding tussen de somatische en geestelijke gezondheidszorg (Van Gool, 2006). Hierdoor zijn mensen met een chronische psychiatrische ziekte nog kwetsbaarder dan de algemene bevolking. In zijn oratie noemt Anton Loonen (hoogleraar farmacotherapie) hiervoor een aantal redenen. In de meeste plaatsen in Nederland zijn psychiatrische ziekenhuizen gefuseerd met de RIAGG en de RIBW. Door dergelijke GGZ-instellingen zijn vaak ook de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen, de zogenaamde PAAZ'en, in de regio opgeslokt. De meeste instellingen zijn hun eigen internist, neuroloog, laboratorium en apotheek kwijtgeraakt. Ook de eigen huisartsen zijn grotendeels uit de GGZ-instellingen verdwenen.

Uit onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (1999;2004) blijkt dat in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg weinig structurele aandacht bestaat voor somatische zorg.

Slechts 40% van de APZ-en had in 1999 haar visie ten aanzien van de relatie psychiatrie-somatiek vastgelegd. Registratie van somatische verrichtingen en verwijzingen vond te weinig plaats, met uitzondering van de verwijzingen voor opname in het algemeen ziekenhuis. Geen van de onderzochte APZ-en had een overzicht van de somatische co-morbiditeit.

Naar aanleiding van het onderzoek van de inspectie van 1999 stelde koepelorganisatie GGZ Nederland veldnormen op voor haar lidinstellingen. Iedere GGZ-instelling dient haar visie op de relatie somatiek-psychiatrie te omschrijven en aandacht te besteden aan het probleem van co-morbiditeit. Somatische zorg omvat de medische, verpleegkundige, fysiotherapeutische, ergotherapeutische en diëtistenzorg.

Tussen 1999 en 2004 is de zorg in enkele opzichten verbeterd. Zo is het aantal vastgestelde protocollen op het gebied van de somatische zorg gestegen en steeds meer instellingen werken met een gespecialiseerd somatisch verpleegkundig team. De verschillen tussen de instellingen zijn echter groot en in een aantal organisaties zijn de veldnormen nog niet of slechts gedeeltelijk ingevoerd.

De landelijke multidisciplinaire richtlijnen geven aanwijzingen voor kwalitatief goede zorg waar het gaat om somatische co-morbiditeit. Volgens de in 2005 verschenen landelijke multidisciplinaire richtlijn (MRS) depressie moet in de behandeling rekening worden gehouden met somatische co-morbiditeit; sommige somatische aandoeningen zijn een contra-indicatie voor bepaalde psychiatrische behandelingen. Bij het diagnosticeren van een depressie moet de behandelaar altijd rekening houden met een somatische ziekte als (mede) oorzakelijke factor. Ook de landelijke multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (2005) pleit voor meer aandacht vanuit de eerste en de tweede lijn voor de lichamelijke gezondheidstoestand van mensen met schizofrenie. Een alerte opstelling van alle betrokken hulpverleners is geboden. Tot het verlenen van adequate zorg aan patiënten met schizofrenie behoort het periodiek onderzoek naar aandoeningen of stoornissen op algemeen medisch en tandheelkundig terrein.

In de MRS schizofrenie wordt overigens opgemerkt dat het ontbreekt aan systematisch vergelijkend onderzoek naar de meest effectieve methode om de lichamelijke gezondheidstoestand van mensen met schizofrenie te bewaken. Ook kan niet met wetenschappelijke gegevens worden onderbouwd, welk (hulp)onderzoek bij opname in het ziekenhuis en bij periodiek onderzoek van ambulante patiënten wenselijk is en met welke frequentie de gezondheidstoestand moet worden onderzocht.

De landelijke multidisciplinaire Werkgroep Somatische Screening, onder voorzitterschap van W. Cahn, is doende met een voorstel voor een richtlijn rondom de screening van somatische complicaties bij gebruik van anti-psychotica.

1.3 Afbakening

Focus van deze inventarisatie zijn vernieuwende behandelmethoden binnen de care voor GGZ-cliënten met zowel een psychische als een somatische diagnose. Daarbij gaat het om volwassen (inclusief oudere) cliënten van zowel de ambulante-, als klinische GGZ.

In eerste instantie was de inventarisatie gericht op cliënten in de GGZ met een co-morbide somatische *diagnose*. Omdat een eerste verkennende search weinig innovatieve zorgpraktijken opleverde, is besloten om ook projecten voor GGZ cliënten met somatische *klachten* bij de inventarisatie betrekken.

Definitie van 'goede praktijken'

Onder 'best practices' in de GGZ voor cliënten met zowel een psychische-, als een somatische diagnose, worden die interventies verstaan die vernieuwend zijn en die kwalitatief goede zorg bevorderen. De inventarisatie betreft zowel projecten die recent geëvalueerd en dus 'bewezen' effectief zijn, als goed onderbouwde projecten in voorbereiding waarover professionele consensus bestaat.

1.4 Informatiebronnen

Zoekmachines en websites

In verschillende zoekmachines is gezocht op de trefwoorden 'somatische co-morbiditeit', 'somatiek' en 'co-morbiditeit': ZonMW projectenpoort; www.onderzoeksinformatie.nl; LEVV databank, Trimbos-databank. Dit leverde geen concrete projecten op. Daarnaast zijn diverse relevante sites geraadpleegd (ZonMW, GGZ Nederland, NIZW, GGD Kennisnet, websites van GGZ organisaties).

Sleutelinformanten in de GGZ

Verschillende deskundigen op het gebied van GGZ en somatiek zijn gevraagd of zij bekend waren met initiatieven voor GGZ-clieënten met somatische klachten. Deze deskundigen zijn werkzaam bij GGZ Nederland (Guus Verhoef), VU Medisch Centrum Amsterdam (Francois Schellevis), VU Psychiatrie (Aartjan Beekman), Delta Psychiatrisch Centrum (Anton Loonen) UMC Groningen (Durk Wiersma, Richard Bruggeman, GGZ Drenthe (Cees Slooff), GGZ NHN (Rafaël Schulte), Wiepke Cahn (UMC Utrecht), Stichting Pandora (Froukje Bos/ Toon Vriens) en het Trimbos-instituut (Christina van der Feltz-Cornelis, Anne Margriet Pot, Jasper Nuijen, Hans Kroon, Ineke Voordouw, Jaap van Weeghel).

1.5 Selectie en informatieverzameling

De voorlopige inventarisatie leverde in totaal zestien zorgpraktijken op. Vervolgens is bekeken of deze aan de inclusiecriteria voldeden, namelijk GGZ-zorgpraktijken (setting),

gericht op GGZ-cliënten met somatische diagnose/klachten (doelgroep), en innovatie (kwaliteit).

Zeven organisaties beschikken over een *Medische dienst of Psychiatrisch Medische Unit* (onder meer GGZ Groningen en GGZ Eindhoven). Over het algemeen bieden binnen de medische diensten verschillende disciplines zorg (diagnostiek en behandeling van somatische klachten) aan GGZ-cliënten. Meestal beperkt deze zorg zich tot de langdurig opgenomen cliënten. Omdat de medische diensten al langer bestaan zijn ze niet inbegrepen in de huidige inventarisatie tenzij hierbinnen innovatieve ontwikkelingen plaatsvinden, zoals in GGZ Eindhoven. Dit betekent natuurlijk niet dat de reguliere medische diensten geen adequate zorg op het terrein van somatische klachten bij GGZ-cliënten verlenen.

Naast de Medische diensten binnen de GGZ, bestaan ook binnen de Algemene ziekenhuizen Medisch Psychiatrische Units, zoals bijvoorbeeld binnen het VUmc, Rijnstate in Arnhem en het IJsselmeerziekenhuis. Deze zijn in eerste instantie gericht op patiënten van de algemene ziekenhuizen, al zullen ook GGZ-cliënten hier terecht kunnen. Deze units zijn niet in deze inventarisatie inbegrepen, omdat zij formeel niet vanuit de GGZ opereren en niet primair de GGZ-cliënt als doelgroep hebben.

Vervolgens zijn voor de resterende acht zorgpraktijken de achtergrondgegevens in kaart gebracht en is de uitvoering aan de volgende kwaliteitscriteria getoetst: 1) meerwaarde: algemeen, cliëntniveau, kwaliteit van leven, 2) registratie, 3) cliëntenparticipatie, 4) kosteneffectiviteit, 5) praktijktoepassing: overdraagbaar inhoudelijk, overdraagbaar veranderkundig, 6) toepasbaarheid elders en 7) structurele inbedding.

Informatie hierover is in eerste instantie van internet gehaald. Daarnaast zijn projectverslagen opgevraagd, heeft er een belronde onder de desbetreffende projectleiders plaatsgevonden en is hen gevraagd een quick scan in te vullen en te retourneren (bijlage 1).

In hoofdstuk 3 staan deze zorgpraktijken beschreven.

2. Inventarisatie van zorgpraktijken voor GGZ cliënten met somatische klachten

De inventarisatie resulteerde in acht innovatieve GGZ-zorgpraktijken binnen de langdurende zorg gericht op cliënten met somatische klachten of (vastgestelde) somatische stoornissen (Tabel 1)

Tabel 1. Overzicht vernieuwende Zorgpraktijken cliënten met somatische klachten in de langdurende ggz (alfabetisch op organisatie)

	Project	Innovatie	Organisatie	Implementatie	Resultaten
1	Screening cliënten met een chronisch psychiatrische stoornis	Screening Somatisch interview van ambulante patiënten, gegevensverzameling medicatie leiden tot probleemlijst en rapportage aan eigen behandelaar en huisarts	Delta Psychiatrisch Centrum ism IMPROVE-R door RU Groningen.	Binnen eigen organisatie; pilotfase met procedure-ontwikkeling afgerond met procesevaluatie	Geteste procedure Eindevaluatie loopt. Veel onbehandelde somatische aandoeningen ontdekt, deels door medicijnen veroorzaakt
2	Screening, in navolging van Slooff ea en Doorbraak	Somatische screening bij elke stabiele cliënt van het project door de eigen behandelaar; psychiater handelt verwerking af.	Dijk en Duin Doorbraakproject	Zojuist gestart binnen eigen organisatie	Nog niet te beoordelen. Cliënten waarderen aandacht voor somatiek
3	Screening-vroegsignalering	Vroegsignalering; protocol somatische screening door (sociaal psychiatrische) verpleegkundige/ nurse practitioner; ontwikkeling klinisch pad om ambulante cliënten te screenen (poli somatiek). (Ontwikkel/planstadium)	De Geestgronden, binnen structuur van Doorbraakproject	Ontwikkelplanstadium (start oktober 2006)	nvt
4	Zorgprogramma ism consultatieve dienst van 3 algemene ziekenhuizen, ontwikkeling van centrum voor integrale zorg	Somatisch onderzoek binnen zorgprogramma	GGZ Delfland	Planstadium (start medio 2007) Binnen eigen organisatie	nvt
5	Diabetes poli en 'skills lab' binnen medische dienst	Jaarlijks onderzoek en behandeling van cliënten met diabetes. Skills lab voor trainingen van verpleegkundigen en andere disciplines	GGZ Eindhoven	Medische dienst bestaat al langer; skills lab draait sinds 1 jaar; diabetes poli start januari 2006.	Nog niet geëvalueerd. De medische zorg in het algemeen is geëvalueerd door het cliëntenbelangenbureau
6	Disease management schizofrenie. Uitvoerige jaarlijkse beoordeling inclusief lichamelijk onderzoek	Interviews en scoring door getrainde verpleegkundigen; besproken door behandelaar met cliënt en vastgelegd in behandelplan. Aanleg van Databank	GGZ Noord-Drenthe	Enkele jaren binnen eigen organisatie, data sinds 2004. Binnen en buiten eigen organisatie; uitstraling naar landelijke samenwerking binnen GROUP Geestkracht, doorbraakproject Schizofrenie, richtlijn in ontwikkeling van Kenniscentrum Schizofrenie ism GROUP, ea.	Evaluatienotitie Sinds 2004 dataverzameling (n=472), volledig lichamelijk onderzoek van 298 cliënten)

7	Somatisch team, Plannen voor metabole polikliniek	Somatische artsen op uurbasis (huisarts, internist, neuroloog) mn voor diagnostiek en behandeling van klinische patiënten, eventuele ambulante patiënten	GGZ Noord-Holland Noord	Somatisch team bestaat al langer; metabole kliniek in planstadium	nvt
8	Psychiatrie Plus: Speciale verblijfsafdeling binnen verpleeghuis	Afdeling binnen verpleeghuis voor ggz-cliënten met psychiatrische problematiek	GGZ Nijmegen Stichting de Waalboog, Verpleeghuis Joachim en Anna, Zorgkantoor Nijmegen	Ruim een jaar ervaring. Projectstatus met streven naar reguliere financiering	Evaluatienotitie. Cliënten schuiven niet meer tussen GGZ en verpleeghuis. Zorg past beter bij de zorgvragen.

De zorgpraktijken zijn te onderscheiden in drie groepen:

1. regelmatige screening, al dan niet ingebed in een uitgebreidere zorgpraktijk
2. voorziening voor medisch onderzoek, zoals een medische unit of polikliniek
3. verblijfsafdeling

In sommige gevallen worden praktijken gecombineerd: een screening en (plannen voor) een polikliniek bijvoorbeeld.

De zorgpraktijken verschillen sterk in het stadium van ontwikkeling. De meeste projecten draaien hooguit pas enkele jaren.

Veruit de meeste zorgpraktijken (vijf) betreffen een regelmatige screening of monitoring van cliënten op somatische klachten. Daartoe zijn instrumenten ontwikkeld of bestaande instrumenten aangepast (De Geestgronden, Delta Psychiatrisch Centrum, GGZ Noord-Drenthe). De screening wordt door verschillende disciplines uitgevoerd; soms is het de behandelaar, soms een speciaal getrainde verpleegkundige.

De behandeling en verwerking van de screeningsbevindingen lopen ook uiteen. Soms worden de screeningsresultaten afgewikkeld tussen de behandelend psychiater en de reguliere behandelaar/verpleegkundige. In andere gevallen gaat de inbedding verder en is een multidisciplinair team betrokken bij de verwerking van de screening. Binnen GGZ Noord-Drenthe vindt de monitoring plaats binnen het Diseasemanagement programma schizofrenie. Bij Dijk en Duin en bij de Geestgronden is de screening ingebed binnen de daar lopende Doorbraakprojecten. De plannen van GGZ Delfland passen binnen een zorgprogramma.

Enkele praktijken betreffen voorzieningen waar somatisch onderzoek kan plaatsvinden of worden verwerkt: met name poliklinieken.

Één vernieuwend project (Psychiatrie Plus) betreft een verblijfsafdeling in een verpleeghuis voor GGZ-cliënten met ernstige somatische problemen. Het merendeel van de bedden is voor langdurig verblijf. Enkele bedden zijn bestemd voor revalidatie.

3. Analyse van 'goede praktijken' en projectbeschrijvingen

In tabel 2 zijn de acht hierboven beschreven zorgpraktijken gescoord op de acht criteria die door de klankbordgroep van LAK-care zijn opgesteld.

Tabel 2 Overzicht score* 'goede praktijken'

	Praktijk	Meerwaarde algemeen	Meerwaarde cliëntniveau	Kwaliteit van leven	Registratie	Cliëntparticipatie	Kosteneffectiviteit	Praktijktoepassing	Toepasbaarheid elders	Structurele inbedding
1	Screening cliënten met een chronisch psychiatrische stoornis	X	X	x	X	X		X	X	X
2	Screening, in navolging van Slooff ea en Doorbraakproject	x	x	x	x			X	X	X
3	Screening-vroegsignalering	x	x	x		x				
4	Zorgprogramma ism consultatieve dienst van 3 algemene ziekenhuizen, ontwikkeling van centrum voor integrale zorg	x	x	x		x				
5	Diabetes poli en skills lab		x	x	x			x	x	x
6	Disease management schizofrenie. Uitvoerige jaarlijkse beoordeling inclusief lichamelijk onderzoek	X	X	x	X			X	X	X
7	Somatisch team, Plannen voor metabole polikliniek		x	x	x					
8	Psychiatrie Plus: Verblijfsafdeling binnen verpleeghuis	X	X	x	x			X	X	x

*een X betekent aangetoond of zeer aannemelijk; x = aannemelijk; een leeg vlak: onbekend.

Hieronder volgen de uitgebreide projectbeschrijvingen.

1. Screening van cliënten met een chronisch psychiatrische stoornis (IMPROVE R, Delta Psychiatrisch Centrum)

Beschrijving van de innovatie

IMPROVE R staat voor *IM*prove Medication Management and Somatic conditions of chronic *PsychiatR*ic Outpatients with a multidisciplinary inter*VE*ntion in Rotterdam. Ambulante patiënten met een chronische psychiatrische stoornis worden door de eigen behandelaar of een speciaal getrainde verpleegkundige aan de hand van een vragenlijst geïnterviewd over lichamelijke klachten en somatisch belastende levensgewoonten. De interviewer vormt zich ook een oordeel over de algemene lichamelijke gezondheid. Bij de eigen huisarts en eigen apotheek worden gegevens opgevraagd over verrichte controles en huidig medicatiegebruik. Van deze gegevens wordt per patiënt door een basisarts en een basisapotheker een probleemlijst samengesteld en worden interventies gepland (bijv oproepen voor lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek, advies eigen behandelaar). Na de interventie wordt over alle patiënten aan de eigen behandelaar en huisarts gerapporteerd. De basisarts en basisapotheker werken onder supervisie van een ervaren GGZ-arts/verpleeghuisarts en een ervaren arts/klinisch farmacoloog.

Meerwaarde

Binnen een gedocumenteerde pilot-studie met intramurale en extramurale patiënten werden veel onbekende somatische aandoeningen vastgesteld (Schorre ea) Het project wordt verder geëvalueerd (procesevaluatie) in het kader van het IMPROVE-R project door de basiseenheid Farmacotherapie en Farmaceutische Patiëntenzorg van de subfaculteit farmacie bij de Rijksuniversiteit Groningen. Tenslotte vindt effectonderzoek bij 120 patiënten plaats. Deze patiënten worden tweemaal geïnterviewd.

Registratie

Ja, zie hierboven.

Cliëntenparticipatie

Aanleiding was mede een project bij de toenmalige PameijerKeerkring (beschermd wonen) voor verbetering van de medicatie-bewaking dat op aandringen van de patiëntenraad is uitgevoerd.

Kosteneffectiviteit

Niet bekend.

Praktijktoepassing

De uiteindelijk doelgroep zijn alle inwoners van Rotterdam-Zuid met een chronische psychiatrische stoornis (2500). Begonnen wordt met de poliklinische patiënten van Delta Psychiatrisch Ziekenhuis. De pilotfase gericht op het ontwikkelen van de procedure (vragenlijst, etc) bij 20 patiënten is afgerond. De uitvoeringsfase is opgestart. Het project is haalbaar gebleken. De benodigde arbeidstijd blijft echter moeilijk inpasbaar. Alle betrokkenen hebben veel taken waarmee het project moet concurreren. Het project wordt gefinancierd als zorginnovatieproject.

Overdraagbaarheid

In principe overdraagbaar. Een screenings-procedure is ontwikkeld en getoetst. De eerste bevindingen zijn vastgelegd in een posterpresentatie (Schorre ea). De gevraagde professionele kwaliteiten zijn beschikbaar in Nederland.

Toepasbaarheid elders

In principe toepasbaar, gezien de gevraagde professionele kwaliteiten. De financiering en structurele inbedding is wel een probleem.

2. Screening binnen Doorbraak-programma Schizofrenie (GGZ Dijk en Duin)

Beschrijving van de innovatie

Recent is gestart met een screening door hulpverleners van stabiele (chronische) cliënten met schizofrenie binnen het Doorbraak Schizofrenie-project. De screening is gebaseerd op de aanpak van GGZ Noord-Drenthe en bestaat uit een standaard medisch-psychiatrisch onderzoek (interview) antropometrische waarden, bloeddruk, labonderzoek, lichamelijk onderzoek). De psychiater beoordeelt de uitslag voor verdere stappen.

Meerwaarde

Nog niet aangetoond, wel aannemelijk gezien de bevindingen in Noord-Drenthe (Disease management Schizofrenie, zie onder 5).

Registratie

Zie hierboven

Cliëntenparticipatie

Nee

Kosteneffectiviteit

Niet bekend

Praktijktoepassing

Nog niet geëvalueerd.

Overdraagbaarheid

Mogelijk gezien de gedeeltelijke overname van de procedure van GGZ Noord-Drenthe.

Toepasbaarheid elders

Zie hierboven.

Structurele inbedding

Nog niet

3. Screening/vroegsignalering somatische co-morbiditeit binnen Doorbraakproject Schizofrenie (De Geestgronden)

Beschrijving van de innovatie

Vroegsignalering; protocol somatische screening (lichamelijk onderzoek, anamnese en aanvullend laboratoriumonderzoek) door (sociaal psychiatrische) verpleegkundige; ontwikkeling klinisch pad om ambulante cliënten te screenen en te behandelen, inclusief polikliniek somatiek.

Het project bevindt zich in een planstadium (projectplan augustus 2006).

Meerwaarde

Gezien het planstadium nog niet geëvalueerd. Verbeterde signalering van somatische problematiek bij (ambulante) cliënten met schizofrenie en verbetering 'klinisch pad' voor systematische screening en risicotaxatie van somatische co-morbiditeit bij patiënten met schizofrenie door verpleegkundige; ontwikkeling van een instrument voor risicotaxatie.

Registratie

Het project wordt geëvalueerd.

Cliëntenparticipatie

Betrokkenheid van cliënten vanuit het doorbraakproject in de vorm van een klankbordgroep.

Kosteneffectiviteit

Niet bekend, waarschijnlijk

Praktijktoepassing

Voorlopig projectmatig

Overdraagbaarheid

Mogelijk; projectplan is beschikbaar.

Toepasbaarheid elders

Mogelijk

Structurele inbedding

Mogelijk

4. Zorgprogramma Somatiek en Psyche ism consultatieve dienst van 3 algemene ziekenhuizen, ontwikkeling van centrum voor integrale zorg (GGZ Delfland)

Beschrijving van de innovatie

Ontwikkeling van een Zorgprogramma Somatiek en Psyche, uit te voeren in samenwerking met consultatieve diensten aan drie algemene ziekenhuizen, ontwikkeling van klinisch ambulante centrum voor integrale zorg voor patiënten van algemene ziekenhuizen en voor GGZ-cliënten (MedPsych).

Meerwaarde

In ontwikkelfase, nog niet aangetoond.

Registratie

Nvt

Cliëntenparticipatie

Nog niet. In implementatiefase nemen zij zitting in stuur- en werkgroepen.

Kosteneffectiviteit

Niet bekend

Praktijktoepassing

concept-projectplan

Overdraagbaarheid

Nog niet, gezien de ontwikkelfase van het project

Toepasbaarheid elders

idem.

Structurele inbedding

Idem

5. Polikliniek en skills lab binnen Medische dienst (GGZ Eindhoven)

Beschrijving van de innovatie

De in januari 2006 te starten diabetespoli biedt binnen het tijdsbestek van één dag de klinische GGZ-cliënten medisch-somatisch onderzoek en behandeling binnen de GGZ (Medische dienst). Het betreffende team is multidisciplinair (onder meer diëtiste, pedicure, huisarts, internist). Voorafgaand aan de start van de poli zijn het afgelopen jaar de klinische patiënten gescreend op diabetes.

Het skillslab draait één jaar binnen de medische dienst en biedt verpleegkundigen de mogelijkheid medisch-verpleegkundige handelingen te leren. Deze faciliteit wordt uitgebreid naar artsen en sociaal-pedagogische hulpverleners.

Meerwaarde

De meerwaarde van de medische dienst in het algemeen is geëvalueerd vanuit het cliëntenbelangenbureau. Het skillslab en de polikliniek zijn nog niet geëvalueerd.

Registratie

De bevindingen worden gemonitord en geregistreerd binnen de disciplines.

Cliëntenparticipatie

Nee, wel heeft het cliëntenbelangenbureau de zorg geëvalueerd, hetgeen resulteerde in een aanbevelingen die in een document zijn vastgelegd. Betere cliëntparticipatie is in voorbereiding.

Kosteneffectiviteit

Niet bekend.

Praktijktoepassing

De polikliniek en het skillslab zijn nog niet geëvalueerd. Beschrijvingen zijn beschikbaar.

Overdraagbaarheid

Mogelijk gezien de beschrijvingen en benodigde disciplines.

Overdraagbaarheid

Niet bekend.

Toepasbaarheid elders

Mogelijk gezien de beschrijvingen en benodigde disciplines.

Structurele inbedding

Ja, het skillslab is ingebed in de Medische dienst. Voor de medische dienst zal hetzelfde gelden.

6. Disease management schizofrenie. Uitvoerige jaarlijkse beoordeling inclusief lichamelijk onderzoek (GGZ Noord-Drenthe)

Beschrijving van de innovatie

Disease management schizofrenie: organisatorisch raamwerk van jaarlijkse evaluaties van systematisch verzamelde patiëntoordelen van een specifieke populatie gedurende het gehele ziekteproces ten behoeve van de ontwikkeling van een optimale ketenzorg. Uitgangspunt bij disease management is vraaggerichte en vraaggestuurde transmurale zorg waarbij sprake is van flexibele inzet van interventies, toegankelijkheid en continuïteit van zorg (preventie, vroegdiagnostiek, behandeling (na)zorg, revalidatie en rehabilitatie). Uitvoerige jaarlijkse beoordeling van elke cliënt die in zorg is bij het Psychoseircuit (lichamelijk onderzoek, interviews en scoring door getrainde verpleegkundigen), bespreking door behandelaar met cliënt en borging in behandelplan. Tegelijkertijd wordt een databank aangelegd.

Meerwaarde

Algemeen is bekend van disease management: Effectievere zorg, grotere tevredenheid met de zorg, kwaliteit van leven en kosteneffectiviteit.

Wat betreft de jaarlijkse beoordeling: Van 298 van de 472 volwassenen werd een volledig lichamelijk onderzoek en scoreformulier verkregen. Van 118 mensen alleen een scoreformulier, van 56 geen gegevens. 28% van de 298 patiënten bleek, in veel gevallen niet onderkende, lichamelijke gezondheidsrisicofactoren te hebben met een verhoogd risico voor hart- en vaatziekten in de vorm van een metabool syndroom.

Registratie

Registratie vindt plaats ten behoeve van individuele cliënt en voor de databank.

Cliëntenparticipatie

Nee; ze verlenen toestemming.

Kosteneffectiviteit

Vermoedelijk (niet gedocumenteerd).

Praktijktoepassing

Middels verscheidene notities en monitoring via gestandaardiseerd formulier.

Overdraagbaarheid

ja; uitstraling naar landelijke samenwerking binnen GROUP Geestkracht, Doorbraakproject Schizofrenie, richtlijn somatische screening in ontwikkeling van Kenniscentrum Schizofrenie ism GROUP, en anderen.

Toepasbaarheid elders

Zie hierboven.

Structurele inbedding

Ja geheel ingebed.

7. Somatisch team, (plannen voor) metabole polikliniek (GGZ Noord-Holland Noord)

Beschrijving van de innovatie

Somatisch team: Er zijn naast huisartsen ook een internist en een neuroloog op uurbasis verbonden aan GGZ-NHN, in eerste instantie voor de klinisch opgenomen patiënten van het APZ, maar op indicatie kan de internist en neuroloog geconsulteerd worden voor ambulante patiënten. Dit betreft vooral diagnostiek (bijv. co-morbiditeit, of somatische oorzaken/aspecten van psychiatrische ziekten; verder ook controle's bij lithiumgebruik; en soms ook behandeling (bijvoorbeeld diabetes mellitus). Het is de bedoeling een 'metabole polikliniek' op te richten om de klinische en ambulante patiënten van het circuit voor langdurige zorg te screenen en voor behandeling te verwijzen, dan wel in bijzondere gevallen zelf te behandelen.

Meerwaarde

Geen metingen beschikbaar. De somatische specialisten lijken een belangrijke rol te vervullen door hun speciale expertise op het grensgebied tussen psychiatrie en somatiek en ook door het beheersen van de nodige attitude (geduld en tijd) om bij de doelpopulatie tot goede diagnostiek en behandeling te komen. De ervaring leert dat dat in de 'normale' somatische gezondheidszorg niet goed mogelijk is.

Registratie

De cliënten die lithium gebruiken of lijden aan diabetes worden gemonitord en de parameters worden gedocumenteerd.

Cliëntenparticipatie

Nee

Kosteneffectiviteit

Niet bekend.

Praktijktoepping

Geen pilotgegevens.

Overdraagbaarheid

Nog geen beschrijvingen beschikbaar.

Toepasbaarheid elders

Zie hierboven.

Structurele inbedding

Het somatische team is al langere tijd structureel ingebed; de polikliniek is nog niet in werking.

8. Psychiatrie Plus: Speciale verblijfsafdeling in verpleeghuis (GGZ Nijmegen)

Beschrijving van de innovatie

GGZ Nijmegen heeft ruim een jaar geleden in samenwerking met verpleeghuis Joachim en Anna een afdeling opgezet voor chronisch psychiatrische patiënten (volwassenen inclusief ouderen) met zo veel somatische co-morbiditeit dat de somatische zorg de mogelijkheden van de reguliere GGZ te boven gaat.

Meerwaarde

Ja, er is een evaluatienotitie, oa met gegevens voor het zorgkantoor (cliëntstromen, wachtlijsten, cliënttevredenheid, emotionele belasting en tevredenheid personeel, probleemgedrag en psychiatrisch gedrag). De bevindingen zijn positief. Belangrijke meerwaarde lijkt te zijn dat cliënten nu niet meer 'heen en weer' schuiven tussen het verpleeghuis en de GGZ en dat zowel de psychiatrische als de somatische zorg passen bij de zorgvragen van de cliënt.

Registratie

Ja, de resultaten zijn verwerkt in een evaluatienotitie.

Cliëntenparticipatie

Nee

Kosteneffectiviteit

Nog niet gemeten.

Het project lijkt wel kosteneffectief: Voor de start van deze afdeling ontspoorde deze cliënten vaker op somatisch vlak, waardoor deze cliënten vaker werden opgenomen in het ziekenhuis, wat hoge kosten met zich meebrengt.

Praktijktoepping

Psychiatrie Plus is het eerste jaar positief geëvalueerd. Het project heeft nog steeds een projectstatus. Deze is met een jaar verlengd, omdat de zorgzwaartefinanciering een jaar uitgesteld is. Het is de bedoeling om binnen de zorgzwaartefinanciering dit project om te zetten naar een regulier zorgaanbod.

Overdraagbaarheid

Ja, het project is in een notitie uitgewerkt. De benodigde expertise is in Nederland beschikbaar. Financiering kan binnen de zorgzwaartefinanciering.

Toepasbaarheid elders

Mogelijk

Structurele inbedding

Nog niet. Er is sprake van een projectstatus, waarvoor in eerste instantie voor 16 maanden, maar nu met een jaar verlengd, extra budget beschikbaar is gesteld door het zorgkantoor.

Het is wel de bedoeling dat deze afdeling regulier gefinancierd gaat worden binnen de zorgzwaartefinanciering.

4. Prioriteiten

Alle geraadpleegde experts en de projectleiders van de beschreven zorgpraktijken gaven aan dat somatische co-morbiditeit bij GGZ-cliënten meer aandacht verdient.

Uit de projectbeschrijvingen blijkt dat het accent ligt op de screening van cliënten van de langdurende zorg op somatische klachten en stoornissen. Het effect van een screening staat of valt met een goed onderzoeksinstrumentarium en een inbedding (via bijvoorbeeld een disease management, zorgprogramma's of binnen een polikliniek) in de reguliere zorgtrajecten.

De projectleiders van de beschreven projecten onderstreepten het belang van diagnostiek en behandeling van somatische problematiek bij GGZ-cliënten. Indirect komt daarbij het belang van professionele deskundigheid naar voren. Verschillende projecten zetten in op verpleegkundigen als sleuteldiscipline bij deze zorgpraktijken. Ook het belang van een goed samenwerkend multidisciplinair team heeft hoge prioriteit. De 'screeners' zullen bovendien goed moeten samenwerken met de zorgafdelingen. Eén projectleider (Psychiatrie Plus) benadrukte de belangen van de cliënten in een woonomgeving waar gedragsproblemen van medebewoners de kwaliteit van leven sterk (negatief) kunnen beïnvloeden.

5. Tot slot

Via databanken, internetsites en sleutelfiguren werden innovatieve zorgpraktijken gezocht voor GGZ-cliënten met somatische co-morbiditeit in de langdurende zorg. Deze snelle zoektocht leverde in eerste instantie zestien en na strikte toepassing van de inclusiecriteria acht zorgpraktijken op. De praktijken verschillen onderling sterk in de mate waarin ze zijn uitgewerkt en geëvalueerd. Op de keper beschouwd zijn slechts drie 'best practices' goed onderbouwd en in een pilotproject geëvalueerd:

1. Screening van cliënten met een chronisch psychiatrische stoornis (Delta Psychiatrisch Centrum, Poortugaal);
2. Disease management schizofrenie. Uitvoerige jaarlijkse beoordeling inclusief lichamelijk onderzoek (GGZ Noord-Drenthe)
3. Psychiatrie Plus: Speciale verblijfsafdeling binnen verpleeghuis (GGZ Nijmegen)

De meeste projecten betreffen een vorm van screening of monitor/lichamelijk onderzoek. Dit is niet verwonderlijk gezien de aanwijzingen die de GGZ enkele jaren geleden hiertoe kreeg vanuit haar brancheorganisatie. De voorzieningen voor somatisch onderzoek en behandeling (polikliniek) sluiten hier op aan. Eén project is gericht op een verblijfsafdeling (Psychiatrie Plus).

Het aantal van drie 'best practices' lijkt bescheiden, maar verdient enige nuancering. In de eerste plaats gaat het hier om een snelle zoektocht en het is niet helemaal uit te sluiten dat een innovatieve zorgpraktijk is gemist. Enkele zorginstellingen retourneerden de toegezonden inventarisatie niet. Anderen waren in de relatief korte dataverzamelingsperiode niet goed te bereiken. Overigens vormt de gehanteerde zoekmethode een breed vangnet waarmee de belangrijkste 'spelers' waarschijnlijk wel zijn vastgesteld. De GGZ-sector langdurende zorg is goed georganiseerd en er wordt op allerlei vlakken samengewerkt tussen de instellingen (platforms, kenniscentra, multi-site studies). Men 'weet' dus van elkaar 'wat er speelt'.

Een tweede nuancering betreft het oordeel over wat innovatief is. In deze inventarisatie hebben we de medische diensten niet geïnccludeerd tenzij zij innovatieve zorg bieden (GGZ Eindhoven) omdat het gaat om praktijken die al langer bestaan. Deze diensten kunnen echter wel degelijk een belangrijke voorziening vormen voor GGZ-cliënten met een co-morbide somatische aandoening.

Verder is het goed hier te vermelden dat verschillende algemene ziekenhuizen beschikken over medisch-psychiatrische diensten die hun patiënten psychiatrische en somatische zorg bieden. Hier kunnen GGZ-cliënten soms ook terecht.

Het bescheiden aantal best practices is geen aanleiding tot pessimisme voor de toekomst. Bij de grote meerderheid van de benaderde instellingen staat het onderwerp somatische co-morbiditeit hoog op de beleid- en praktijkagenda. Verschillende professionals en andere deskundigen zeiden blij te zijn met de toenemende aandacht voor de problematiek van GGZ en somatische co-morbiditeit. Volgens hen heeft deze problematiek jarenlang veel te laag op de beleidsagenda gestaan.

De prioriteit van de geraadpleegde deskundigen ligt momenteel vooral bij het ontwikkelen van goede screeningsmethoden om somatische co-morbiditeit vast te leggen. Deze screening moet ingebed zijn in een samenhangende zorgorganisatie (zorgprogramma, disease management) en gedragen worden door een goed getraind multidisciplinair team. Het is dan ook te verwachten dat de in dit rapport beschreven vernieuwingen, zeker wat betreft het regelmatig screenen van cliënten op somatische aandoeningen, in de toekomst op grotere schaal geïmplementeerd zullen worden, zeker wanneer nadere studies naar de effecten van deze praktijken resulteren in positieve bevindingen.

Literatuur

De somatische zorg in de GGZ wordt beter, maar schiet in de separeerkamers tekort. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2004.

Gool, R. van. Lichaam en Geest Dubbel bedreigd. Risicotaxatie en vroegsignalering van somatische co-morbiditeit bij mensen met schizofrenie. Utrecht: Academie Gezondheidszorg, 2006

Kwaliteitsnormen somatische zorg in de ggz. Utrecht: GGZ Nederland, 2001

Loonen, A. Zo zijn onze manieren. Rede uitgesproken bij aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de Farmacotherapie bij chronische patiënten. Poortugaal: Stichting DeltaBouman, 2004.

Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut, onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2003.

Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos-instituut, in opdracht van Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005.

Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie. Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie. Utrecht: Trimbos-instituut, onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005.

Schoemaker, C., Ruiters, C. de (red.). Trimbos Zakboek Psychische Stoornissen. Utrecht: De Tijdstroom, 2006.

Somatische zorg in de APZ'en. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1999.

Bijlage 1

Quickscan 'best practices' voor GGZ cliënten met co-morbide somatische diagnose

Indien u de vragenlijst per computer invult, kunt u uw tekst in de tekstblokken schrijven en zo de omvang aanpassen aan het antwoord. Mocht u het schriftelijk willen invullen, dan kunt u vooraf met [enter] de nodige ruimtes voor uw antwoorden creëren. Er is voor het gemak steeds sprake van 'uw project', als samenvatting voor 'innovatie', of praktijk, instelling, of initiatief.

1. Uw naam: 0 man 0 vrouw

Naam van de organisatie waar u werkzaam bent:

2. Kunt u een korte beschrijving geven van uw project en de stand van zaken? Denk aan huidige doelstellingen, feitelijk aanbod, korte beschrijving van de doelgroep, aantal bereikte cliënten (over zekere benoemde periode). Verwijs eventueel naar schriftelijk materiaal en vul hier aan)

3. Is een meerwaarde of het effect van uw project voor cliënten gemeten of geëvalueerd?
--> Zo ja, wat waren de belangrijkste resultaten?
--> Weet u daarbij in het bijzonder iets over de mate waarin uw project bijdraagt aan de kwaliteit van leven van deelnemers?
--> Wat vindt u zelf eventueel nog een belangrijke andere meerwaarde?

4. Wordt het effect van uw project gemeten, of is er een continue registratie en monitoring van de cliënten die er gebruik van maken (en kunt u de werkwijze kort beschrijven?)

5. Zijn cliënten betrokken geweest bij de totstandkoming van uw project en / of hebben zij inbreng in beleid en uitvoering ervan? Zo ja, Kunt u dat kort omschrijven?

6. Zijn er voldoende middelen aanwezig (denk aan: geld, arbeidstijd, apparatuur, huisvesting) om uw project te handhaven? Hoe is de financieringsstructuur? Wat gaat goed en welke belemmeringen hinderen uw project wat dit betreft?

7. Is naar uw mening uw project 'kosteneffectief', dwz dat de kosten niet hoger zijn dan de gezondheidswinst die geboekt wordt bij cliënten? (lastige vraag; geef zo mogelijk grove schatting)

- 0 Nee
- 0 Ja
- 0 Twijfel

Eventuele toelichting:

8. Heeft de organisatie (denk aan: bedrijfsvoering, kwaliteitsbeleid, regelvoering, samenwerkingsrelaties) uw project structureel ingevoerd of verankerd in de organisatie? (kunt u ook succesfactoren in dit verband benoemen en mogelijke factoren die voortgang en bestaan bedreigen?)

9. Is er een inhoudelijke, redelijk actuele, beschrijving van uw project en werkwijze die duidelijk en toegankelijk is voor anderen? (Indien mogelijk deze meesturen dan wel verwijzen naar een website).

10. Is er informatie beschikbaar over de methode die toegepast is of dient te worden om uw project te implementeren? (indien aanwezig graag verwijzing naar bron of publicatie)

11. Heeft er al implementatie van uw project buiten de eigen organisatie/instelling plaatsgevonden? Zo ja, binnen of buiten de eigen sector en in welke organisaties/instellingen? Zo nee, denkt u dat uw project hier wel geschikt voor zou zijn? Denk ook aan samenwerkingsverbanden.

12. Denkt u dat uw project zich leent voor een invoering elders in Nederland, binnen maar eventueel ook buiten de eigen sector? Kunt u dit kort toelichten. Zo ja, wat zijn voorwaarden daarbij?

13. Alles overziend, welke prioriteiten ziet u voor uw project en vergelijkbare projecten in de toekomst?

14. Welke publicaties zijn beschikbaar (graag vindplaats aangeven)

--

15. Wilt u op de hoogte worden gehouden van het vervolg?

nee

ja, graag op dit mailadres: _____

ja, graag op andere wijze, namelijk _____

Hartelijk dank voor uw medewerking!

U kun de vragenlijst op drie manieren retourneren:

- per mail csmits@trimbos.nl

- per fax: 030-297 1111

- per post:

Trimbos-instituut
t.a.v. C. Smits
Postbus 725
3500 AS Utrecht