

Frans Smits

huisarts niet-praktiserend en
bestuurslid Huisartsenkring
Amsterdam/Almere (HKA)

Christa Aberson

huisarts gezondheidscentrum
Venserpolder, Amsterdam
beiden namens de werkgroep GGZ
LHV-HKA

PSYCHIATRISCH EN VERSTANDELIJK ZEER BEPERKTE PATIËNTEN:

De vergeten risicogroep voor hart- en vaatziekten

Mensen met een ernstige psychische aandoening of verstandelijke beperking hebben een verhoogd risico op onder meer hart- en vaatziekten, maar juist deze doelgroep wordt over het hoofd gezien. De werkgroep GGZ van de Huisartsenkring Amsterdam-Almere wil hier wat aan doen.

Patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen – bijvoorbeeld recidiverende psychose of bipolaire stoornis – en forse verstandelijke beperkingen (EPA) hebben meer en eerder comorbide lichamelijke aandoeningen en overlijden eerder. Toch krijgen zij minder (preventieve) somatische zorg.

De prevalentie van EPA-patiënten wordt geschat op 1,3 tot 1,7 procent.¹ Dat betekent dat een normpraktijk ongeveer 26 tot 34 EPA-patiënten kent. Maar de huisartsenzorg en de samenwerking tussen psychiatrie en somatische zorg (huisarts en somatisch specialist) voor deze patiënten schieten nu tekort. De werkgroep GGZ van de Huisartsenkring Amsterdam-Almere vindt dat dat beter kan en roept huisartsen, psychiaters en specialisten op om de gezondheidsachterstand van deze patiënten

serieuzer te nemen, beter samen te werken en meer gerichte preventie en behandeling in te zetten. EPA-patiënten moeten ook als groep opgenomen worden in de standaard Cardiovasculair risicomanagement, inclusief financiering.

Wal en schip

De gezondheidsproblemen van EPA-patiënten zijn dikwijls een gevolg van leefstijlgerelateerde risicofactoren, sociaal-economische determinanten en bijwerkingen van medicatie (zie tabel). EPA-patiënten roken bijvoorbeeld zo'n drie keer meer dan de gemiddelde bevolking, maar programmatische aanpak van rookverslaving vindt nauwelijks plaats. En de diverse vormen van primaire en secundaire preventieve zorg, zoals interventies ter verbetering van de leefstijl, bevolkingsonderzoeken voor

mammacarcinoom en darmkanker, 'landen' slechter bij EPA-patiënten dan bij de algemene bevolking. In tegenstelling tot wat veel artsen veronderstellen, willen EPA-patiënten net zo vaak stoppen met roken, maar zij zijn ernstiger verslaafd en anticiperen meer op problemen bij stoppogingen.² Er is voor deze groep een statistisch verband aangetoond tussen stoppen met roken enerzijds en een betere geestelijke gezondheidstoestand en minder gebruik van medicatie anderzijds. Bovendien veroorzaken bepaalde anti-psychotica gewichtstoename en obesitas. Gebruikers van deze medicatie lopen daarmee een groter risico op diabetes en hart- en vaatziekten. Samen met een hoger

Prevalentie en risicofactoren

Beïnvloedbare risicofactor	Schizofrenie		Bipolaire aandoening	
	Prevalentie (%)	RR*	Prevalentie (%)	RR
Obesitas	45-55	1,5-2	21-49	1-2
Roken	50-80	2-3	54-68	2-3
Diabetes	10-15	2	8-17	1,5-2
Hypertensie	19-58	2-3	35-61	2-3
Dyslipidemie	25-69	5	23-38	3
Metaboolsyndroom	37-63	2-3	30-49	1,5-2

Geschatte prevalentie en relatief risico van beïnvloedbare risicofactoren bij patiënten met schizofrenie en een bipolaire aandoening vergeleken met de algemene populatie.³

*RR: relatief risico.



FLIP FRANSEN/HH

EPA-patiënten roken zo'n drie keer meer dan de gemiddelde bevolking, maar programmatische aanpak van rookverslaving vindt nauwelijks plaats.

suïciderisico, meer alcoholgebruik en andere risicofactoren die verband houden met leefstijl, draagt dit bij tot een fors verlaagde levensverwachting, van vijftien tot twintig jaar.³

De belangrijkste doodsoorzaak van EPA-patiënten betreft hart- en vaatziekten.⁴ Toch worden deze patiënten onvoldoende systematisch somatisch gevolgd en, waar nodig, behandeld. De psychiater richt zich op het psychisch welbevinden en de bijwerkingen van de medicatie; de huisarts ziet EPA niet als een cardiovasculaire risicogroep, roept hen niet jaarlijks op en reageert meestal alleen reactief op vragen van de patiënt. EPA-patiënten dreigen zo tussen wal en schip te vallen.

Richtlijnen

Internationale diabetesrichtlijnen includeren EPA-patiënten en ook de internationale richtlijnen in de psychiatrie schrijven jaarlijkse somatische screening van deze patiënten voor.⁵ Maar in ons land ontbreken duidelijke afspraken tussen psychiatrie en huisartsen over wie wat doet en worden EPA-patiënten niet als doelgroep genoemd in de NHG-Standaarden Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) en Diabetes mellitus. (Preventieve) screening van EPA-patiënten wordt op dit moment door de zorgverzekeraars niet vanuit de vergoedingen voor programmatische zorg (het S2-segment) gehonoreerd.

Brits onderzoek heeft aangetoond dat de huidige CVRM-risicoscores het risico van EPA-patiënten onderschat en dat een nieuwe risicoscore, de Primrose-risicoscore, zelfs zonder kennis van de lipidenwaarden, beter schat of voorschrijven van statines en CVRM-preventie zinvol is.⁶ Validatieonderzoek van de Primrose-risicoscore is nodig voor we deze in Nederland zouden kunnen invoeren. Maar, aangezien deze patiëntengroep een (sterk) verhoogd risico op (hart- en vaat)ziekten en diabetes

heeft, is dit nu al een groep om vooral *nét* te vergeten in het kader van een goed CVRM-beleid in de huisartsenpraktijk.

Betere afstemming

Tot voor kort was de begeleiding van min of meer stabiele EPA-patiënten de taak van de ggz. Maar door budgetproblemen worden stabiele patiënten steeds vaker en 'sluipend' terugverwezen naar de huisarts/POH-ggz en de wijkteams, zonder dat er duidelijke afspraken zijn over wie wat het best kan doen. Dit leidt tot onduidelijkheden en zorgtekorten. Betere afstemming tussen huisarts en ggz-behandelaar over de somatische en CVRM-zorg van deze patiënten is van groot belang.

In 2014 is er in Amsterdam overleg gestart tussen huisartsen en ggz (de 'EPA-taskforce') met als speerpunt het verbeteren van de gezondheid en de somatische zorg voor de EPA-patiënten. Een van de concrete doelstellingen luidde: 'heldere afspraken tussen specialistische ggz, basis-ggz en huisartsen over de verantwoordelijkheid voor de somatische screening op cliëntniveau'. De verwachting was dat hiermee een groter deel van de EPA-groep onder regie/behandeling van de huisarts zou komen en dat de rol van de huisarts bij het somatisch screenen en het begeleiden van EPA-cliënten, belangrijker zou worden. Maar ondanks veel

Duidelijke afspraken tussen psychiatrie en huisartsen ontbreken

inspanningen en goede wil, hebben de betrokken partijen nog weinig concrete vooruitgang bereikt en is het nog steeds zo dat EPA-patiënten:

- vaak onvoldoende in beeld zijn bij de huisarts door zorgmijdend gedrag,
- niet structureel de gewenste somatische zorg krijgen (vaak door gebrek aan afstemming met de psychiatrie),
- niet altijd goed overgedragen worden vanuit de ggz naar de huisarts bij afsluiten van of wijzigingen in de behandeling (in de ontslagbrief ontbreekt vaak een duidelijk zorgplan met een controle- en behandeladvies).

Gezamenlijk zorgplan

De LHV-Huisartsenkring Amsterdam-Almere vindt het huidige therapeutische nihilisme niet op zijn plaats. De Kring heeft daarom het advies van de werkgroep GGZ overgenomen om te komen tot richtlijnen voor de huisarts en – met verhoogde inspanning – tot betere afspraken met de psychiatrie.

Voor elke EPA-patiënt zou ons inziens een gezamenlijk zorgplan moeten worden vastgesteld. Dit zou moeten bevatten:

- (hoofd)diagnose, psychiatrische comorbiditeit en psychiatrische medicatie,
- (eventuele) somatische problemen en medicatie; relevante (lab) uitslagen,
- vervolgbeleid psychiatrisch en
- vervolgbeleid somatisch: welke controles zijn nodig? CVRM-zorg geïndiceerd? Welke controles doet de psychiater en welke de huisarts/POH-ggz en POH-somatisch?,
- samenwerkingsafspraken; mogelijke acties bij escalatie of crisis; contactpersonen,
- sociaal-maatschappelijke situatie; benoemen van de zelfredzaamheid en (eventueel) zorgmijdend gedrag; huisvesting, financiën en dergelijke.

Wat betreft de CVRM-richtlijn roepen wij het NHG op om EPA-patiënten als groep op te nemen in de standaard Cardiovasculair risicomangement, waarbij jaarlijks een cardiovasculair risicoprofiel wordt vastgesteld. Deze zorg kan dan vanuit het S2-segment gefinancierd worden.

Zorg voor EPA-patiënten betekent bijna altijd ketenzorg. Huisarts/POH-ggz en -somatisch, psychiatrie (psychiater, spv), maatschappelijke zorg en (soms) de somatische specialist zouden vaker de telefoon moeten pakken en gebruik moeten maken van een 'warme overdracht'.

De zorg voor deze risicogroep kan en moet beter. ■

contact

f.t.m.smits@chello.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

DE CHIRURG



MARTIJN MÖLLERS is werkzaam in ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten

De baan is top, de cao is flop

'Wat blinder! 5% neat minder!' Onze verpleegkundigen laten de onrust over de vastgelopen cao-onderhandelingen duidelijk blijken. Overal in het ziekenhuis hangen posters en spandoeken met krachtige Friese en Nederlandse leuzen. Teksten als 'Een kloppende cao voor een goed kloppend hart!' en '5% erbij hoeft geen moeilijke bevalling te zijn!' laten zien dat iedere afdeling haar steentje bijdraagt.

Op onze afdeling trekt Linda de kar als het om actievoeren gaat. Linda is een uitstekend verpleegkundige: een harde werker, flexibel, betrouwbaar, kundig. Bij haar staat de patiënt altijd voorop. Maar door personeelstekort is haar werkdruk steeds hoger, en dat ziet ze niet terug in haar salaris. En al is de liefde voor het vak en de patiënt nog zo groot, ook bij Linda moet de hypotheek worden betaald. 'De baan is top, de cao is flop'; na twintig jaar is Linda nog altijd trots op haar

mooie vak. Toch slaat de onzekerheid toe, zeker nu zij in de toekomst door de Wet BIG II wellicht niet meer alles mag blijven doen. 'Was ik maar nooit gaan verplegen. Niet de patiënt, maar de rest valt zo tegen', luidt haar laatste poster. Een tekst die ook mij pijn doet.

In ons ziekenhuis zijn

wij gezegend met veel meer collega's zoals Linda. Collega's zonder wie ik als chirurg mijn werk niet zou kunnen doen. Op de afdeling zijn zij mijn handen en voeten, mijn ogen en oren. Voor mij zijn goede verpleegkundigen goud waard. Hun passie en inzet zijn onbetaalbaar. Met het oog op de arbeidsmarkt moet het werk aantrekkelijk blijven, zowel inhoudelijk als financieel.

Ik hoop dan ook van harte dat er snel duidelijkheid en rust komt. Immers, om met de bekende postermaker Loesje te spreken: 'Zorgen moet je doen, niet maken.'

GOEDE
VERPLEEG-
KUNDIGEN
ZIJN GOUD
WAARD