KCE REPORT 338As

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

SOMATISCHE ZORG IN EEN PSYCHIATRISCHE SETTING





KCE REPORT 338As
HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

SOMATISCHE ZORG IN EEN PSYCHIATRISCHE SETTING

VICKY JESPERS, WENDY CHRISTIAENS, LAURENCE KOHN, ISABELLE SAVOYE, PATRIEK MISTIAEN

2021 www.kce.fgov.be

VOORWOORD

Mensen met een psychiatrische aandoening zoals schizofrenie, psychotische aandoeningen, bipolaire stoornissen of ernstige depressies, overlijden veel vroeger dan de algemene bevolking. De cijfers lopen uiteen, maar het verschil bedraagt steeds meer dan 10 levensjaren, ook in Westerse landen. Vast staat dat ongeveer 60% van deze oversterfte te wijten is aan somatische aandoeningen, waarvan een groot deel te voorkomen is omdat ze gerelateerd zijn aan levensstijl zoals weinig beweging, of aan neveneffecten van psychiatrische medicatie.

Maar de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) benadrukte in 2017 dat naast individuele factoren zoals levensstijl ook de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen met een psychiatrische aandoening in vele landen een probleem is, naast sociale factoren als stigma en gebrek aan sociale steun. De WGO riep op om al deze facetten samen aan te pakken, en stelde het ambitieuze doel voorop om de voortijdige sterfte van deze mensen tegen 2030 met één derde te verminderen.

Er bestaan al heel wat internationale richtlijnen die verband houden met de somatische gezondheid van mensen met een psychiatrische aandoening. In dit rapport wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste, zodat de zorgprofessionals hiermee aan de slag kunnen gaan. Maar we stelden ons ook de vraag wat maakt dat ook in ons land een dergelijke belangrijke gezondheidskloof kan bestaan. Waarom immers worden de bestaande richtlijnen onvoldoende toegepast? Wat zijn concrete barrières of belemmeringen die de zorgprofessionals ervaren? Wat zijn eventuele faciliterende elementen? Hoe kijken de patiënten zelf tegen dit probleem aan? Wat zouden oplossingen kunnen zijn?

We kregen voor dit rapport heel wat input van werkgroepen van zorgprofessionals die zich al gebogen hadden over dit onderwerp, en van patiëntenverenigingen. Ook heel wat andere experten en stakeholders waren bereid om aan dit rapport mee te werken, en hun licht te laten schijnen op dit probleem. Wij willen hen van harte danken voor hun inbreng.

Reeds in 1966 benoemden de Verenigde Naties in Artikel 12 van het *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* het “recht op gezondheid” voor iedereen. Voor mensen met een psychiatrische aandoening is er nog een lange weg af te leggen eer zij van dezelfde gezondheid zullen kunnen genieten als anderen en eer hun algemene en psychiatrische kwetsbaarheid op een holistische manier zullen benaderd worden. Wij hopen dat dit rapport een bijdrage kan leveren aan het wegwerken van deze ongelijkheid.

Christophe JANSSENS

Adjunct Algemeen Directeur a.i.

Marijke EYSSEN

Algemeen Directeur a.i.

SYNTHESE

INHOUDSTAFEL

■ **VOORWOORD** **1**
■ **SYNTHESE** **2**
1. INLEIDING **5**
1.1. EEN ZORGWEKKEND PROBLEEM VOOR DE VOLKSGEZONDHEID 5
1.2. DOEL VAN DEZE STUDIE 6
1.3. METHODOLOGIE 6
2. PREVALENTIE VAN SOMATISCHE AANDOENINGEN BIJ PERSONEN MET EEN PSYCHIATRISCHE AANDOENING **7**
2.1. CIJFERS UIT DE INTERNATIONALE LITERATUUR 7
2.2. CIJFERS VOOR BELGIË 7
3. DE ORGANISATIE VAN SOMATISCHE ZORG **8**
3.1. PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN (PZ) 9
3.2. PSYCHIATRISCHE AFDELINGEN IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (PAAZ) 10
3.3. PSYCHIATRISCHE VERZORGINGSTEHUIZEN (PVT) 11
3.4. INITIATIEVEN BESCHUT WONEN (IBW) 12
4. WAT ZEGGEN DE RICHTLIJNEN? **13**
4.1. BELGIË 13
4.2. INTERNATIONAAL 13
4.3. ELEMENTEN DIE DEEL KUNNEN UITMAKEN VAN EEN PLAN VAN AANPAK VOOR DE SOMATISCHE GEZONDHEID 14
5. GEÏDENTIFICEERDE KNELPUNTEN EN FACILITERENDE FACTOREN **16**
5.1. METHODOLOGIE 16

5.2. EEN HOLISTISCHE BENADERING MET RESPECT VOOR DE PATIËNT EN DE ZORGVERLENERS 16
5.3. TOEGANG TOT SOMATISCHE ZORG 17
5.3.1. Vooroordelen en gebrek aan kennis 17
5.3.2. Niet coherente en onvoldoende financiering 18
5.3.3. Tijdgebrek en logistieke problemen 19
5.3.4. Problemen met toegang tot geneesmiddelen 19
5.4. KWALITEIT VAN SOMATISCHE ZORG 20
5.4.1. Opnameconsultatie 20
5.4.2. Opstart van de behandeling en zorgplan 21
5.4.3. Tijdens de opname 21
5.4.4. Preventie en gezondheidspromotie 22
5.4.5. Opleiding van het personeel 22
5.5. COÖRDINATIE VAN DE ZORG 22
5.5.1. Communicatie tussen zorgverleners en zorgcontinuïteit 22
5.5.2. Communicatie met de patiënt 23
6. SUGGESTIES VOOR VERBETERING VAN DE SOMATISCHE ZORG BIJ PERSONEN MET EEN PSYCHIATRISCHE AANDOENING 24
6.1. NAAR EEN HOLISTISCHE, GEÏNTEGREERDE EN RESPECTVOLLE BENADERING VAN PERSONEN MET EEN PSYCHIATRISCHE AANDOENING 24
6.1.1. Een behandelings- en nazorgplan voor elke patiënt, opgesteld in samenspraak 24
6.1.2. Een behandelings- en nazorgplan gebaseerd op de internationale richtlijnen en aangepast aan de Belgische context 25
6.2. TOEGANG TOT DE SOMATISCHE ZORG 25

6.3. COÖRDINATIE VAN SOMATISCHE ZORGEN, SAMENWERKING TUSSEN ZORGVERLENERS EN CONTINUÏTEIT VAN DE ZORG 26
6.4. GEGEVENSVERZAMELING EN KWALITEITSINDICATOREN 27
6.5. VERDER ONDERZOEK 28
■ **AANBEVELINGEN 29**
■ **REFERENTIES 35**

1. INLEIDING

1.1. Een zorgwekkend probleem voor de volksgezondheid

De (lichamelijke) gezondheid van personen met een psychiatrische aandoening baart al jarenlang zorgen. De levensverwachting ligt 13 tot 30 jaar lager dan die van de algemene bevolking. We weten dat 50% van de oversterfte te wijten is aan cardiovasculaire en metabole complicaties die veroorzaakt worden door de voorgeschreven psychiatrische medicatie. Bijkomende risicofactoren zijn frequent aanwezig: roken, weinig beweging, een onevenwichtig voedingspatroon, alcoholgebruik, slaapgebrek enz. Andere somatische aandoeningen die vaak voorkomen zijn epilepsie, leveraandoeningen, chronische bronchitis en astma.

Daarenboven weten we ook dat personen met een psychiatrische aandoening niet alleen een groter risico lopen op somatische aandoeningen, maar dat hun toegang tot de gezondheidszorg ook beperkter is dan die van de algemene bevolking. Al deze factoren dragen bij tot een vermindering van de levenskwaliteit van deze groep mensen, die de (ook economische) gevolgen van hun slechte lichamelijke gezondheid moeten dragen, naast het mentale leed dat hun ziekte met zich meebrengt.

In 2017 vroeg de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) om op alle niveaus inspanningen te leveren om de gezondheid en de levenskwaliteit van personen met een psychiatrische aandoening te verbeteren. Het doel is om tegen 2030 de vroegtijdige sterfte met 1/3 te verminderen.[1,2]

Ook in België houdt deze vraag ons al meer dan een decennium bezig. In 2004 werden tijdens een consensusvergadering aanbevelingen vastgelegd voor de aanpak van de bijwerkingen van antipsychotica.[3] Zo kregen verpleegkundigen, psychiaters, apothekers en huisartsen tools aangereikt om de opvolging hiervan te vergemakkelijken.[4-12]

Desondanks blijft de somatische zorg voor deze patiënten suboptimaal, en verschillende stakeholders hebben het KCE dan ook gevraagd zich over deze kwestie te buigen.

Verduidelijking van de gebruikte woordenschat

In het Engelstalig rapport waar deze synthese op gebaseerd is, gebruikt men de uitdrukking "*person with a severe mental illness"* ("persoon met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA)"). Dat is de term waarmee men in de internationale wetenschappelijke literatuur personen omschrijft met aandoeningen zoals schizofrenie, psychotische aandoeningen, bipolaire stoornissen en ernstige depressies.

Vanuit het perspectief van de patiënt wordt deze term echter als onjuist beschouwd, omdat het zo lijkt alsof ze "ernstig ziek" zijn, wat een negatieve connotatie heeft. Daarom gebruiken we in deze synthese de uitdrukking "persoon met een psychiatrische aandoening", om de wens van de desbetreffende patiënten te respecteren.

Tenslotte bedoelen we met “somatische artsen” de huisartsen en specialisten die geen psychiaters zijn. Paradoxaal genoeg bestendigt dit een dichotomie tussen geestelijke en somatische gezondheid die wij trachten te bestrijden, maar het is een pragmatische oplossing om lange perifrases te vermijden. Evenzo maken wij een onderscheid tussen "huisartsen" en "specialisten", hoewel wij ons er terdege van bewust zijn dat de huisartsgeneeskunde ook een specialisatie is.

1.2. Doel van deze studie

Het doel van deze studie is een **beeld te schetsen van de huidige stand van zaken** van de somatische zorg aan personen met een psychiatrische aandoening in België, en te proberen **begrijpen waarom deze zorg suboptimaal is**. De onderzoeksvragen zijn:

- Wat is de prevalentie van somatische aandoeningen bij personen met een psychiatrische aandoening?
- Hoe wordt de somatische zorg voor personen met een psychiatrische aandoening in België georganiseerd en gefinancierd?
- Bestaan er richtlijnen voor somatische zorg voor personen met een psychiatrische aandoening?
- Wat zijn de obstakels die zorgverleners tegenkomen om somatische zorg te verlenen aan personen met een psychiatrische aandoening in een ziekenhuiscontext of in een psychiatrische leefomgeving?
- Wat zijn de obstakels die patiënten ervaren van somatische zorg wanneer zij in een ziekenhuiscontext of psychiatrische leefomgeving verblijven?

De studie beperkt zich tot somatische zorg in **vier specifieke zorgcontexten**: psychiatrische ziekenhuizen (PZ), psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ), psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en initiatieven beschut wonen (IBW) (voor meer duiding, en de reden tot het beperken tot deze vier settings zie hoofdstuk 3). De ambulante zorg en de huisartsengeneeskunde wordt in deze studie enkel meegenomen in het kader van de bovenvermelde zorgcontexten (opvolging na ontslag, liaison, enz.).

Onder somatische gezondheidszorg verstaan we preventie, screening, behandeling en gezondheidspromotie. Zorg aan kinderen en zorg in forensisch psychiatrische zorg valt niet binnen het bereik van deze studie.

1.3. Methodologie

De prevalentie van somatische aandoeningen in België werd geschat op basis van de meest recente minimale psychiatrische gegevens (MPG); er werd ook grondig naar de cijfers in de internationale literatuur gekeken.

Een literatuurstudie werd uitgevoerd om de bestaande richtlijnen voor somatische zorg aan personen met een psychiatrische aandoening te identificeren.

We hebben informatie over de perceptie en de ervaringen van patiënten en zorgverleners ingezameld door middel van een kwalitatieve studie aan de hand van individuele interviews en focusgroepen.

Om na te gaan hoe de somatische zorg in een psychiatrische context georganiseerd en gefinancierd wordt, hebben we verschillende documenten geanalyseerd en meerdere stakeholders geconsulteerd.

We hebben experts en stakeholders gevraagd om feedback te geven of te reageren tijdens het onderzoeksproces, via e-mail of teleconferentie (de studie werd voornamelijk uitgevoerd tijdens de COVID-19-pandemie). De namen van deze experts en stakeholders vindt u in het colofon van de synthese. Alle details van de methodologie zijn beschreven in de overeenkomstige hoofdstukken van het wetenschappelijk rapport in het Engels.

2. PREVALENTIE VAN SOMATISCHE AANDOENINGEN BIJ PERSONEN MET EEN PSYCHIATRISCHE AANDOENING

2.1. Cijfers uit de internationale literatuur

Een psychiatrische aandoening is op zichzelf een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van diverse somatische gezondheidsproblemen. De internationale literatuur over dit onderwerp is erg uitgebreid en is samengevat in Hoofdstuk 2.1 van het wetenschappelijk rapport. Cardiovasculaire en aanverwante aandoeningen staan bovenaan de lijst: één patiënt op drie heeft hypertensie, obesitas, of het metabool syndroom (een combinatie van een verhoogd cholesterolgehalte, hoge bloeddruk, overgewicht vooral bij de buik, en een hoge bloedsuikerspiegel), alle drie belangrijke cardiovasculaire risicofactoren.[13] Gemiddeld één psychiatrische patiënt op tien ontwikkelt diabetes, nog een cardiovasculaire risicofactor. Vergeleken met de algemene bevolking zijn deze risico's verhoogd. Dit wordt veroorzaakt door een gebrek aan lichaamsbeweging, een onevenwichtig voedingspatroon, roken, en de bijwerkingen van psychiatrische medicatie waarvan bekend is dat ze gewichtstoename en diabetes veroorzaken.[13]

Roken, een onevenwichtig voedingspatroon en een gebrek aan lichaamsbeweging zijn ook risicofactoren voor het ontwikkelen van kanker, maar personen met een psychiatrische aandoening lijken niet vaker door kanker getroffen te worden dan de algemene bevolking.

Er zijn nog een aantal andere aandoeningen die vaker voorkomen bij personen met een psychiatrische aandoening, namelijk osteoporose (13% van de patiënten in een studie over schizofrenie)[14], astma en chronische obstructieve longziekten (9% in een studie in het VS)[15] en sommige overdraagbare aandoeningen (hepatitis B 16%, hepatitis C 7%)[16].

Niet alleen komen deze somatische aandoeningen vaker voor bij personen met een psychiatrische aandoening, deze personen hebben ook meer kans om aan meer dan één van deze aandoeningen te lijden.[17-21] Deze multimorbiditeit lijkt twee keer zo vaak voor te komen bij personen met een psychiatrische aandoening dan bij de algemene bevolking (84% van de patiënten die met een psychiatrisch probleem of een ziekte gerelateerd aan drugsgebruik in het ziekenhuis worden opgenomen, hebben twee of meer somatische aandoeningen tegenover 42% van de patiënten die met een primaire somatische diagnose worden opgenomen).[22] De multimorbiditeit veroorzaakt een verhoogde ziektelast, significant meer chronische aandoeningen in deze populatiegroep en verlaagt als gevolg ook de levensverwachting. Multimorbiditeit betekent bovendien een belangrijke economische last voor de patiënt en de maatschappij.

Personen met een psychiatrische aandoening zijn slechter bedeeld wat betreft preventieve maatregelen die gericht zijn op de gehele bevolking (kankerscreening, vaccinaties, enz.). Tot slot spelen er bij hen ook vaker sociale risicofactoren mee, zoals armoede, werkloosheid, thuisloosheid en handicaps, die op hun beurt een verhoogd risico op gezondheidsproblemen met zich meebrengen.

2.2. Cijfers voor België

Tot op heden is er in België nog geen uitgebreid onderzoek gevoerd naar de prevalentie van somatische aandoeningen bij personen met een psychiatrische aandoening (in veel andere landen trouwens ook niet). Bijgevolg weten wij niet hoe de situatie in ons land is. We kunnen bijgevolg enkel terugvallen op cijfers van andere landen die in de literatuur zijn gepubliceerd.

We hebben geprobeerd om een schatting te maken op basis van de recentste minimale psychiatrische gegevens (MPG) (2018[a] data; alleen voor PZ en PAAZ). Het gaat hierbij om geanonimiseerde gegevens gebruikt voor de statistieken van de volksgezondheid die aan het begin en het einde van een psychiatrische opname worden geregistreerd of minstens één maal elke zes maanden. Deze gegevens omvatten de psychiatrische en somatische diagnose(s) van elke opgenomen patiënt. Het doel van de MPG is niet de prevalentie van somatische aandoeningen op te volgen, maar wel de prevalentie van psychiatrische diagnoses. Immers, slechts een maximum van 3 somatische diagnoses die van belang zijn voor de psychiatrische behandeling kunnen worden geregistreerd. De prevalentiecijfers hieronder samengevat zijn als gevolg een onderschatting:

- Bij 18.978 van de 120.900 opnames in een PZ of PAAZ in 2018 werd een somatische diagnose geregistreerd. Dat geeft dus een prevalentie van somatische aandoeningen van 15,7%.
- De vaakst voorkomende somatische aandoeningen waren diabetes (6%), leveraandoeningen (5,3%), hypertensie (5,0%), epilepsie (4,8%) en obesitas (4,3%). Alhoewel deze cijfers lager zijn, komen ze wel overeen met de tendensen in de internationale literatuur, met een belangrijk aandeel voor hypertensie, diabetes en obesitas.

De volledige analyse van de prevalentie volgens de MPG is beschreven in hoofdstuk 3 van het wetenschappelijk rapport.

[a] Sinds de 6e staatshervorming zijn de PVT en IBW niet langer een federale bevoegdheid; gegevens met betrekking tot deze settings werden dus niet in de studie opgenomen.

3. DE ORGANISATIE VAN SOMATISCHE ZORG

Op dit moment valt de somatische zorg aan personen met een psychiatrische aandoening in ons land onder de algemene organisatie van geestelijke gezondheidszorg. Deze laatste is zelf het resultaat van de verscheidene hervormingen die de sector de laatste twintig jaar gekend heeft. We gaan hier niet alle hervormingen belichten, maar als u meer informatie wenst, kan u een beschrijving vinden in KCE-rapport 318 (Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in België, 2019).

Belangrijk om weten is dat naast de vier zorgcontexten die in dit project werden opgenomen, de hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg inzetten op ‘vermaatschappelijking’ en op het terugdringen van residentiële zorg. Door te focussen op de somatische zorg in de vier settings in dit onderzoek, hebben we het dus over een beperkte selectie van mensen met psychiatrische problemen, de anderen worden voornamelijk thuis gevolgd, in het bijzonder, door mobiele teams of door andere ambulante zorgverleners. Dit aspect van de zorg is niet in deze studie meegenomen, aangezien de mobiele zorgteams zich vooral richten op psychiatrische zorg, en ambulante patiënten (theoretisch gesproken) somatische zorg zouden moeten krijgen zoals elke andere inwoner van dit land. De experts wilden wel het belang van deze zorgteams onderstrepen in het bieden van een holistische benadering voor de zorg voor de patiënt.

De huidige **psychiatrische zorg** maakt een onderscheid tussen enerzijds de psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en de psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ), waar **de nadruk op de behandeling ligt**, en anderzijds de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en de initiatieven beschut wonen (IBW), die **eerder focussen op het functioneren in de gemeenschap**, en waar het aspect 'psychiatrische zorg'

dus minder doorweegt. Dit vertaalt zich onder andere in een verschillende personeelssamenstelling in de diverse settings. Sinds 2018 vallen PVT en IBW onder de bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten.

We willen hier ook aangeven dat het administratieve onderscheid tussen het statuut van "gehospitaliseerde patiënt" en "ambulante patiënt" vaak de somatische zorg aan psychiatrische patiënten bemoeilijkt. Door de de-institutionalisering bevinden meer en meer patiënten zich in een soort hybride systeem, waarbij ze bijvoorbeeld overdag "gehospitaliseerd" zijn, maar wel thuis slapen. Als een patiënt in deze situatie een specialist raadpleegt, geldt voor hem of haar de nomenclatuur van een gehospitaliseerde patiënt. Dit systeem is administratief omslachtig en bevorderlijk voor fouten bij de facturering. Een ander voorbeeld is als volgt: een dagverblijf voor een dialyse kan niet gecombineerd worden met een verblijf in het ziekenhuis. De patiënt moet in dit geval (administratief) "ontslagen worden uit het ziekenhuis" voor die dagen waarop hij of zij dialyse krijgt. Deze situatie creëert verwarring zowel voor de patiënt als voor de zorgverlener, het administratief personeel van het ziekenhuis en voor de ziekenfondsen.

We beschrijven in eerste plaats de rol van artsen in de somatische zorg van de patiënt met een psychiatrische aandoening. Alhoewel de taakverdeling en invulling van het multidisciplinair team ook zeer belangrijk is, was het onderzoek niet in staat de respectievelijke rollen van verpleegkundigen en andere zorgverleners in de organisatie van somatische zorg in de vier bestudeerde zorgomgevingen adequaat te beschrijven. De informatie in dit hoofdstuk 3 werd verzameld uit een onderzoek van overheidswebpagina's en door gesprekken met verscheidene stakeholders. U vindt de volledige beschrijving in hoofdstuk 3 van het wetenschappelijk rapport.

3.1. Psychiatrische ziekenhuizen (PZ)

In psychiatrische ziekenhuizen worden patiënten met ernstige psychiatrische problemen in acute fase opgenomen voor observatie en behandeling. Dat kan gebeuren door middel van 'voltijdse' hospitalisatie, maar ook door middel van dag- of nachthospitalisatie. De teams die er werken zijn multidisciplinair (psychiaters, psychologen, (psychiatrisch) verpleegkundigen, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers...). Bepaalde diensten zijn gespecialiseerd (bijv. voor patiënten met psychogeriatrische problemen). De gemiddelde verblijfsduur bedraagt 100 dagen (in 2018).[b]

Historisch gezien veronderstelde men in psychiatrische ziekenhuizen dat patiënten voor alles wat hun somatische gezondheid betrof enkel ambulante zorg nodig hadden. Er was dus geen plaats voorzien in de structuur en in het functioneren van het PZ voor somatische artsen (en die is er nog steeds niet). Volgens de deskundigen die we in het kader van deze studie gesproken hebben komen slechts 20 tot 50% van de somatische verstrekkingen voor patiënten in aanmerking voor terugbetaling. Bepaalde settings hebben daarom ook min of meer creatieve 'aanpassingen' doorgevoerd om deze situatie op te lossen, in de geest van een holistische gezondheidsbenadering die door internationale organisaties wordt aangeraden.

Somatische zorg wordt meestal aan **huisartsen** gedelegeerd, die de patiënten in de setting bezoeken (meestal onder de vorm van raadplegingen). Dit wordt doorgaans op één van de volgende manieren georganiseerd, al bestaat hierin wel veel variatie:

- betaling **per verstrekking**: het aantal raadplegingen is beperkt in de nomenclatuur tot maximum twee per maand en 12 per jaar. Dit is niet voldoende voor patiënten met meerdere chronische problemen en een complexe medicamenteuze behandeling.

[b] Team Data & strategische analyse, FOD volksgezondheid

- in **dienstverband van het ziekenhuis** (voltijds of deeltijds): het loon van de huisarts komt dan meestal van de **pool van psychiaters**[c]**.** Aangezien het wettelijk niet toegelaten is om de huisartsennomenclatuur in een ziekenhuispool op te nemen, moet de psychiater in dit geval alle verstrekkingen en voorschriften van de huisarts goedkeuren.

Er is geen financiering voorzien voor de **coördinatie van de somatische zorg**, en huisartsen nemen ook zelden deel aan stafvergaderingen omwille van organisatorische redenen (zij hebben vaak ook een praktijk buiten het ziekenhuis). Er bestaat ook geen financiering voor andere aspecten van somatische zorg, zoals preventie en screening, de basisopvolging van patiënten zonder specifieke somatische gezondheidsproblemen en de zorgcontinuïteit in geval van nood en wachtdiensten.

Als er **gespecialiseerde zorg** (tandarts, oogarts, ...) of **technische verstrekkingen** (radiologie, elektrocardiogram, inspanningsonderzoek,...) nodig zijn, wordt de patiënt doorgaans naar een algemeen ziekenhuis doorverwezen (sommige PZ hebben ook technische apparatuur, maar dat is eerder zeldzaam). Het is ook mogelijk dat bepaalde somatische specialisten zich verplaatsen, of regelmatig consultaties houden in een PZ, maar dit gebeurt niet vaak en het aantal consultaties is immers beperkt. Het is eveneens mogelijk om het advies van een specialist in te winnen, maar ook deze optie is beperkt in de nomenclatuur. Deze 'consultatie aan het bed van de patiënt' kan bovendien niet gecombineerd worden met een technische verstrekking.

De **psychiater** die eindverantwoordelijke is voor de zorg moet dus alle voorschriften van somatische zorg goedkeuren voor alle patiënten. Paradoxaal genoeg geeft de nomenclatuur de psychiater niet de mogelijkheid om een behandeling door een logopedist (soms nodig voor patiënten die als gevolg van de bijwerkingen van hun medicatie slik- of spraakproblemen ondervinden) of kinesitherapeut voor te schrijven als dit een niet-psychiatrische oorzaak heeft (bijv. een patiënt met een rug- of schouderprobleem). Hiervoor heeft de patiënt een voorschrift nodig van een somatisch arts (dat op zijn beurt moet goedgekeurd worden door de psychiater).

We wensen hier nog aan te kaarten dat de **honoraria voor psychiatrische opvolging** (die de (pool van) psychiaters ontvangen) met verloop van tijd afnemen, terwijl patiënten die een lange tijd in een psychiatrische setting verblijven vaak chronische metabole aandoeningen ontwikkelen waarvoor een grondige somatische opvolging vereist is.

In 2017 waren er 14.927 erkende ziekenhuisbedden in de Belgische PZ (10.012 in Vlaanderen, 4.085 in Wallonië en 830 in Brussel).

3.2. Psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ)

Algemene ziekenhuizen hebben vaak een afdeling psychiatrie, die ongeveer 10% van het aantal bedden beslaat. Net als de PZ, nemen deze afdelingen patiënten met ernstige psychiatrische problemen in acute fase op voor observatie en behandeling (mogelijk ook in dag- of nachthospitalisatie), maar het verblijf is hier doorgaans korter dan in een PZ. Ook hier werkt men met multidisciplinaire teams. De drempel voor een opname in deze afdelingen lijkt vaak lager dan voor PZ, en een opname wordt dus soms als minder stigmatiserend ervaren. De gemiddelde verblijfsduur bedraagt 25 dagen (in 2018).

De organisatie van de somatische zorg lijkt sterk op deze van de psychiatrische ziekenhuizen. In theorie zijn de specialisten van andere vakgebieden ook beschikbaar voor de andere ziekenhuisafdelingen, maar in realiteit is het erg moeilijk om een consultatie te verkrijgen op de afdeling

[c] De pool van psychiaters wordt gevoed door consultatie- en opvolgingshonoraria, vergoedingen voor multidisciplinaire verslagen (€ 80 / verslag), pilootprojecten (bijv. in het kader van artikel 107) en technische verstrekkingen (bijv. een elektro-encefalogram).

psychiatrie (zie ook 5.3.2). Net zoals in de PZ, is er geen enkele financiering voorzien voor het coördineren van somatische zorg. In het verleden nam een internist het basismanagement van de somatische zorg op zich, maar vandaag de dag lijkt deze taak voornamelijk toegewezen te worden aan assistenten in hun eerste opleidingsjaar (voor eender welke specialisatie). Soms werken huisartsen in dienstverband als ziekenhuisarts op de psychiatrisch afdeling zoals ook het geval is in een PZ.

In 2019 telden de Belgische algemene ziekenhuizen 52.565 erkende ziekenhuisbedden, waarvan 3.995 op de afdeling psychiatrie.

3.3. Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT)

Psychiatrische verzorgingstehuizen zijn gemeenschappelijke leefomgevingen voor volwassenen van alle leeftijden met een stabiele, chronische psychiatrische aandoening (of een verstandelijke beperking). Ze werden in 1990 opgericht om het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis in te korten of te vermijden. Patiënten die in deze setting verblijven hebben geen acute behandeling in een ziekenhuis (meer) nodig, maar hebben ook de zelfstandigheid niet om alleen te wonen in de gemeenschap. Ze moeten permanent opgevolgd worden door een multidisciplinair team (psychiater, verpleegkundigen, psychologen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, pedagogen, maatschappelijk werkers, logopedisten, enz.). Hier ligt het accent op zelfstandigheid en revalidatie door middel van verschillende activiteiten (sport, creatieve ateliers, therapiegroepen, koken, naaien, reizen, optredens, culturele uitstappen, enz.). Er is wel meer medische zorg dan in een IBW (zie onder). De opnameprocedure in een PVT verloopt (in theorie) volgens strikt afgelijnde criteria: elke bewoner krijgt een zorgplan dat zijn zorgnood omvat en de doelstellingen beschrijft die door middel van de ondersteuning en de activiteiten bereikt moeten worden. De gemiddelde verblijftijd in deze setting is hoog: ongeveer 3 jaar en half.[d] De ontslagprocedure in een PVT is eveneens aan een aantal verplichtingen onderworpen. Zo moet er een verslag worden opgesteld waarin beschreven staat welke zorg en welke begeleiding de bewoner tijdens zijn verblijf heeft gekregen.

PVT werken met één of meerdere **coördinerende psychiaters** die verantwoordelijk zijn voor de medische en psychiatrische behandeling en de coördinatie van de patiënten. Volgens de standaardnormen moet een coördinerende psychiater minstens zes uur per week ter plaatse zijn en neemt deze ook deel aan de vergaderingen van het multidisciplinair team.

Het management van somatische zorg kan hier vergeleken worden met dat in een woon- en zorgcentrum: **de bewoners kunnen hun huisarts kiezen** en betalen zelf het bezoek (met tussenkomst van de mutualiteit). Hetzelfde geldt voor andere zorg, zoals kinesitherapie voor een somatische aandoening. In PVT is er, in tegenstelling tot woon- en zorgcentra, geen financiering voorzien voor de **algemene coördinatie** van de somatische zorg. De coördinerende psychiater kan deze taak doorgaans niet opnemen en het zijn dan vaak de **lokale huisartsen** die zich erop toeleggen. Het dient vermeld dat bewoners van PVT vaak een zwaar somatisch profiel hebben – het gaat hier immers vaak om personen van een zekere leeftijd, met een chronische psychiatrische aandoening en belangrijke comorbiditeiten.

De meeste dagelijkse uitgaven (huisvesting, kosten, voeding, onderhoud) worden uit handen genomen, en elke bewoner krijgt een minimumbedrag van € 192,43 voor zijn persoonlijke kosten. De kosten voor de gezondheidszorg die de bewoner zelf dient te betalen zijn onder andere een dagelijks geneesmiddelenforfait (€ 1,2/dag), brillen en protheses, transport, deelname aan bepaalde activiteiten van het PVT.

In 2017 waren er 1896 plaatsen in PVT in Vlaanderen, 818 in Wallonië (waarvan 30 onder de bevoegdheid van de Duitstalige Gemeenschap), en 229 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

[d] Data AVIQ 2018

3.4. Initiatieven beschut wonen (IBW)

De initiatieven beschut wonen vangen volwassenen op die geen ziekenhuisbehandeling (meer) nodig hebben, maar die omwille van hun psychiatrische aandoening wel nood hebben aan begeleiding in hun leefomgeving. Het hoofddoel van deze initiatieven is om volwassenen te helpen bij het verwerven van de sociale vaardigheden die ze nodig hebben om zo zelfstandig mogelijk te kunnen leven. Het team is multidisciplinair en naast de coördinerend psychiater, bestaat het vaak uit psychologen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, of kinesitherapeuten, enz. Elke bewoner krijgt een begeleider/coach, maar deze is niet constant aanwezig. De bewoners hebben een dagbesteding: sommigen gaan naar dagverblijven, anderen volgen een opleiding, werken, of doen vrijwilligerswerk en nog anderen zijn in daghospitalisatie in een psychiatrisch ziekenhuis. De opnameprocedure vereist een begeleidingsplan dat gericht is op herstel, opgesteld door de psychiater en het multidisciplinair team. Bewoners wonen ofwel in het IBW (in een gemeenschappelijke of individuele woongelegenheid), of in een privéwoongelegenheid buiten het IBW. De 'verblijfsduur' in een IBW is dus gemiddeld veel langer dan die in een ziekenhuis (gemiddeld 2 jaar).[e]

IBW zijn vzw's en moeten verbonden zijn aan een PZ of een PAAZ (ziekenhuissector) en aan een dienst voor geestelijke gezondheid (ambulante sector), die allebei moeten deelnemen aan het bestuur. Er is echter geen standaardmodel voor IBW. Elk IBW functioneert op zijn eigen manier, in functie van de locatie en de andere actoren in de geestelijke gezondheid die in de buurt gevestigd zijn. Gemiddeld wordt twee derde van de bewoners door een (psychiatrisch) ziekenhuis doorverwezen en één derde door de eerstelijnszorg (huisartsen, privépsychiaters, sociale dienstverlening, familie, ...).

In de initiatieven voor beschut wonen wordt de psychiatrische opvolging van de patiënten eveneens verzekerd door een **coördinerende psychiater** die minstens drie uur per week aanwezig dient te zijn. Elke bewoner heeft idealiter ook **zijn eigen huisarts** (of is ingeschreven in een wijkgezondheidscentrum). Als er specifieke zorg nodig is (bijv. kinesitherapie, of zorg door een thuisverpleegkundige), zullen de leden van het team de bewoner helpen de juiste zorgverlener te vinden, maar zij zullen deze zorg niet zelf verstrekken. In het algemeen begeleiden zij de bewoner bij het verwerven van de vaardigheden die nodig zijn om de somatische gezondheid te onderhouden of te verbeteren. Dit omvat mogelijks het maken van afspraken, het begeleiden naar consultaties, het innemen van medicatie, gezonde voeding, lichaamsbeweging, enz. We kunnen dus stellen dat de somatische zorg van IBW-bewoners erg dicht aanleunt bij ambulante zorg. Geneesmiddelen, honoraria voor de consultatie van de huisarts of de psychiater, zorg of hulp aan huis, enz. zijn voor de rekening van de bewoner die een bedrag van ongeveer € 70/week krijgt van het IBW om deze kosten te dekken. Ook de huisvesting, voeding, deelname aan sport- en vrijetijdsactiviteiten worden door de bewoner betaald. Bewoners verkeren vaak in precaire financiële omstandigheden en kunnen zich dus niet altijd gezonde leefomstandigheden veroorloven.

In 2017 waren er 43 IBW in Vlaanderen (2899 bedden), 27 in Wallonië (798 bedden) en 18 in Brussel (560 bedden).

[e] Data AVIQ 2018

4. WAT ZEGGEN DE RICHTLIJNEN?

In onze literatuurstudie konden we 55 nationale en internationale documenten identificeren over de somatische gezondheid van personen met een psychiatrische aandoening (of documenten die een hoofdstuk aan dit onderwerp wijden). Na evaluatie van de wetenschappelijke kwaliteit (AGREE) werden tien daarvan geselecteerd: daarvan kreeg de richtlijn van de WHO van 2018 de hoogste score.[1] Gedetailleerde informatie over deze literatuurstudie vindt u in hoofdstuk 7 van het wetenschappelijk rapport.

4.1. België

Behalve een consensusdocument voor psychiaters over **de behandeling met antipsychotica** (2005) bestaat er geen enkele Belgische richtlijn voor somatische zorg aan personen met een psychiatrische aandoening.[3] Dit consensusdocument geeft duiding over het voorkomen en de aanpak van metabole complicaties, zowel voor als na de opstart van een behandeling, met de nodige onderzoeken en begeleidende adviezen over een optimale levensstijl. Een planning voor de opvolging van het gewicht, de buikomtrek, de bloeddruk, en de glycemische en lipidenanalyses is hiervoor vereist. De psychiater is verantwoordelijk voor het opstarten van deze opvolging. Het document raadt eveneens aan dat, wanneer een afwijking in het glucosemetabolisme, diabetes, dyslipidemie of hypertensie wordt aangetoond, de opvolging best gebeurt door een huisarts of internist, en dit in nauw overleg met de psychiater, zeker indien wijzigingen in het medicatieschema nodig zijn.

Dit consensusdocument van 2005 zou moeten **geactualiseerd** worden via een consensusprocedure met experten vanuit heel België om tot een breed gedragen resultaat te komen. Sommige aspecten ontbreken momenteel; de timing van het lichamelijk onderzoek bij opname, de organisatie en akkoorden tussen somatische artsen en psychiaters voor het opvolgen van de bijwerkingen van de antipsychotica, en het vastleggen van een plan voor de behandeling en opvolging.

4.2. Internationaal

De richtlijnen en andere bestaande documenten beschrijven erg brede aspecten van de somatische gezondheid van personen met een psychiatrische aandoening.

Sinds een dertigtal jaar is het **herstel** de algemeen aanbevolen doelstelling van de zorg. Deze doelstelling bestaat uit twee grote pijlers: een **medische pijler**, het klinisch herstel, dat vooral een objectieve vermindering van de symptomen omvat, en een **persoonlijke pijler** die de patiënt zelf bepaalt, het functioneel en sociaal herstel, wat overeenkomt met de subjectieve beleving van het herstel. Met het oog op deze doelstelling moet de behandeling van de patiënt **een plan volgen** dat **in overleg met de patiënt**, of met de geïdentificeerde familieleden en/of naasten, werd vastgelegd. Wat somatische gezondheid betreft, moet dit plan hoofdzakelijk gericht zijn op algemene screening van fysieke gezondheidsproblemen, de opvolging van de bijwerkingen van de medicatie, de specifieke levensstijl, de behandeling van somatische aandoeningen/complicaties en een nazorgplan met vervolgconsultaties.

De volgende aspecten worden in deze internationale richtlijnen besproken:

- de onderzoeken bij opname/het eerste contact (voor het opstarten van de behandeling)
- de opvolging tijdens het verblijf in het ziekenhuis
- controle van het gewicht
- specifieke aandachtspunten voor vrouwen
- specifieke aandachtspunten voor senioren
- de organisatie van somatische zorg
- het betrekken van naasten (verzorgers)
- de functie van een case manager
- het aanpakken van verslaving aan tabak, alcohol en andere drugs

- de organisatie van psychiatrische zorg op de dienst spoedgevallen

De literatuur adviseert ook om het **verzorgend personeel** van psychiatrische settings **op te leiden** in de opvolging van chronische somatische aandoeningen waar patiënten mogelijk mee te kampen hebben. Het nut van **instrumenten voor detectie en opvolging** is reeds bewezen. Zo verwijzen we graag naar een opvolgingsinstrument dat in Nederland door psychiatrisch verpleegkundigen gebruikt wordt, en een algoritme voor cardiometabole opvolging dat in het Verenigd Koninkrijk werd ontwikkeld (zie tabel 24 en appendix 10 van het wetenschappelijk rapport).

Andere elementen die aan de gezondheidszorg in zijn geheel gelinkt zijn (geïntegreerde zorg) en aan de maatschappij (toegang tot maatschappelijke dienstverlening, strijd tegen het stigmatiseren...) zijn ook in richtlijnen opgenomen. De literatuur vermeldt ook enkele **innovatieve volksgezondheidsprogramma's** zoals een algemeen rookverbod in afdelingen psychiatrie of afdelingen voor geestelijke gezondheid, zowel voor het personeel als voor de patiënten.

4.3. Elementen die deel kunnen uitmaken van een plan van aanpak voor de somatische gezondheid

Onze analyse van de bestaande richtlijnen (zie hoofdstuk 7 van het wetenschappelijk rapport) heeft ons voldoende wetenschappelijk onderbouwde elementen opgeleverd voor een generiek behandelings- en opvolgingsplan dat in België gebruikt kan worden voor de aanpak van de somatische gezondheid van personen met een psychiatrische aandoening. Een gedetailleerde lijst van deze interventies vindt u in hoofdstuk 7.3 van het wetenschappelijk rapport. Deze lijst kan als basis dienen voor het ontwikkelen van een richtlijn aangepast aan de Belgische context, bij voorkeur door middel van een evidence-based consensusproces met de betrokken clinici, de Belgische beroepsorganisaties, en de patiëntenorganisaties. Een beknopt overzicht vindt u in Tabel 1.

Hier kunnen ook kwaliteitsindicatoren aan worden toegevoegd.

Tabel 1 – Samenvatting van de belangrijkste stappen van een 'behandelings- en nazorgplan' zoals voorgesteld in de internationale richtlijnen

Voornaamste onderdelen	Uit te voeren interventies
Evaluatie bij een eerste contact	• Contacteer de huisarts en vraag de vroegere hospitalisatiegegevens/dossiers op. • Anamnese (of hetero-anamnese) over medische en familiale voorgeschiedenis (diabetes, zwaarlijvigheid, andere risicofactoren) en levensgewoonten (eetgewoonten, gewichtshistorie, lichaamsbeweging, slaapgewoonten, gebruik van tabak/alcohol/drugs, seksueel gedrag, enz.). • Basis lichamelijk onderzoek en volledig bloedonderzoek. • Eventueel aanvullend onderzoek voor differentiële diagnose (neurologisch onderzoek, EEG, cerebrale MRI in geval van eerste psychotische episode...).
Onderzoek na de acute fase	• Interview over sociale omstandigheden en kwetsbaarheidsfactoren (opleiding, isolement, sociaal, relationeel netwerk, enz.). • Vaccinatiestatus en screening op seksueel overdraagbare aandoeningen. • Basis neurologisch onderzoek, inclusief bewegingsstoornissen.
Starten met medicatie	• Opstellen van het opvolgplan: overleg met de patiënt over de voordelen en risico's van de medicatie, opstellen van het medicatieschema, aanstellen van een zorgcoördinator (case manager), planning van onderzoeken naar bijwerkingen, lichamelijke activiteiten, dieetinterventies, interventies ter ondersteuning van het stoppen met roken, enz. • Waarschuwing voor het risico van diabetes en de invloed van de levensstijl op het cardiovasculaire risico.
Opvolgen van de medicatie	• Controleren op bijwerkingen (cardiovasculaire en metabolische problemen, extrapiramidale symptomen, seksuele problemen, enz.), bv. eerste controle na 6 weken, vervolgens om de 3 maanden gedurende het eerste jaar, en daarna jaarlijks. • Start de behandeling van bijwerkingen zodra deze zich voordoen. • Vraag naar de subjectieve ervaring van de behandeling.
Evalueer of andere interventies nodig zijn	• Betrek de patiënt en het gezondheidsteam bij strategieën om de leefgewoonten te verbeteren (lichaamsbeweging, opvolging van het dieet, interventies om te stoppen met roken, enz.). • Plan een nazicht voor mond, gebit en tanden. • Bespreek de voorgeschiedenis van de seksuele gezondheid en overweeg seksuele gezondheid en/of gezinsplanning counseling indien nodig. • Controleer de vaccinatiestatus en voer de nodige vaccinaties uit (of specialistische behandeling indien nodig, bv. hepatitis). • Oftalmologische, dermatologische, enz. controles indien nodig.
Functionele en persoonlijke herstelaspecten	• In overleg met de patiënt een herstelplan opstellen en uitwerken. • Het behandelplan regelmatig herzien om modificeerbare risicofactoren in verband met de ziekte of levensstijl, zoals niet-naleving of middelengebruik, te identificeren. • Beoordeling van de gevolgen van de ziekte voor de cognitieve en functionele functies van de patiënt (psycho-educatie van de patiënt/familie, sociale vaardigheidstraining, gedragstherapieën, enz.). • Voorbereiding van het ontslag: ervoor zorgen dat de patiënt bij ontslag een veilige omgeving en een toereikende levensstandaard vindt om het risico van marginalisatie en demotivatie te vermijden (waarvoor financiële steun nodig kan zijn).

5. GEÏDENTIFICEERDE KNELPUNTEN EN FACILITERENDE FACTOREN

5.1. Methodologie

Om de knelpunten en de faciliterende factoren in het verstrekken van somatische zorg aan personen met een psychiatrische aandoening te identificeren hebben we een **kwalitatief onderzoek** uitgevoerd bij gezondheidswerkers en patiënten in de vier bestudeerde zorgcontexten.

We hebben eerst de kwalitatieve Belgische en internationale literatuur over somatische zorg aan personen met een psychiatrische aandoening geanalyseerd. Daarna is er een interviewgids opgesteld op basis van de resultaten van deze literatuurstudie. Deze literatuurstudie werd ook meegenomen in onze bevindingen.

Het onderzoek bij de **zorgverleners** (psychiatrisch team van de bestudeerde settings, huisarts of specialist verbonden aan de setting) gebeurde aan de hand van semigestructureerde interviews in de vier bestudeerde zorgcontexten in Vlaanderen, Wallonië en Brussel. Alle gegevens over de opzet en de rekrutering en de resultaten zijn te vinden in hoofdstuk 5 van het wetenschappelijk rapport.

Het standpunt van **patiënten** (niet gehospitaliseerd op het moment van het onderzoek) werd dan weer onderzocht tijdens focusgroepen (afzonderlijk in het Frans en in het Nederlands). Omwille van de COVID-19-crisis moesten de focusgroepen online plaatsvinden. Alle gegevens over de opzet en de rekrutering en de gedetailleerde resultaten zijn te vinden in hoofdstuk 6 van het wetenschappelijk rapport.

5.2. Een holistische benadering met respect voor de patiënt en de zorgverleners

Uit de verschillende bronnen die we in het kader van deze studie geanalyseerd hebben blijkt dat eerst en vooral **de somatische gezondheid van personen met een psychiatrische aandoening niet bekeken wordt vanuit een perspectief van 'holistische gezondheid'** zoals dit door de internationale richtlijnen wordt voorgeschreven. Op dit moment, zoals het onderwerp van dit rapport trouwens aantoont, beschouwt ons systeem psychiatrische en somatische gezondheid als twee aparte, losstaande entiteiten We hebben geprobeerd om de obstakels en de mogelijke verbeteringen te analyseren met oog op een geïntegreerde, holistische en respectvolle benadering van de patiënt.

Ons kwalitatief onderzoek bracht ook de **stigmatisering en de vooroordelen** aan het licht waar psychiatrische patiënten vaak slachtoffer van worden. Deze aspecten waren overigens ook erg aanwezig in de literatuur. Veel patiënten die gehospitaliseerd waren geweest, zeiden dat ze vaak **het gevoel hadden niet gehoord te worden** of niet ernstig te worden genomen als ze somatische gezondheidsproblemen melden tijdens hun verblijf. Soms werd hun klacht erg snel aan hun psychiatrische aandoening toegeschreven en zonder gevolg geklasseerd. Ze menen dat dit opzijschuiven van hun klachten een vertraging in hun zorg met zich meebrengt, en dus ook bijkomende gezondheid gerelateerde kosten waar zij gedeeltelijk zelf voor opdraaien.

De stigmatisering van psychiatrische patiënten is geen nieuw gegeven, maar we hebben tijdens de interviews met de zorgverleners gehoord dat ook zij het gevoel hebben het slachtoffer te zijn van stigmatisering en vooroordelen van andere gezondheidswerkers. Ze hebben ook vaak de indruk dat ze **het recht van hun patiënten op (somatische) kwaliteitszorg moeten verdedigen**; zo is het voor hen bijvoorbeeld vaak moeilijk om somatische specialisten te motiveren om een consultatie te houden bij een gehospitaliseerde patiënt met een psychiatrische aandoening (zie verder). Volgens sommigen zou deze stigmatisering kunnen afnemen als er meer contact zou zijn tussen 'somatische' en 'psychiatrische' zorgverleners tijdens de opleiding (zowel de basisopleiding als de voortgezette opleiding). Een

geïntegreerde zorg zou alvast een samenwerking in de hand kunnen werken.

De patiënt empoweren en de regie geven over de eigen gezondheid zijn essentiële pijlers in het concept 'globale gezondheid'. De huidige dichotomie in de zorg past hier dus niet in. De internationale literatuur beveelt aan dat de patiënt en naasten meer verantwoordelijkheid opnemen en dat ze actief bij de zorg worden betrokken. Deze benadering is gebaseerd op een **'behandelings- en zorgplan'** dat idealiter in overleg met de patiënt wordt uitgewerkt. Zo is het bijvoorbeeld reeds aangetoond dat therapietrouw verbetert als beslissingen samen genomen worden (shared decision-making), zodat er ook een relationele alliantie ontstaat tussen de patiënt en de psychiater (al is deze minder significant dan bij de huisarts). Eigen regie in de medicatie is een ander aspect dat patiënten erg belangrijk vinden. Het in bewaring nemen van alle medicatie op het moment van opname (dus ook producten die vaak gebruikt worden, zoals vrij verkrijgbare pijnstillers of vitamines) voelt voor hen als een gebrek aan respect.

Bovendien geeft de literatuur aan dat de **sociale steun** en **de toegang tot informatie** van personen met een psychiatrische aandoening vaak beperkt zijn, en dat dit probleem nog versterkt wordt door een gebrek aan sociale vaardigheden, waardoor het voor de patiënt moeilijk is zijn gezondheidsnoden te communiceren. Dat impliceert dat de zorgverlener zich ervan bewust moet zijn dat er meer empathie en meer inspanning wordt gevraagd in het luisteren naar de patiënt om de somatische klacht te begrijpen. De ondervraagde patiënten zeggen hierover trouwens dat ze zouden willen dat zorgverleners leren om beter naar hen te luisteren en om hun naasten meer te betrekken, omdat deze de situatie vaak begrijpelijker kunnen maken.

5.3. Toegang tot somatische zorg

5.3.1. Vooroordelen en gebrek aan kennis

Somatische artsen, zowel generalisten als specialisten, zijn essentieel voor een geïntegreerde benadering van deze groep patiënten. Jammer genoeg voelen weinigen zich geroepen om zorg te verlenen in psychiatrische settings; ze anticiperen een hoge werklast, moeilijke dossiers, en een gebrek aan logistieke of IT-ondersteuning (medische dossiers, toegang tot resultaten, enz.). De administratieve complicaties als gevolg van de complexe nomenclatuur verklaren deels ook dit gebrek aan belangstelling.

De toegang tot somatische zorg is echter eveneens beperkt door persoonsgebonden aspecten van de zorgverleners. In de literatuur wordt vermeld dat somatische artsen zich vaak **ongemakkelijk** voelen tegenover psychiatrische patiënten omdat ze weinig kennis hebben over psychiatrie en dus weinig vertrouwen hebben in hun kunnen. Dat kan er ook toe leiden dat ze te snel denken dat de somatische klachten terug te leiden zijn tot de psychiatrische aandoening van de patiënt.

Dit werd ook vermeld door de geïnterviewde zorgverleners die een zekere **tegenzin** ervaren wanneer ze toegang tot gespecialiseerde somatische zorg proberen te organiseren voor hun patiënten. Ze hebben de indruk dat externe zorgverleners (artsen, tandartsen, radiologen, ...) weinig geneigd zijn om zich met psychiatrische patiënten in te laten. Deze tegenzin wordt toegeschreven aan de werklast die al erg hoog is, waardoor ze niet beschikbaar zijn om patiënten met complexe zorgnoden te zien of op te volgen. De bovenvermelde onzekerheid en bepaalde vooroordelen (bijv. dat de patiënt zich niet aan de behandeling zal houden) worden eveneens als oorzaken genoemd.

Het is ook moeilijk **een specialist te vinden die zich wil verplaatsen** naar een psychiatrische setting, zelfs als het een psychiatrische afdeling in hetzelfde ziekenhuis betreft. De geïnterviewde teams beschreven het aanvraagproces voor somatische zorg als zwaar en tijdrovend, en zeiden dat de wachttijd voor patiënten onaanvaardbaar lang was, zelfs in algemene ziekenhuizen waar de gevraagde somatische artsen beschikbaar zijn.

Er treden ook problemen op als een patiënt met een psychiatrische aandoening **opgenomen wordt op een afdeling voor somatische geneeskunde** (in een algemeen ziekenhuis). De geïnterviewde zorgverleners stellen dat patiënten vaak erg snel naar de psychiatrische afdeling worden teruggestuurd, zelfs als hun toestand nog steeds zorg vereist die het psychiatrisch team niet kan bieden, ofwel omdat ze er de kennis en ervaring niet voor hebben, ofwel omdat ze niet voldoende personeel hebben om dit soort zorg te bieden. Zo hebben ze ook de indruk dat een patiënt die als 'psychiatrisch' gezien wordt, en die zich aanbiedt **op de dienst spoedgevallen** naar de afdeling psychiatrie wordt verwezen zonder dat er een correct onderzoek wordt uitgevoerd. Het team op spoedgevallen vertrekt dan vanuit het idee dat het in essentie een psychiatrisch probleem betreft. Het kan ook gebeuren dat de patiënt zonder meer op de afdeling psychiatrie wordt opgenomen ook als de diagnose aangeeft dat een somatische afdeling aangewezen is (bijv. voor brandwonden).

De **psychiatrische teams** geven van hun kant toe dat hun kennis van de somatische geneeskunde niet optimaal is, en opgefrist zou moeten worden. Psychiaters specialiseren vaak al vanaf het begin van hun opleidingsprogramma in geestelijke gezondheid, en laten dus alles wat somatische gezondheid betreft links liggen. Hun kennis wordt dus steeds passiever. Hetzelfde geldt min of meer voor het verpleegkundig personeel. Zij melden een gebrek aan praktijkvaardigheden voor zaken als infusen of wondzorg (soms nodig in geval van automutilatie door de patiënt). We zien hier dus ook een gelijkaardig gebrek aan zelfvertrouwen als bij de somatische zorgverleners.

5.3.2. Niet coherente en onvoldoende financiering

Het financiële aspect werd zowel door de geïnterviewde patiënten als door de zorgverleners geïdentificeerd als een essentieel obstakel voor de organisatie van optimale somatische zorgverlening voor psychiatrische patiënten in België. Dit wordt ook door de (Belgische) literatuur bevestigd.
Over het algemeen vertaalt het gebrek aan middelen zich in een **gebrek aan personeel** in de verschillende settings, en dus een hoge werklast voor het volledige team, een **gebrek aan apparatuur** en **onaangepaste gebouwen** voor het verlenen van somatische zorg.
Wat de **huisartsen** betreft volstaat de huidige financiering van hun activiteiten in psychiatrische ziekenhuizen niet om elke patiënt somatische zorg te verlenen, een medisch dossier bij te houden, teamvergaderingen bij te wonen, de zorgcontinuïteit en de samenwerking met externe eerstelijnszorg en/of ziekenhuisspecialisten te behartigen en preventie en gezondheidspromotieactiviteiten op te zetten. De mogelijkheden die het RIZIV voorziet voor de financiering van somatische zorg in de psychiatrische setting zijn erg beperkt. Ziekenhuizen moeten dus een beroep doen op verschillende 'arrangementen' – die geen van allen perfect zijn – om van de diensten van een huisarts gebruik te kunnen maken.

Wanneer de arts **in loondienst werkt** en het loon betaald wordt door de pool van honoraria van de psychiaters kan dit tot gevolg hebben dat voornamelijk alleen de patiënten met de belangrijkste somatische noden (ten nadeel van de anderen) naar de huisarts worden verwezen en dat er mogelijk spanningen optreden tussen de verschillende beroepsbeoefenaars. Wanneer de huisarts als **zelfstandige** werkt, is het aantal somatische consultaties dat het RIZIV toelaat beperkt (max. 2 per maand en 12 per jaar); wat niet altijd voldoende is om patiënten met comorbiditeiten goed op te volgen. De geïnterviewde experts verklaarden dat de enige manier om dit probleem op te lossen erin bestaat **het statuut van de huisarts op een structurele manier te integreren in psychiatrische ziekenhuizen**. Het is dan ook nodig om te voorzien dat ook het bijhouden van het medisch dossier van de patiënten, deelnemen aan teamvergaderingen, coördineren met externe somatische specialisten, het garanderen van de zorgcontinuïteit met de eerste lijn én preventieactiviteiten deel uitmaakt van het takenpakket.

In een PVT worden huisartsen betaald per verstrekking; dit is niet bevorderlijk voor hun betrokkenheid bij deze patiënten die vaak veel tijd en energie vragen. Het zou nuttig zijn voor de huisarts om meer samen te werken met de coördinerende arts van de setting, maar hiervoor is geen financiering voorzien.

De financiering van consultaties bij **somatische specialisten** is ook niet gunstig: het aantal toegestane consultaties is beperkt in de PZ en PAAZ, de verloning ligt lager dan die voor een normale consultatie (consultatie aan bed volgens de nomenclatuur), en er zijn vaak logistieke problemen met het verplaatsen van de patiënt (zie verder).

In de financiering van de **psychiaters** zijn er eveneens bepaalde onregelmatigheden. Het is namelijk nogal paradoxaal dat de zogenaamde psychiatrische bewakingskosten (die de facto ook somatische aspecten omvatten, aangezien deze niet elders worden gefinancierd) langzaamaan afnemen, terwijl patiënten die langdurig in het ziekenhuis zijn opgenomen vaker chronische somatische problemen ontwikkelen waarvoor dagelijks toezicht nodig is.

De **bestaffingsnormen voor verpleegkundig personeel** volstaan vaak niet voor het opnemen van de somatische zorg voor psychiatrische patiënten. Daar komt bij dat het werkritme in de psychiatrische setting doorgaans anders is: men moet de tijd kunnen nemen om naar de patiënt te luisteren, en de patiënt helpen om de klacht te uiten en om ze te verduidelijken. De verpleegkundigen geven ook aan dat hun salarissen niet aantrekkelijk genoeg zijn om hooggekwalificeerde verpleegkundigen of verpleegkundigen met extra vaardigheden aan te trekken.

Tot slot melden de geïnterviewde personen nog dat bijkomende middelen ook welkom zouden zijn om meer **niet-psychiatrisch personeel** te kunnen betalen, zoals kinesitherapeuten, diëtisten, opvoedkundigen, beweegcoaches, enz. Dit werd door de internationale literatuur bevestigd – daarin vermeldde men dat de aanwezigheid van personen met een niet-psychiatrische opleiding in het team niet alleen de somatische zorg voor de patiënt verbetert, maar ook de kennis van het voltallige personeel.

5.3.3. Tijdgebrek en logistieke problemen

Hoewel de geïnterviewde teams van zorgverleners erg gemotiveerd zijn en de optimale somatische en psychiatrische zorg aan hun patiënten willen bieden, benadrukken ze dat **het organiseren van een externe consultatie** erg veel tijd en logistieke middelen vergt. Als een patiënt extern op consultatie gaat, moet deze immers worden begeleid door een teamlid dat de patiënt kan geruststellen, ervoor kan zorgen dat alles goed begrepen wordt, kennis nemen van de voorgestelde verdere stappen en deze organiseren. Deze tijd wordt niet voorzien in de personeelsbezetting, wat betekent dat de rest van het team dan met één persoon minder werkt. Dat zorgt er volgens de teams voor dat zorg soms wordt uitgesteld, of dat er zelfs van wordt afgezien (bijv. voor tandproblemen) waardoor de somatische gezondheid van de patiënt op lange termijn kan verslechteren.

Het transport van patiënten naar externe consultaties vereist eveneens een tijdrovende logistieke organisatie, en stelt ofwel de setting, ofwel de patiënt voor een belangrijk financieel probleem.

De patiënten wijten het **gevoel dat ze niet gelijk behandeld worden** voor hun somatische problemen ook aan tijdsgebrek, omdat huisartsen niet alle patiënten kunnen zien die daarom vragen. De artsen moeten prioriteiten stellen. Zo hebben artsen volgens hen meer aandacht voor verslavingsproblemen en chronische somatische aandoeningen. Problematische situaties komen vooral voor bij zorg die niet gepland is of niet gepland kan worden. Patiënten moeten soms erg lang wachten om somatische zorg te krijgen, vaak omdat dit eerst door de psychiater moet goedgekeurd/voorgeschreven worden omwille van de problemen met de nomenclatuur die we eerder reeds besproken hebben.

De patiënten erkennen unaniem dat de zorgteams van goede wil zijn, ook al hebben ze te veel werk.

5.3.4. Problemen met toegang tot geneesmiddelen

Zowel de patiënten als de zorgverleners vermelden dat de toegang tot **geneesmiddelen voor reeds bestaande aandoeningen** die voor de hospitalisatie **ambulant voorgeschreven werden** vaak een probleem vormt. Geneesmiddelen die door het ziekenhuis worden toegediend (en gefactureerd) moeten immers in het formularium zijn opgenomen. Als dat niet het geval is, moet de arts het geneesmiddel vervangen door een ander dat daar zo dicht mogelijk bij in de buurt komt (dat is bijvoorbeeld ook het geval voor orale anticonceptie). Deze verandering kan de patiënt angstig maken en kan bovendien voor nieuwe, onvoorziene bijwerkingen zorgen. Dit probleem is niet specifiek voor psychiatrische zorg, maar gezien de

emotionele kwetsbaarheid van de patiënten kunnen de gevolgen ervan in deze context moeilijker op te vangen zijn. Sommige patiënten zeggen ook dat zij niet op de hoogte werden gebracht wanneer hun medicatie werd veranderd.

Zelfmedicatie is niet toegestaan in een psychiatrische setting en procedures om een gewone pijnstiller te verkrijgen zijn lang en complex, aangezien de psychiater elk geneesmiddel dat wordt toegediend moet goedkeuren. Het gebeurt dan ook niet zelden dat een patiënt urenlang moet wachten op pijnverlichting.

Tot slot, zoals eerder reeds vermeld, wordt ook alle **thuismedicatie** van patiënten in bewaring genomen wanneer zij worden opgenomen in het ziekenhuis. Patiënten vinden dit paternalistisch en weinig respectvol. In die laatste twee gevallen sporen sommige teams patiënten soms zelf aan om geneesmiddelen via een ander kanaal te bekomen, bijvoorbeeld door ze zelf te gaan kopen bij de buurtapotheek of door hun familie te vragen ze mee te brengen tijdens bezoek.

5.4. Kwaliteit van somatische zorg

Tijdens ons onderzoek konden we verscheidene **richtlijnen en consensusdocumenten** identificeren in de internationale literatuur, over (in hun geheel of gedeeltelijk) somatische zorg aan personen met een psychiatrische aandoening. Daarnaast begrepen we uit de interviews met de zorgverleners ook dat de vele richtlijnen niet noodzakelijk een voordeel zijn, en dat zij liever over een **lijst van testen en tools met standaard klinische onderzoeken** zouden beschikken die uitgevoerd moeten worden bij opname, tijdens het verblijf en bij ontslag. In hoofdstuk 7 van het wetenschappelijk rapport, paragraaf 7.3.3 geven we een overzichtstabel met alle geïdentificeerde (gedeeltelijk gebaseerd op evidentie) interventies die in ons land kunnen worden toegepast. Alle interventies samen kunnen de basis vormen voor het uitwerken van een behandelingsplan.

5.4.1. Opnameconsultatie

Wanneer een patiënt wordt **opgenomen**, wordt diens somatische gezondheid in theorie met een arts besproken tijdens een **opnameconsultatie** (tenzij die opname via de dienst spoedgevallen gebeurt, in dat geval voert de dienst spoedgevallen het lichamelijk onderzoek van de patiënt uit, al zeggen de ondervraagde teams dat dit vaak snel en onnauwkeurig gebeurt – zie eerder). Dit eerste somatische onderzoek gebeurt echter niet systematisch omdat de artsen geen tijd hebben om alle nieuwe patiënten te zien. Veel hangt af van de gezondheidstoestand van de patiënt en diens pathologie (zo zal een verslaafde patiënt wel systematisch onderzocht worden wegens het verhoogd risico op somatische problemen).

Een standaardevaluatie van gewicht, bloeddruk, enz. wordt meestal door de **verpleegkundigen** uitgevoerd binnen de 48 tot 72 uur na opname. Er is ook veel variatie wat de **uitgevoerde onderzoeken** betreft: bloedonderzoek (onderzoeken van de bijwerkingen van de medicatie, screening op hepatitis), ECG, EEG, enz. hangt af van de setting en de beschikbare apparatuur. Sommige settings hebben interne procedures, andere niet.

De ondervraagde zorgverleners zeggen dat het vaak moeilijk is om **informatie te vinden over de voorgeschiedenis van de patiënt**. Die informatie hebben ze nodig voor een correcte somatische behandeling, zeker voor patiënten zonder vaste huisarts. Een medicatieschema is moeilijk te reconstrueren en het is niet altijd duidelijk waarom een patiënt bepaalde geneesmiddelen neemt. Het gebeurt dus ook niet zelden dat het volledige medicatieschema van nul moet worden opgesteld (ook omwille van de afstemming met het formularium van de ziekenhuisapotheek). De zorgverleners noemen het opzoeken van die gegevens tijdrovend en complex.

Patiënten in **psychiatrische verzorgingstehuizen** worden doorgaans doorverwezen door een ziekenhuis. Als de coördinerende arts van het PVT toegang heeft tot de medische dossiers van dat ziekenhuis, kan hij de geschiedenis van de patiënt raadplegen en kennis nemen van de eventuele onderzoeken die daar uitgevoerd werden, maar dit is zeker niet altijd mogelijk.

In de **initiatieven beschut wonen** bevraagt de psychiater de (kandidaat-)bewoner kort over de somatische gezondheid, vooral om zich ervan te vergewissen dat diens gezondheidstoestand geen constant toezicht vereist. De patiënt behoudt zijn externe huisarts, en er wordt dus niet dieper ingegaan op diens somatische gezondheid. Als de patiënt geen eigen huisarts heeft, wordt het sterk aanbevolen om er één aan te wijzen, en het ondersteunende team kan de persoon hierin begeleiden.

5.4.2. Opstart van de behandeling en zorgplan

De richtlijnen bevelen aan dat er, vanaf het moment van opname, een **behandelings- en zorgplan met oog op herstel** (zie 4.2) opgesteld wordt **in overleg met de patiënt** (en eventuele naasten). Dit plan moet gebaseerd zijn op een volledige evaluatie van de geschiedenis en de levensstijl van de patiënt om zo de risicofactoren te identificeren en de nodige opvolgingselementen vast te leggen.

Als er **psychiatrische of andere medicatie wordt voorgeschreven** moet de voorschrijvende arts de patiënt informeren over het nut van deze behandeling en over de metabole en andere risico's die ermee gepaard gaan. **Vroegtijdige detectie van bijwerkingen** is een unanieme aanbeveling van alle bestaande richtlijnen. Dit moet vanaf het begin van de behandeling gebeuren. Volgens de bevraagde teams bestaan hier verschillende standaardprocedures voor. Het gebruik hiervan varieert van setting tot setting. De huisarts die voor de setting werkt krijgt deze taak vaak toegewezen. Als er geen huisarts is, lijkt dit regelmatig door de psychiater te worden opgenomen. Preventie-activiteiten (lichaamsbeweging, aangepast voedingspatroon) moeten ook vroeg worden opgestart, zonder af te wachten of er bijwerkingen optreden. In de richtlijnen wordt aanbevolen een persoon aan te wijzen die de zorg coördineert, zoals een gespecialiseerde verpleegkundige of een case manager in Nederland.

5.4.3. Tijdens de opname

De geïnterviewde huisartsen werkzaam in de psychiatrische ziekenhuissetting zeggen dat ze alle patiënten systematisch proberen te zien, bijvoorbeeld eenmaal per jaar of per zes maanden, en voor hen een **globaal medisch dossier** te openen (waarvoor ze geen vergoeding krijgen, omdat dit in theorie niet mogelijk is in een ziekenhuiscontext). Soms gebruiken ze de opname van een patiënt om een algemene balans op te maken van diens gezondheid, een behandeling opnieuw op te starten, of onderzoeken te doen die uitgesteld werden, vooral voor patiënten die lange tijd geen arts gezien hebben. Zo kunnen soms ernstige somatische aandoeningen opgespoord worden (hepatitis, kanker,...). De zorgverleners onderstrepen wel dat ze realistisch moeten blijven over het volgen van de behandeling als de patiënt het ziekenhuis eenmaal heeft verlaten. Daarom aarzelen sommigen om een behandeling op te starten of kiezen ze voor een suboptimale, minder strikte behandeling die meer kans heeft om gevolgd te worden.

Als er een **acuut somatisch probleem** optreedt tijdens het verblijf in het ziekenhuis, verwittigt de verpleegkundige de psychiater of huisarts, noteert dit in het dossier van de patiënt of vraagt een consultatie aan (of belt een ambulance, indien nodig). Het verpleegkundig personeel moet dus wel in staat zijn om de klachten te onderscheiden die echt op een somatisch probleem wijzen, of, anderzijds, moeten ze ook letten op signalen of attitudes die kunnen wijzen op een probleem bij een patiënt die hier niet over klaagt. Dat vraagt een zekere expertise. Hier willen we ook vermelden dat de patiënten het van hun kant betreuren dat zij niet altijd ernstig genomen worden wanneer ze een somatische klacht melden.

In het weekend of 's nachts wordt meestal de psychiater gecontacteerd die dan beslist of er al dan niet een huisarts of andere specialist gebeld wordt.

5.4.4. Preventie en gezondheidspromotie

Het is algemeen bekend dat personen met een psychiatrische aandoening vaak verschillende risicofactoren hebben zoals een ongezonde levensstijl, armoede (en sociale uitsluiting), of geen toegang tot dienstverlening (gezondheid, en andere). De internationale richtlijnen tonen aan dat sociale ondersteuning deze aspecten kan verbeteren en suggereren ook enkele mogelijke maatregelen, waaronder psycho-educatie en het ontwikkelen van de juiste vaardigheden om zelf voor de ziekte te zorgen.

De richtlijnen stellen ook dat zorgverleners erover moeten waken dat patiënten vanaf het moment van opname toegang hebben tot wetenschappelijk onderbouwde levensstijlinterventies. Jammer genoeg zijn evidence-based interventies nog steeds zeer zeldzaam. Alleen programma's rond lichaamsbeweging (die leuk moeten zijn, volgens het rapport!) en rookstopprogramma's lijken sluitende resultaten op te leveren (voor deze laatste geldt wel dat het een intensief, individueel programma moet zijn).[23]

In de praktijk stelt men vast dat **preventie en gezondheidspromotie geen prioriteiten zijn in de Belgische psychiatrische zorgcontext**. Men beschouwt dit als moeilijk toe te passen, vooral wanneer de verblijfsduur kort is. De teams zeggen wel dat ze bepaalde initiatieven hebben ingevoerd, zoals gezondheidsdagen of -weken, het organiseren van bewegingsactiviteiten enz. De omgeving laat dit echter niet altijd toe. Zo willen sommige teams bijvoorbeeld patiënten bewustmaken van het belang van een evenwichtige voeding, maar hebben ze geen enkele invloed op de kwaliteit van de geserveerde maaltijden of de aanwezigheid van frisdrank- of snoepautomaten in de setting. Sommige teams willen ook stoppen met roken aanmoedigen, maar er is geen financiële tussenkomst voor nicotinevervangers. De patiënten bevestigen en betreuren deze inconsistenties.

Andere initiatieven worden ook vermeld, bijvoorbeeld rond vaccinatie (griep), seksuele gezondheid en anticonceptie, screening, tandhygiëne of tandartsbezoek.

5.4.5. Opleiding van het personeel

We hebben eerder al vermeld dat het psychiatrisch personeel onvoldoende opleiding heeft wat somatische gezondheid betreft. De zorgverleners die in het kader van deze studie bevraagd werden zijn het er mee eens dat bijscholing overwogen moet worden. Er zou ook tijdens de opleiding van studenten meer aandacht moeten komen voor het gelijktijdig in acht nemen van zowel somatische als psychiatrische perspectieven.

De patiënten, die de vaardigheden in geestelijke gezondheid van de zorgteams erkennen en waarderen, zeggen anderzijds dat de somatische zorg zeker zou verbeteren als de nodige vaardigheden beschikbaar zouden zijn.

De literatuur bevestigt ook dat een opleiding voor zorgverleners in de psychiatrie in somatische zorg, waaronder ook de praktische aspecten, screening en preventie, inderdaad nuttig is.

5.5. Coördinatie van de zorg

5.5.1. Communicatie tussen zorgverleners en zorgcontinuïteit

In de internationale literatuur worden de coördinatie en integratie van de zorg als **essentiële elementen gezien voor kwaliteitszorg**. Uit de Belgische literatuur blijkt echter dat de samenwerking tussen psychiaters en somatische artsen verre van voldoende is.

We hebben de **communicatieproblemen** tussen de psychiatrische afdelingen en settings en de somatische specialisaties in de ziekenhuizen reeds aangehaald in het deel over vooroordelen, maar het hoort hier ook thuis. Dit is vooral het geval wanneer psychiatrische patiënten op een somatische afdeling (mogelijk in hetzelfde ziekenhuis) moeten onderzocht of verzorgd worden, of wanneer psychiatrische patiënten via de dienst spoedgevallen worden opgenomen en na een (te) beperkt lichamelijk onderzoek naar een psychiatrische afdeling worden doorverwezen. De psychiatrische teams zijn hierover erg gefrustreerd.

Het is ook vooral de **rol van de huisarts** waarop gefocust wordt. Ze staan vaak dicht bij de patiënt en kunnen psychiaters helpen de resultaten van lichamelijke onderzoeken en analyses te interpreteren; ze kunnen de link vormen tussen de psychiatrische afdeling en de somatische specialisten en communiceren met externe zorgverleners en garanderen op die manier de zorgcontinuïteit, vooral bij het ontslag van de patiënt (zie verder). De geïnterviewde zorgverleners maakten duidelijk dat goede **overeenkomsten tussen artsen of ziekenhuisafdelingen** over het organiseren van een consultatie door somatische artsen voor een patiënt op de afdeling psychiatrie, niet alleen de werkbelasting voor het zorgteam reduceerde, maar ook de wachttijd en de stress voor de patiënt. Zoals reeds vermeld, maar het kan hier herhaald worden: het is nodig om voor elke patiënt een (gepersonaliseerd, geïntegreerd, multidisciplinair) opvolgplan vast te leggen waarbij er **tijd wordt vrijgemaakt voor interdisciplinaire vergaderingen**.

In de internationale literatuur maakt men gewag van gedeelde budgetten voor een functie als **'somatische liaison'** die de samenwerking op vlak van somatische zorg kan verbeteren. Het is ook niet verbazend dat het gebruik van **informatietechnologieën** ter ondersteuning van de zorgverleners sterk wordt aanbevolen: gedeelde elektronische medische dossiers (die ook compatibel zijn met andere netwerken, gewesten, enz.), elektronische reminders voor onderzoeken die moeten gebeuren of drempelwaardes voor bepaalde parameters, een elektronische link met de apotheek voor voorschriften, online ter beschikking stellen van richtlijnen (bijv. ebpracticenet), enz.

Patiënten betreuren het dat zij zich bij het verlaten van het ziekenhuis soms zeer hulpeloos voelen bij het zelfstandig vinden van een huisarts, het organiseren van de thuismedicatie (die niet voorzien werd door het ziekenhuis), de opvolgingsafspraken maken voor hun somatische zorg door een specialist, enz. De zorgteams stelden voor dat er op systematische wijze **ontslagvergaderingen** georganiseerd zouden moeten worden, met de apotheker en de huisarts van de afdeling om de opvolging te organiseren en een ontslagbrief voor te bereiden met onderzoeksresultaten, noodzakelijke medicatie-opvolging, afspraken met andere zorgverleners, enz. (wat somatische zorg betreft). Er zijn settings waar sommige van deze zaken reeds bestaan. De teams zijn daar erg tevreden over, en zouden dit graag zien groeien. Er is wel een laatste aandachtspunt: het medisch beroepsgeheim vereist de toestemming van de patiënt voor er informatie gedeeld mag worden met externe zorgverleners of met de familie van de patiënt.

5.5.2. Communicatie met de patiënt

De patiënten zijn degenen die het meeste last hebben van de communicatieproblemen tussen zorgverleners (problemen met toegang tot dossiers van vroegere ziekenhuisopnames, delen van informatie met de huisarts op moment van opname of ontslag), maar ze maken zich vooral zorgen over de communicatieproblemen tussen henzelf en de zorgverleners: **gebrek aan informatie** over hun diagnose (psychiatrisch of somatisch), over de voorgeschreven behandeling, medicatiewijzigingen en eventuele bijwerkingen, over wie ze moeten contacteren als ze somatische problemen hebben, over de sociale beschermingsmaatregelen waarop zij recht hebben, enz.

Anderzijds zeggen ze betrekkelijk goed op de hoogte te zijn van het toezicht op de somatische bijwerkingen van hun medicatie, die volgens hen vrij goed onder controle worden gehouden, op enkele uitzonderingen na, zoals wanneer gewichtstoename niet wordt gecontroleerd. Zij melden echter dat zij bij het begin van de behandeling **niet altijd voldoende van tevoren over deze bijwerkingen zijn geïnformeerd**, hoewel sommige ervan een aanzienlijke invloed op hun leven en levenskwaliteit hebben. Enkele patiënten melden dat zij een moeilijke tijd doormaakten voordat zij zich realiseerden dat wat zij voelden of waarnamen 'slechts' een bijwerking van hun behandeling was.

6. SUGGESTIES VOOR VERBETERING VAN DE SOMATISCHE ZORG BIJ PERSONEN MET EEN PSYCHIATRISCHE AANDOENING

6.1. Naar een holistische, geïntegreerde en respectvolle benadering van personen met een psychiatrische aandoening

Een holistische, geïntegreerde en respectvolle benadering in de **zorg voor personen met een psychiatrische aandoening** is een **rode draad** doorheen de internationale richtlijnen (waaronder de richtlijn van de WHO). Het is inderdaad een algemene vaststelling dat de geestelijke gezondheid van de patiënt verbetert als er ook goed voor de somatische gezondheid wordt gezorgd, en omgekeerd. **De historische dichotomie tussen de psychiatrische en somatische zorg belemmert goede zorg**. De **globale gezondheid van de patiënt** wordt daarom best **vooropgesteld als einddoel** bij elke opname in een psychiatrische setting. Ook het **sociaal functioneren** en **empowerment van de patiënt** maken deel uit van het globale herstelproces. Een respectvolle benadering van de keuzes en wensen van de patiënt is daarom vereist. De gezondheidstoestand en de behandeling, alsook de beslissingen die worden genomen over resultaten moeten in overleg met de patiënt genomen worden.

Op dit moment zijn **de psychiatrische settings die in dit rapport zijn bestudeerd niet georganiseerd, gestructureerd of uitgerust om aan deze doelstellingen te voldoen.** Wij willen dit rapport dan ook afsluiten met een reeks algemene aanbevelingen die het mogelijk moeten maken om in de verschillende bestudeerde zorgcontexten een geïntegreerde benadering van de zorgbehoeften van de patiënt te implementeren. Dit betekent niet alleen de integratie van de psychologische en somatische behoeften, maar ook van de levensomstandigheden en de sociale omgeving waarop de patiënt kan rekenen.

Dit alles vereist een **heroverweging van de psychiatrische ziekenhuisopname** door deze niet langer te beschouwen als een 'aparte' entiteit in het zorglandschap. Dit is vooral het geval voor psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen binnen een algemeen ziekenhuis. De hervormingen die momenteel worden doorgevoerd in de nomenclatuur en de financiering van ziekenhuizen kunnen aangegrepen worden om deze aanpak te verwezenlijken. De initiatieven beschut wonen, die gericht zijn op het leven in de gemeenschap, zijn reeds meer geïntegreerd; als gevolg hebben een deel van de aanbevelingen minder betrekking tot deze zorgcontext. Psychiatrische verzorgingstehuizen nemen een tussenpositie in. **Daarom zijn de voorgestelde aanbevelingen vooral van toepassing op de eerste twee zorgomgevingen.**

6.1.1. Een behandelings- en nazorgplan voor elke patiënt, opgesteld in samenspraak

Iedere patiënt die in een psychiatrische setting wordt opgenomen moet een **behandelings- en nazorgplan krijgen, dat zowel psychiatrische als somatische zorg** omvat zoals aanbevolen in de internationale richtlijnen.

Dit plan erkent en handhaaft de **patiëntenrechten** (kwaliteitsvolle dienstverlening; je beroepsbeoefenaar vrij kiezen; geïnformeerd te worden over je gezondheidstoestand; instemmen met een handeling of deze weigeren; je patiëntendossier of een afschrift ervan inkijken; privacy; een klacht neerleggen bij de ombudsdienst; een vertegenwoordiger aanstellen). Het moet worden opgesteld en geüpdatet door het psychiatrisch team in overleg met de patiënt en met de familie of mantelzorger, indien de patiënt het wenst. Er moet eveneens met de patiënt besproken worden welke informatie met wie mag worden gedeeld. Het besluit wordt opgenomen in het (elektronisch) medisch dossier van de patiënt.

Het informeren en betrekken van de patiënt bij de zorg is zeer belangrijk. In deze optiek moet het **behandelings- en nazorgplan** informatie bevatten (o.a.) over de organisatie van de geïntegreerde zorg en dit voor zowel de dringende, de chronische als de preventieve zorg; over alle voorgeschreven geneesmiddelen en hun bijwerkingen, vanaf het begin van de behandeling; een schema van uit te voeren aanvullende onderzoeken; een overzicht van

de planning van medicatie in de loop van de tijd, en veranderingen in die medicatie als die zich voordoen. Er moet geval per geval bekeken worden hoe ad hoc medicatie bijv. pijnstillers kunnen bekomen worden en of zelfmedicatie kan gebruikt worden bijv. contraceptie en vitamines. Bovendien is het van belang dat elke somatische vraag van de patiënt op een respectvolle en vertrouwelijke manier wordt behandeld. In dit kader zou het nuttig zijn als in de opleiding van toekomstige beroepsbeoefenaars meer aandacht wordt besteed aan het gelijktijdig in aanmerking nemen van somatische en psychiatrische gezondheid, en aan het serieus nemen van somatische klachten.

Ook patiëntenverenigingen (of overheidsinstanties in samenwerking met dergelijke verenigingen) moeten bewustmakingsacties op touw zetten om patiënten met een psychiatrische aandoening te informeren over hun mogelijks verhoogde risico op somatische gezondheidsproblemen, maar ook over de sociale beschermingsmaatregelen waarop zij recht hebben.

6.1.2. Een behandelings- en nazorgplan gebaseerd op de internationale richtlijnen en aangepast aan de Belgische context

Het behandelings- en nazorgplan, opgesteld in overleg met de patiënt, staat **centraal in de internationale richtlijnen**. Meerdere voorstellen voor een plan voor goede somatische zorg voor personen met een psychiatrische aandoening zijn beschreven in de internationale literatuur, maar deze worden in België niet op regelmatige basis toegepast. De zorgverleners vragen om precieze, **aan ons land aangepaste aanbevelingen, adviezen voor goede praktijken en instrumenten**. Het werk dat in het kader van dit project is verricht, heeft ons in staat gesteld veel 'behandelingsplannen' en 'nazorgpaden' te identificeren, maar de meeste interventies die zij bevatten, zijn gebaseerd op consensus wegens gebrek aan bewijs. Daarom zal het nodig zijn **een procedure van consensusvorming** op gang te brengen voor de aanpassing van deze buitenlandse plannen en richtlijnen aan de Belgische context, in overleg met de betrokken clinici en patiëntenverenigingen.

Hoewel de details van de uit te voeren interventies voor België nog moeten worden verfijnd, kunnen de grote lijnen nu al worden getrokken. Het plan voor behandeling en opvolging moet daarom op zijn minst voorzien in een **medische controle bij opname**, een zorgvuldige controle van de **bijwerkingen van de voorgeschreven** geneesmiddelen gedurende de gehele opnameperiode, en activiteiten ter **vermindering van somatische risicofactoren** (in het bijzonder opvolging door een diëtist voor elke patiënt die psychiatrische geneesmiddelen gebruikt, individuele ondersteuning bij het stoppen met roken, opvolging door een kinesitherapeut of beweegcoach vanaf het begin van de behandeling). Ten slotte moet het **behandelings- en opvolgplan gezondheidsinterventies omvatten zoals aangeboden aan de algemene bevolking**, bijvoorbeeld consulten op het gebied van seksuele gezondheid (screening op seksueel overdraagbare aandoeningen, bespreking en aanbod van voorbehoedsmiddelen...), relevante vaccinaties, of screening op darm-, borst- en baarmoederhalskanker.

6.2. Toegang tot de somatische zorg

We hebben gezien dat de toegang tot somatische zorg voor psychiatrische patiënten moeilijker is dan voor de rest van de bevolking, hetgeen kan duiden op discriminatie. De factoren die verantwoordelijk zijn voor deze situatie zijn enerzijds de vooroordelen tegenover psychiatrische patiënten en hun zorgverleners en anderzijds de **historische beperkingen die inherent zijn aan de regelgeving** en het daaruit voortvloeiende **gebrek aan financiële middelen voor somatische zorg** (honoraria, uitrusting, infrastructuur, logistiek).

Een belangrijk uitgangspunt is dat elke patiënt die in een psychiatrische setting wordt opgenomen, **toegang** moet hebben tot **somatische zorg die vergelijkbaar is met die van de algemene bevolking.**

Daartoe lijkt het een minimumvereiste te zijn dat elke psychiatrische setting ten minste één **huisarts** in het psychiatrische team heeft en dat deze huisarts voldoende werktijd heeft in verhouding tot de behoeften van de dienst/setting. Deze functie van huisarts moet structureel worden bezoldigd en administratieve beperkingen (nomenclatuur, beperking van het

voorschrijfgedrag, enz.) moeten worden opgeheven, zodat de huisarts zijn (somatisch) ambt zonder onnodige beperkingen kan uitoefenen.

Elke psychiatrische setting moet voor haar patiënten ook de toegang tot **somatische specialisten** organiseren naar gelang de behoeftes. Deze toegang moet beschreven zijn in duidelijke overeenkomsten tussen de settings, diensten of particuliere praktijken. Ook hier moeten de administratieve en logistieke beperkingen (nomenclatuur, vervoer van patiënten, enz.) worden opgeheven, zodat deze gespecialiseerde zorg zonder onnodige belemmeringen kan worden verleend. De uiteindelijke keuze van de specialist berust echter altijd bij de patiënt.

Het **psychiatrisch zorgpersoneel** geeft aan dat hun kennis van de algemene somatische zorg soms te beperkt is om in de dagelijkse zorgbehoeften van patiënten te kunnen voorzien. De literatuur bevestigt de voordelen van het opleiden van psychiatrische gezondheidswerkers in somatische gezondheidszorg, met inbegrip van praktische aspecten, screening en preventie. Het is dus nodig een **aanbod van permanente educatie** te voorzien voor het psychiatrische verzorgingsteam en hen aan te moedigen hieraan deel te nemen. Voor artsen en verpleegkundigen moet deze bijscholing ook **praktische vaardigheden** bevatten. Het is waarschijnlijk dat de **verpleegkundige normen** zullen moeten worden opgetrokken; de modaliteiten moeten eerst herzien worden.

De toegang tot somatische zorg omvat ook de toegang tot **specifieke zorg** zoals tandheelkundige zorg of gezinsplanning, zoals voor de algemene bevolking. Ten slotte is het van essentieel belang ervoor te zorgen dat de infrastructuur en de uitrusting van de dienst/setting aangepast zijn aan de somatische zorg, veilig en tijdig beschikbaar zijn. Dit houdt in dat de dienst/setting overeenkomsten moet hebben gesloten met plaatselijke actoren, bijvoorbeeld voor de huur van apparatuur (bv. rolstoel) of de toegang tot bepaalde infrastructuren (bv. medische beeldvorming).

6.3. Coördinatie van somatische zorgen, samenwerking tussen zorgverleners en continuïteit van de zorg

Het nastreven van een algemene gezondheidsdoelstelling impliceert uiteraard dat zorgverleners uit verschillende disciplines - of zij zich nu met somatische of psychische gezondheid bezighouden - met en rond de patiënt moeten communiceren en overleggen. Wij hebben hierboven gewezen op de noodzaak om beroepskrachten in de somatische zorg in de settings te integreren en de administratieve en financiële belemmeringen voor deze integratie weg te nemen. Het komt er nu op aan deze integratie te consolideren door een **echte samenwerking**, niet alleen binnen de zorgteams van de psychiatrische diensten, maar ook met de andere diensten of settings die bij de somatische zorg betrokken zijn, ten einde een **"transversale" continuïteit van de zorg** tot stand te brengen tijdens een ziekenhuisopname. Om het herstel van personen met een psychiatrische aandoening en hun terugkeer in de gemeenschap te bevorderen, moet ook de **lange termijn continuïteit van de zorg** een belangrijke doelstelling blijven gedurende de gehele ziekenhuisopname, van opname tot ontslag.

Wat de coördinatie van de zorg **tijdens de ziekenhuisopname** betreft, lijkt het logisch dat de **huisarts** verantwoordelijk is voor 1/ de coördinatie van de somatische zorg **binnen het psychiatrische team** (en dat hij in die hoedanigheid deelneemt aan de teamvergaderingen) en 2/ de betrekkingen met **externe dienstverleners**. Dit houdt in dat de huisarts voor elke patiënt een somatisch medisch dossier bijhoudt, dat wordt geïntegreerd in het psychiatrisch dossier. Dit **somatisch medisch dossier** moet worden **gedigitaliseerd**[f] en toegankelijk zijn voor alle betrokken zorgverleners (mits

[f] Wij gaan ervan uit dat de medische dossiers moeten worden gedigitaliseerd en dat het gebruik ervan moet worden aangemoedigd, overeenkomstig de huidige algemene tendens in de gezondheidszorg. Het viel buiten het bestek van deze studie om de specifieke digitaliseringsaspecten van de geestelijke gezondheidszorg te analyseren.

de patiënt ermee instemt). Het dossier moet (onder andere) het volgende omvatten: opvolging van bijwerkingen, resultaten van aanvullende onderzoeken, doorverwijzing naar specialisten en voorbereiding op ontslag. Elke externe arts die verder onderzoek verricht bij een psychiatrische patiënt moet de resultaten kunnen doorgeven aan de huisarts van het psychiatrische team in een vorm die kan worden toegevoegd aan het somatisch dossier van de patiënt.

Met deze taken op het gebied van zorgcoördinatie moet rekening worden gehouden bij de hierboven bedoelde **structurele financiering**. In **psychiatrische verzorgingstehuizen** zou een functie van coördinerend geneesheer kunnen worden gecreëerd, naar het model van de coördinerend en adviserend arts (CRA) in woon- en zorgcentra. Voor complexe chronische patiënten of patiënten met multimorbiditeit zou de financiering gebaseerd kunnen worden op het model van multidisciplinair overleg in de oncologie.

Wat de continuïteit van de zorg voor en na de ziekenhuisopname betreft, is het van essentieel belang **een goede communicatie tussen alle betrokken zorgverleners** tot stand te brengen en te handhaven vanaf het moment van de opname, tijdens de ziekenhuisopname en bij ontslag van de patiënt. Deze communicatie moet worden geschraagd door een doeltreffende informatie-uitwisseling in twee richtingen (afhankelijk van de instemming van de patiënt, zoals hierboven uiteengezet). Het is van essentieel belang dat het team dat de patiënt ontvangt **tijdig kan beschikken over de informatie** die nodig is voor een goed somatisch beheer (voorgeschiedenis, medicatieregime, enz.). Wanneer een psychiatrische patiënt wordt **overgeplaatst** naar een somatische dienst, of omgekeerd van een somatische dienst naar de psychiatrische dienst, moeten er structureel duidelijke afspraken worden gemaakt over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden. Op psychiatrische afdelingen binnen een algemeen ziekenhuis zou een ‘somatische liaisonfunctie’ kunnen worden gecreëerd (als afspiegeling van de bestaande psychiatrische liaisonfunctie), maar dit zal nader moeten worden bestudeerd.

Ten slotte moet systematisch een **raadpleging vóór het ontslag** worden georganiseerd (als onderdeel van het "behandelings- en opvolgplan"). Een ontslagrapport en een daaropvolgend opvolgplan moeten dan tijdig aan externe eerstelijnszorgverleners worden meegedeeld. Dit ontslagrapport moet een samenvatting geven van alle (psychiatrische of somatische) beoordelingen die tijdens het verblijf van de patiënt zijn uitgevoerd.

6.4. Gegevensverzameling en kwaliteitsindicatoren

We hebben gezien dat in België de epidemiologische gegevens over de somatische gezondheidstoestand van personen met een psychiatrische aandoening vaak onvolledig zijn en ons niet in staat stellen de gezondheidstoestand van deze mensen nauwkeurig in kaart te brengen. Het zou interessant zijn dit probleem te verhelpen, zonder de zorgteams te overladen met codeertaken. Daarom moet het systeem van het verzamelen van minimale psychiatrische gegevens (MPG) worden herzien om de somatische gegevens in de MPG waardevol te maken; bruikbaar voor het ontwikkelen en gebruiken van indicatoren, en van nut voor onderzoeksdoeleinden.

6.5. Verder onderzoek

Sommige van de hierboven vermelde aanbevelingen doen vragen rijzen waarop we nog geen empirisch onderbouwde antwoorden hebben. Dit zijn allemaal onderzoeksthema's die in de nabije toekomst moeten worden verkend:

- Hoe kan de continuïteit van de somatische zorg gewaarborgd worden in termen van optimale samenwerking tussen eerste en tweede lijn met inbegrip van de mobiele teams?
- Wat zijn modellen van samenwerking tussen externe huisartsen en somatische artsen werkzaam in een zorgsetting zoals een psychiatrisch ziekenhuis waar patiënten soms langdurig verblijven?
- Wat zou de rol kunnen zijn van een ‘somatische liaison" functie in de psychiatrische diensten binnen een algemeen ziekenhuis?
- Wat zou de rol kunnen zijn van een verpleegkundige coördinator (case manager) in de organisatie van somatische zorg in een psychiatrische setting (cf. model van Nederland) en welke opleiding zou nodig zijn om deze functie in België te creëren?
- Hoe kan de preventie en de behandeling van gewichtstoename en stoppen met roken bij patiënten worden verbeterd?
- In hoeverre zouden nieuwe communicatietechnologieën (bijv. teleconsultatie) gebruikt kunnen worden om de somatische zorg in de psychiatrische setting te optimaliseren?
- Welke zijn de optimale personeelszorgnormen (aantal, kwalificatie, functie-differentiatie) in een psychiatrische setting? Hoe kan in de verloning rekening gehouden worden met specifieke bijkomende competenties en het financieren van de opleiding ervan?
- In het algemeen zou de financiering van psychiatrische ziekenhuizen zorgvuldig onderzocht moeten worden in het kader van de lopende hervorming van de financiering van ziekenhuizen.

AANBEVELINGEN[g]

Aan de vier psychiatrische settings die in dit rapport bestudeerd zijn en hun zorgpersoneel:

1. In de geest van een holistische, geïntegreerde en respectvolle benadering van de zorg voor patiënten met een psychiatrische aandoening, voorzie voor elke patiënt die in een psychiatrische setting wordt opgenomen een behandelings- en nazorgplan dat zowel zijn psychiatrische als zijn somatische zorg omvat.

Dit plan moet:

a) de rechten van patiënten erkennen en toepassen (kwaliteitsvolle dienstverlening; je beroepsbeoefenaar vrij kiezen; geïnformeerd worden over je gezondheidstoestand; instemmen met een handeling of deze weigeren; recht om je patiëntendossier of een afschrift ervan in te kijken; het respecteren van je privacy; mogelijkheid om een klacht neer te leggen bij de ombudsdienst; mogelijkheid om een vertegenwoordiger aan te stellen);

b) worden opgesteld (en bijgewerkt) door het verzorgend team in overleg met de patiënt (en familie of mantelzorger indien gewenst door de patiënt);

c) worden vastgelegd in een (elektronisch) medisch dossier dat op naam van de patiënt is geopend (zie ook aanbeveling 4/a);

d) de aanbevelingen inzake somatische gezondheidszorg in acht nemen die in een nog op te stellen Belgische richtlijn zijn vastgelegd (zie aanbeveling 2);

e) (onder meer) het volgende omvatten: informatie over de organisatie van geïntegreerde zorg, met inbegrip van urgente, chronische en preventieve aspecten; informatie over alle voorgeschreven geneesmiddelen en hun bijwerkingen, vanaf het begin van de behandeling; een schema van uit te voeren aanvullende onderzoeken; een overzicht van de planning van medicatie in de loop van de tijd, en van wijzigingen in die medicatie wanneer die zich voordoen; afspraken per geval over de wijze waarop medicatie zoals pijnstillers kunnen worden verkregen en over de mogelijkheid van zelfmedicatie, bijvoorbeeld voor anticonceptie en vitamines;

[g] Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.

f) **duidelijk stellen welke informatie kan worden gedeeld en met wie, op de basis van overleg met de patiënt; dit besluit moet in het (elektronische) medisch dossier worden vermeld.**

Aan de beroepsverenigingen die verband houden met psychiatrie en algemene geneeskunde, en aan de patiëntenverenigingen:

2. **Herwerk de internationale richtlijnen over de somatische gezondheidszorg van patiënten met een psychiatrische aandoening in ziekenhuizen voor de Belgische context, en dit volgens een evidence-based onderzoeks- en consensusproces met de betrokken clinici.**

Deze Belgische richtlijn dient:

a) **de stappen te beschrijven van de medische evaluatie bij opname en van het toezicht op de bijwerkingen van de voorgeschreven medicatie tijdens de volledige duur van de ziekenhuisopname;**

b) **te voorzien in activiteiten om de risicofactoren voor somatische aandoeningen te verminderen, met name, dieetbegeleiding voor elke patiënt die psychiatrische medicatie neemt, begeleiding bij lichaamsbeweging vanaf de start van de behandeling, individuele rook-stop interventies;**

c) **gezondheidsinterventies te voorzien zoals beschikbaar voor de algemene bevolking, bijvoorbeeld een consult seksuele gezondheid (screening op seksueel overdraagbare aandoeningen, bespreking en aanbieding van contraceptie, enz); relevante vaccinaties, of screening op darm-, borst- en baarmoederhalskanker;**

d) **actief te worden verspreid in de verschillende regio's van het land.**

Aan het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen:

3. **Zorg ervoor dat elke patiënt die in een psychiatrische setting is opgenomen, toegang heeft tot somatische zorg die vergelijkbaar is met die van de algemene bevolking, naar gelang van zijn of haar specifieke behoeften. Daartoe is het nodig dat:**

a) **er in elke psychiatrische setting ten minste één huisarts binnen het psychiatrisch team voorzien wordt om somatische zorg aan patiënten te verlenen. In algemene ziekenhuizen zou deze rol kunnen worden vervuld door een internist, of zou een "somatische liaisonfunctie" kunnen worden gecreëerd (als afspiegeling van de**

bestaande psychiatrische liaisonfunctie). Deze arts moet over voldoende tijd beschikken die in verhouding staat tot de behoeften van de dienst/zorgcontext en deze arbeidstijd moet structureel worden bezoldigd;

b) de administratieve beperkingen rond somatische zorg (nomenclatuur, beperkingen in het voorschrijven,...) worden opgeheven zodat de huisarts zijn werk naar behoren en zonder belemmeringen kan uitoefenen;

c) er duidelijke afspraken gemaakt worden tussen psychiatrische settings, diensten of particuliere praktijken om in elke setting/dienst de toegang van patiënten tot somatische specialisten te organiseren naar gelang van de behoeften van de patiënten;

d) de administratieve en logistieke beperkingen (nomenclatuur, patiëntenvervoer, enz.) worden weggenomen, zodat deze gespecialiseerde zorg zonder onnodige beperkingen kan worden verleend;

e) de toegang tot zorgpersoneel met kennis van de algemene somatische zorg wordt verzekerd om in de dagelijkse verpleegkundige zorg van de patiënt te kunnen voorzien (zie ook aanbeveling 7). Dit kan een herziening van de verpleegkundige normen inhouden;

f) de specifieke zorg, zoals tandheelkundige zorg of preventieve zorg, in dezelfde mate toegankelijk is als de zorg die aan de bevolking in het algemeen wordt geboden;

g) de infrastructuur en de apparatuur voor somatische zorg toereikend, veilig en tijdig beschikbaar zijn. Voor psychiatrische ziekenhuizen houdt dit in dat overeenkomsten moeten worden gesloten met plaatselijke actoren, bijv. voor de huur van uitrusting (bijv. rolstoelen) of de toegang tot bepaalde infrastructuur (bijv. medische beeldvorming*).*

Aan de vier psychiatrische settings die in dit rapport zijn bestudeerd en hun verplegend personeel, alsook aan het RIZIV voor de financieringsaspecten:

4. Organiseer de werking van de diensten zodanig dat de arts die belast is met de coördinatie van de somatische zorg binnen het psychiatrisch team kan deelnemen aan de vergaderingen van het psychiatrisch team en een goede communicatie kan onderhouden met de zorgverleners buiten de dienst/setting. Daartoe is het noodzakelijk:

a) **dat er voor elke patiënt een (elektronisch) medisch dossier voor de somatisch zorg wordt opgestart en dit geïntegreerd in het psychiatrisch dossier. Dit somatisch medisch dossier moet digitaal toegankelijk zijn voor alle betrokken zorgverleners (mits de patiënt ermee instemt);**

b) **dat voor elke patiënt bij opname de huisarts of behandelend arts van de patiënt geïdentificeerd en gecontacteerd wordt, voor het delen van de medische gegevens;**

c) **de taken van zorgcoördinatie te financieren als deel van de structurele financiering vernoemd onder aanbeveling 3/a;**

d) **dat voor psychiatrische verzorgingstehuizen een functie van coördinerend arts gecreëerd wordt naar het model van de coördinerend en adviserend art (CRA) in woonzorgcentra.**

5. **Zorg ervoor dat een goede communicatie tussen zorgverleners intern en extern van de setting/dienst mogelijk is over de nodige patiëntinformatie op het tijdstip van opname, bij het ontslag, en bij overdracht van een patiënt naar een andere setting/dienst voor verder onderzoek. Dit vereist:**

   a) **duidelijke structurele afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden bij elke overplaatsing van een psychiatrische patiënt naar een somatische dienst of omgekeerd van een somatische dienst naar de psychiatrische dienst;**

   b) **systematisch, voorafgaand aan het ontslag van de patiënt, een consultatie met de somatische arts en het (tijdig) delen van het ontslagverslag en vervolgplan met de externe eerstelijnszorgverleners. Dit ontslagrapport moet ook een samenvatting bevatten van alle (psychiatrische en somatische) evaluaties die tijdens het verblijf van de patiënt zijn uitgevoerd.**

Aan de medische hogescholen en universiteiten die toekomstige gezondheidswerkers opleiden, aan beroepsverenigingen die verband houden met psychiatrie:

6. **Leid toekomstige gezondheidswerkers op met het basisidee van een holistische visie op de persoon, en om op elke patiëntvraag in te gaan en deze vraag op een respectvolle manier te behandelen.**

7. **Bied alle artsen, verpleegkundigen, opvoeders en ander personeel in de gezondheidszorg werkzaam in een psychiatrische setting een permanente educatie aan over somatische**

zorg en moedig hen aan deel te nemen. Voor artsen en verpleegkundigen moet deze permanente educatie ook praktische vaardigheden omvatten.

Aan overheidsinstanties en verenigingen van geestelijke gezondheid, patiëntenverenigingen en zelfhulpgroepen:

8. **Zet sensibiliseringsactiviteiten op om personen met een psychiatrische aandoening te informeren over hun verhoogde risico op somatische gezondheidsproblemen en de sociale beschermingsmaatregelen waarop zij recht hebben.**

Aan de FOD Volksgezondheid en de gezondheidsautoriteiten van de gefedereerde entiteiten:

9. **Herzie de gegevensverzameling van de minimale psychiatrische gegevens (MPG), zodat deze beter bruikbaar zijn en ingezet kunnen worden voor het opstellen van indicatoren en gebruikt worden voor onderzoek.**

Aan de wetenschappelijke gemeenschap:

10. **Om de vele vragen te beantwoorden waarop wij nog geen empirisch onderbouwde antwoorden hebben, moet onderzoek worden verricht naar de volgende onderwerpen:**
    a) **Hoe kan de continuïteit van de somatische zorg gewaarborgd worden in termen van optimale samenwerking tussen eerste en tweede lijn met inbegrip van de mobiele teams?**
    b) **Wat zijn modellen van samenwerking tussen externe huisartsen en somatische artsen werkzaam in een zorgsetting zoals een psychiatrisch ziekenhuis waar patiënten soms langdurig verblijven?**
    c) **Wat zou de rol kunnen zijn van een 'somatische liaisonfunctie' op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis?**
    d) **Wat zou de rol kunnen zijn van een verpleegkundige coördinator (case manager) in de organisatie van somatische zorg in een psychiatrische setting (naar Nederlands model) en welke opleiding zou nodig zijn om deze functie in België te creëren?**
    e) **Hoe kan de preventie en de behandeling van gewichtstoename en stoppen met roken bij patiënten worden verbeterd?**

f) **In hoeverre zouden nieuwe communicatietechnologieën (bijv. teleconsultatie) gebruikt kunnen worden om de somatische zorg voor de psychiatrische patiënt te optimaliseren?**

g) **Welke zijn de optimale personeelszorgnormen (aantal, kwalificatie, functie-differentiatie) in een psychiatrische setting? Hoe kan in de verloning rekening gehouden worden met specifieke bijkomende competenties en het financieren van de opleiding ervan?**

h) **In het algemeen zou de financiering van psychiatrische ziekenhuizen zorgvuldig onderzocht moeten worden in het kader van de lopende hervorming van de financiering van ziekenhuizen.**

REFERENTIES

1. World Health Organization. Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. Geneva; 2018. .
2. World Health Organization. Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives: policy brief. Geneva; 2017.
3. De Nayer A, De Hert M, Scheen A, Van Gaal L, Peuskens J, on behalf of the consensus group. Belgian consensus on metabolic problems associated with atypical antipsychotics. Int J Psychiatry Clin Pract. 2005;9(2):130-7.
4. Brams G. Opvolging van somatische complicaties bij chronisch gebruik van antipsychotica in de huisartspraktijk. Leuven: KU Leuven; 2018.
5. Coenen M, Neels C, Van Winckel S. Opvolging van het gebruik van antipsychotica met aandacht voor cardiometabole neveneffecten. Masterproef farmaceutische zorg. 2016.
6. De Greef A, Sweers K, Wampers M, Van Eyck D, Hubloue Y, De Hert M. Monitoring van fysieke gezondheid bij mensen met schizofrenie, de rol van psychiatrisch verpleegkundigen. Psychiatrie en Verpleging. 2008;8:238-48.
7. Verfaillie F. Het optimaliseren van de somatische zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen. Het Perron. 2012;28(1):1767-74.
8. Desplenter S. Exploring the impact of medication information for psychiatric patients at hospital discharge. De Impact van gerichte informatie over geneesmiddelen aan gehospitaliseerde psychiatrische patiënten bij ontslag uit het ziekenhuis; Doctoraatsthesis KUL. 2009.
9. De Hert M, Vancampfort D. Screening, opvolging en behandeling van cardiovasculaire risicofactoren bij behandeling met antipsychotische medicatie. Neuron. 2012;17(5):1-6.

10. Martens N, Destoop M, Goossens B, Dom G. Verpleegkundige somatische en farmacologische zorg binnen Vlaamse 2b-teams: een crosssectioneel verkennend onderzoek. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2018;6:374-85.

11. Mitchell AJ, Vancampfort D, Manu P, Correll CU, Wampers M, van Winkel R, et al. Which clinical and biochemical predictors should be used to screen for diabetes in patients with serious mental illness receiving antipsychotic medication? A large observational study. PLOS ONE. 2019;14(9):e0210674.

12. Shiers DE, Rafi I, Cooper SJ, Holt RIG. Positive Cardiometabolic Health Resource: an Intervention framework for patients with psychosis and schizophrenia. 2014 Updata. Royal College of Psychiatrists, London. 2014.

13. Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, Siskind D, Rosenbaum S, Galletly C, et al. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. Lancet Psychiatry. 2019;6(8):675-712.

14. Stubbs B, De Hert M, Sepehry AA, Correll CU, Mitchell AJ, Soundy A, et al. A meta-analysis of prevalence estimates and moderators of low bone mass in people with schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2014;130(6):470-86.

15. Janssen EM, McGinty EE, Azrin ST, Juliano-Bult D, Daumit GL. Review of the evidence: prevalence of medical conditions in the United States population with serious mental illness. Gen Hosp Psychiatry. 2015;37(3):199-222.

16. Ayano G, Tulu M, Haile K, Assefa D, Habtamu Y, Araya G, et al. A systematic review and meta-analysis of gender difference in epidemiology of HIV, hepatitis B, and hepatitis C infections in people with severe mental illness. Ann Gen Psychiatry. 2018;17:16.

17. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet. 2012;380(9836):37-43.

18. MacLean RR, Sofuoglu M, Rosenheck R. Tobacco and alcohol use disorders: Evaluating multimorbidity. Addict Behav. 2018;78:59-66.

19. Stubbs B, Koyanagi A, Veronese N, Vancampfort D, Solmi M, Gaughran F, et al. Physical multimorbidity and psychosis: comprehensive cross sectional analysis including 242,952 people across 48 low- and middle-income countries. BMC Med. 2016;14(1):189.

20. Stubbs B, Vancampfort D, Veronese N, Kahl KG, Mitchell AJ, Lin PY, et al. Depression and physical health multimorbidity: primary data and country-wide meta-analysis of population data from 190 593 people across 43 low- and middle-income countries. Psychol Med. 2017;47(12):2107-17.

21. Vancampfort D, Koyanagi A, Hallgren M, Probst M, Stubbs B. The relationship between chronic physical conditions, multimorbidity and anxiety in the general population: A global perspective across 42 countries. Gen Hosp Psychiatry. 2017;45:1-6.

22. Public Health England. Severe mental illness (SMI) and physical health inequalities: briefing. 2018.

23. Meeuwissen JAC, van Meijel B, van Piere M, Bak M, Bakkenes M, van der Kellen D, et al. (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl). Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: V&VN.; 2015.

COLOFON

Titel:	Somatische zorg in een psychiatrische setting – Synthese
Auteurs:	Vicky Jespers (KCE), Wendy Christiaens (KCE), Laurence Kohn (KCE), Isabelle Savoye (KCE), Patriek Mistiaen (KCE)
Facilitator:	Nathalie Swartenbroeckx (KCE)
Redactie synthese:	Karin Rondia (KCE)
Reviewers:	Carl Devos (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Irina Cleemput (KCE), Marijke Eyssen (KCE)
Externe experten en stakeholders:	Mario Barremaecker (ZNA), Sabine Corachan (LUSS), Dien Cuypers (Psychiatrisch ziekenhuis Bethaniënhuis, Zoersel), Paul De Bock (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu), Jan De Lepeleire and Marc De Hert, (Medisch Centrum - UPC KU Leuven (Universitair Psychiatrisch Centrum en Department of Public Health and Primary Care, General practice), Raf De Rycke (Broeders van Liefde), Kristien De Vos (FIHP), Isabelle De Wispeleir (NVKVV - werkgroep geestelijke gezondheidszorg), Benjamin Delaunoit (Intergroupe circuits de soins internés de l'IPF de concertation en SM), Maarten Desimpel ((AUVB – NVKVV Beroepsorganisatie voor verpleegkundigen werkgroep geestelijke gezondheidszorg), Martin Desseilles (Université de Namur), Sylvie Gérard (Centre supérieur de la santé (CSS)), Ariane Ghekiere (Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg vzw (VIKZ), Agentschap zorg & gezonheid), Benoit Gillain (Conseil fédéral des professions de soins en santé mentale), An Haekens (Alexianen Zorggroep Tienen), Marie-Clotilde Lebas (Province de Namur), Harmen Lecok (Interkabinetten werkgroep GGZ), Muriel Lindekens (Intergroupe circuits de soins internés de l'IPF de concertation en SM), Suzy Maes (FIHP), Nicolaas Martens (UAntwerpen), Chantal Mathy (RIZIV – INAMI), Maxime Résibois (CRéSaM), Isabel Moens (Kabinet Vandenbroucke), Pierre Oswald (Centre Hospitalier Jean Titeca, Brussel), Charlotte Seaux (UPC Leuven), Karen Smets (Domus Medica), Hilde Stoop (PC Bethanie Zoersel), Emmanuel Thermolle (Fédération des Initiatives d'Habitations Protégées (FIHP)), Lindsay Van Belle (UZ Gent), Kris Van den Broeck (Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP)), Rik Van Nuffel (Steunpunt Geestelijke Gezondheid), Frans Vandendriessche (Psychiatrisch ziekenhuis Duffel), Alexis Vanderlinden (CRéSaM), Patrick Vanneste (Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles (AVIQ)), Tamara Visser (UZ Gent)
Externe validatoren:	Patricia Kirkove (Centre Hospitalier Jean Titeca, Brussel), Philippe Nuss (Sorbonne Université, Frankrijk), Ronald Van Gool (GGZ inGeest, Nederland)
Acknowledgements:	Wij danken de belanghebbenden, deskundigen, beroepsbeoefenaars en patiënten voor het delen van hun kennis, meningen en ervaringen tijdens de vergaderingen en interviews. Wij appreciëren ten zeerste de tijd en moeite die de patiënten hebben genomen om hun verhaal te doen; hartelijk dank aan u allen. Wij danken ook de patiëntenorganisaties Psytoyens ASBL (Daniel Muller, François Vilain, Thomas Grégoire, Laëtitia Cunin, Véronique Sneessens, Joéllie Sprumont), Uylenspiegel (Ann Van Der Vloet), de Ligue des usagers des services de santé (LUSS) (Sabine Corachan), en Steunpunt Geestelijke Gezondheid (Rik Van Nuffel) voor hun bijdragen

en input. Wij danken de deskundige Dr Herwig Van Dijck van het Sint-Maartenziekenhuis, het personeel van de ministeriële kabinetten en van de federale en regionale administraties voor hun reactie op onze vragen en in het bijzonder het Adhoc-team (Nathalie Terryn, Ine Alaerts, Delfien Verhelst, François Windy), het Agence pour une Vie de Qualité, AVIQ (Anouck Billiet, Patrick Vanneste, Christophe Buret), het VIP2- en VIKZ-team (Ariane Ghekiere, Svin Deneckere), en PAQS (Quentin Schoonvaere). Wij danken het Easytranslate team voor het transcriberen van de interviews (Willem Van Den Brekel). Met dank aan Sophie Gerkens (KCE).

Gemelde belangen:

Alle experten en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie, psychosomatische zorg. Daarom hebben zij per definitie mogelijks een zekere graad van belangenconflict

Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Benjamin Delaunoit (Directeur médical Les Marronnier - Hôpital psychiatrique), Jan Delepeleire (ASGB – artsensyndicaat), Martin Desseilles (BCNBP, CPFA, Université Namur), Kristien Devos (FIHP), Isabelle De Wispeleir (NVKVV), Geert Dom (Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in de Psychiatrie), Benoit Gillain (Psychiater - Société Royale de Médecine Mentale de Belgique), Nicolaas Martens (Zorggroep Multiversum), Chantal Mathy (NIHDI), Kris Van Den Broeck (Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie), Frans Vandendriessche (Psychiatrisch ziekenhuis Duffel)

Houder van intellectuele eigendomsrechten (patent, ontwikkelaar van een product, copyrights, trademarks, etc.): Martin Desseilles (boeken en wetenschappelijke publicaties)

Honoraria of een andere compensatie voor het schrijven van een publicatie of het deelnemen aan de ontwikkeling ervan: Martin Desseilles (boeken en wetenschappelijke publicaties)

Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker (‘principal investigator’) of onderzoeker: Jan Delepeleire (Supervisor van het project somatische autorisatie, UPC Universiteit Leuven), Martin Desseilles (onderzoek naar esketamine en rilatine), Geert Dom (Diverse studies op het gebied van verslaving en geestelijke volksgezondheids), Nicolaas Martens (hoofdonderzoeker «Collaborative Somatic Care in Long Term Care Outreach Teams»), Charlotte Seaux (Somatisch klaringsonderzoek UPC-Universiteit Leuven), Kris Van Den Broeck (verscheidene projecten, KCE rapport 296, KBS: anders communiceren over psychische klachten bij toekomstige huisartsen, lopend: samenwerking tussen huisarts en psychiater op de cardiovasculaire risicocare unit)

Een beurs, honoraria of fondsen voor een personeelslid of een andere vorm van compensatie voor het uitvoeren van onderzoek in het kader van het vorige punt: Martin Desseilles (Premier SPIN OFF (DY06) Frederic Peters), Kris Van Den Broeck (Leerstoel publieke geestelijke gezondheidszorg)

Consultancy of tewerkstelling voor een bedrijf, vereniging of organisatie die financieel kan winnen of verliezen door de resultaten van dit rapport: Martin Desseilles (CPFA), Chantal Mathy (NIHDI), Frans Vandendriessche (Janssen Pharmaceutics)

	Betalingen om te spreken, opleidingsvergoedingen, reisondersteuning of betaling voor deelname aan een symposium: Martin Desseilles (auteursrechten), Philippe Nuss (betaalde interventies voor laboratoria Eisai, Sanofi, Gilead, Novartis, Lundbeck, Otsuka), Lyndsay Van Belle (deelname aan BBT psychiatrie), Kris Van Den Broeck (conferentie Domus Medica: psychiatrie in de algemene geneeskunde, conferentie van huisartsen 6/10/2018) Voorzitterschap of verantwoordelijke functie in een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Dien Cuypers (Indirect belang als Hoofd Verpleegkundige en Fysieke Welzijn Coördinator in een groot psychiatrisch ziekenhuis), Jan Delepeleire (Coördinator Medisch Centrum, UPC Leuven), Raf De Rijcke (Organisatie Broeders van Liefde), Martin Desseilles (voorzitter BCNBP, directeur Dpt de psychologie de Namur), Isabelle De Wispeleir (departementshoofd MSP Lorkenstraat, Gent), Geert Dom (medisch directeur zorggroep Multiversum), Ariane Ghekiere (Toepassing van de resultaten van dit onderzoek binnen het VIKZ), An Haekens (medisch directeur van een psychiatrisch ziekenhuis), Pierre Oswald (medisch directeur van een psychiatrisch ziekenhuis), Karen Smets (co-coördinator van het art.107 netwerk 'Emergo'), Hilde Stoop (Somatisch arts in een psychiatrische instelling, Zoersel), Kris Van Den Broeck (directeur van de Vlaamse Psychiatrische Vereniging), Frans Vandendriessche (voorzitter van het Medisch Tuchtcollege UPC Duffel)
Layout:	Ine Verhulst, Joyce Grijseels
Cover foto's:	Amber De Herdt
Disclaimer:	• **De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.** • **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.** • **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur).** • **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**
Publicatiedatum:	23 maart 2021
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Belgium, Psychiatric Somatic Therapies, Mental Disorders, Mental Health Services, Health Care
NLM classificatie:	WM100
Taal:	Nederlands

Formaat: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot: D/2021/10.273/02

ISSN: 2466-6432

Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties.

Hoe refereren naar dit document? Jespers V, Christiaens W, Kohn L, Savoye I, Mistiaen P. Somatische zorg in een psychiatrische setting – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2021. KCE Reports 338As. D/2021/10.273/02.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.