

IMPLEMENTATIERAPPORT BIJ DE MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN “SOMATISCHE ZORG VOOR PERSONEN MET EEN EPA IN DE EERSTE LIJN”



Inhoudstafel

INLEIDING (ITEM A1)	3
AUTEURS	3
PRIORITERING VAN DE AANBEVELINGEN.....	4
IDENTIFICATIE EN ANALYSE VAN BARRIERES EN FACILITATOREN	7
IDENTIFICATIE EN ANALYSE VAN STRATEGIEËN OM DE IMPLEMENTATIE VAN DE AANBEVELINGEN TE FACILITEREN	7
STAKEHOLDERSCONSULTATIE	15
DE ONTWIKKELING VAN INDICATOREN BIJ DE IMPLEMENTATIESTRATEGIEËN.....	20
FINANCIERING EN CONFLICTERENDE BELANGEN (ITEM 22 EN 23 AGREE)	21

INLEIDING (ITEM A1)

Dit rapport beschrijft de stappen doorlopen voor de ontwikkeling van het implementatieplan bij de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn "somatische zorg voor personen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) in de eerste lijn". Het bevat ook de resultaten van het implementatieonderzoek. Voor de ontwikkeling van de feitelijke richtlijn, verwijzen we naar het methodologisch rapport daaromtrent.

AUTEURS

De auteurs van het implementatieplan, tevens de auteurs van de richtlijn (de 'core GDG'), zijn academici en klinici met multidisciplinaire expertise aangaande de klinische vragen die geadresseerd worden in de richtlijn en met kennis van de zorgorganisatie en het -landschap in België. Het zijn leden van het consortium UAntwerpen – UCLouvain.

Naam	Discipline en affiliatie	Rol binnen de GDG
Andréia Nascimento	Psychiater – Senior researcher UAntwerpen	Tijdelijke coördinator implementatieplan
Nicolaas Martens	Verpleegkundige – Beleidsmedewerker wetenschappelijk onderzoek Zorggroep Multiversum – Predoctoraal onderzoeker UAntwerpen	Domein-specifiek expert
Kris Van den Broeck	Psycholoog – Docent en doctor-assistent UAntwerpen - Directeur VVP	Promotor, domein-specifiek expert
Thérèse Van Durme	Verpleegkundige – Senior researcher en docent UCLouvain - coördinator Be.Hive	Methodologisch expert
Paul Van Royen	Huisarts - Gewoon hoogleraar en voorzitter Onderzoeksgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg UAntwerpen	Methodologisch expert

Daarnaast werd een stakeholdersgroep opgesteld. Deze werd geraadpleegd om de implementatiestrategieën te prioriteren.

Leden van de stakeholdersgroep (alfabetisch):

Jef Adriaenssens*	Geert Dom	Nathalie Pauwen*
Jean Luc Belche	Els Draeck	Joëlle Pieters*
Ahsley Boers*	Simon Ector	Liz Ponnet*
Eline Braet	Ellen Excelmans	Laura Rectem
Paul Calle	Nataly Filion	Deborah Seys*
Thierry Christiaens	Lies Grypdonck*	Carolien Strouwen*
Sam Cordyn*	Meike Horn*	Kim Sweers
Ellen Cornelis	Pascale Jonckheer*	Simon Van Cauwenbergh*
Marleen Correman*	Patricia Kirkhove	Jan Van der Mullen
Robin Crunenbergh	Simon Lambrichts	Chantal Vanherreweghen
Olivia Dalleur	An Lehouck*	Ellen Van Leeuwen
Hans De Loof	Chantal Leirs*	
Manon De Montigny	Marleen Louagie*	Andries Van Schuerbeek*
Lynn De Pelsmaeker	Houda Mahla*	Barbara Verboven
Marianne Destoop	Adeline Nicodeme*	Mieke Vermandere
Elfriede Dewallef*	Pierre Oswald	Stig Walravens
Joris D'Hooghe	Samira Ouraghi*	

* = leden van het begeleidingscomité; het begeleidingscomité werd eveneens uitgenodigd voor de uitgebreide stakeholdersconsultatie

PRIORITERING VAN DE AANBEVELINGEN

Op aanraden van het begeleidingscomité en met deskundig advies van EBPracticeNet en CEBAM werden uit de 27 aanbevelingen uit de richtlijn die aanbevelingen geselecteerd die het meest impact hadden.

Hiertoe beantwoordden de vaste auteurs voor elk van de aanbevelingen volgende vragen (op een 5-punts-Likertschaal, met 1=nee; 2=waarschijnlijk niet; 3=onzeker over de prioriteit; 4=waarschijnlijk wel; 5=ja):

1. Zijn de gevolgen van het niet naleven van deze aanbeveling ernstig (in termen van gezondheidswinst)?
2. Is er een groot aantal gevallen waarin deze aanbeveling niet wordt nageleefd?
3. Is er een groot aantal gevallen waarin de naleving ongelijk verdeeld is?
4. Vindt u dat deze aanbeveling haalbaar/toepasbaar is, met het oog op duurzaamheid, gepaste toepassing, juridische aspecten of andere determinanten (barrières of facilitatoren)?

Door de score voor elke vraag op te tellen, werd per aanbeveling en per beoordelaar een score verkregen tussen 5 en 20.

Als minstens 3 van de 4 beoordelaars een aanbeveling een totaalscore van 15 of meer gaven, werd de aanbeveling beschouwd als een prioritaire – want impactvolle – aanbeveling.

Volgende 10 aanbevelingen werden als prioritair beschouwd:

Klinische vraag 1 Welke systematische somatische screening wordt aanbevolen voor personen met een EPA en op welke manier?		
1	Initieer voor mensen met EPA in de eerste lijn strategieën om metabole risicoscreening aan te moedigen op niveau van de zorgverlener, patiënt en/of systeem.	GRADE 1C
2	Verricht bij alle mensen met een EPA een somatische screening die bestaat uit drie onderdelen: 1. algemene somatische screening; 2. medicatiemonitoring; 3. leefstijlanamnese.	GPP
3	Breng patiënten (en familie en naastbetrokkenen) op de hoogte van de uitslag van de screening en leg deze uit in begrijpelijke taal waarbij het voor de patiënt duidelijk wordt of iets wel of niet goed gaat en wat hieraan gedaan kan worden.	GPP
Klinische vraag 2 Welke specifieke leefstijlinterventies zijn aanbevolen voor personen met een EPA in de eerste lijn en op welke manier?		

Niet-farmacologisch gewichtsmanagement		
4	Initieer leefstijlinterventies bij mensen met EPA en overgewicht, of risico op overgewicht.	GRADE 1C
Farmacologisch gewichtsmanagement		
5	Als leefstijlinterventies of switch van psychotrope medicatie weinig effect hebben op het gewicht bij mensen met EPA die overgewicht of obesitas hebben, schrijf dan Metformine voor. Doe dit onder klinische supervisie en monitoring.	GRADE 1C
Rookstop		
6	Initieer bij mensen met een EPA in de eerste lijn Varenicline, Bupropion of NRT als farmacologische interventie bij rookstop.	GRADE 1C
Middelengebruik		
7	Indien een persoon met EPA cannabis of psychostimulatie gebruikt, geef feedback over het verminderen of stoppen hiervan – en bied ook nazorg.	GPP
Klinische vraag 3 Welke (psycho)farmacologische opvolging wordt aanbevolen voor personen met een EPA in de eerste lijn en op welke manier?		
8	Monitor tijdens behandeling met psychofarmaca volgende parameters: polsslag en bloeddruk, gewicht of BMI, nuchtere bloedglucose of HbA1c, reactie op de behandeling, inclusief veranderingen in symptomen en gedrag, bijwerkingen en hun invloed op de lichamelijke gezondheid en het functioneren, het ontstaan van bewegingsstoornissen.	GPP
Klinische vraag 4 Hoe moet het management gebeuren van lichamelijke klachten bij personen met een EPA in de eerste lijn?		
9	Zorg ervoor dat de verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij een patiënt met EPA in de eerste lijn op de hoogte zijn van wie de andere zorgverleners zijn.	GPP
10	Duid binnen het zorgteam één verantwoordelijke aan die de somatische zorgregie (continuïteit en coördinatie van de somatische zorg) op zich neemt. Dit binnen een kader van gedeelde verantwoordelijkheid.	GPP

IDENTIFICATIE EN ANALYSE VAN BARRIERES EN FACILITATOREN

Voor elk van de 10 prioritaire aanbevelingen werden barrières en facilitatoren geïdentificeerd. De auteurs baseerden zich hiervoor op:

- De (online) focusgroepen met patiënten, familieleden en zorgverleners die werden uitgevoerd tijdens het proces van richtlijnconstructie om in kaart te brengen hoe de somatische zorg voor mensen met EPA vandaag wordt georganiseerd;
- De literatuurstudie (scoping review) die in voorbereiding van de richtlijnconstructie werd uitgevoerd;
- De expertise van de auteurs.

De weerhouden barrières en facilitatoren werden gerangschikt volgens de 7 domeinen van Flottorp et al. (2013):

1. Richtlijnfactoren
2. Individuele factoren van de zorgverlener
3. Patiëntgebonden factoren
4. Professionele interacties
5. Stimulansen en middelen
6. Vermogen tot gedragsverandering
7. Sociale, politieke en juridische factoren

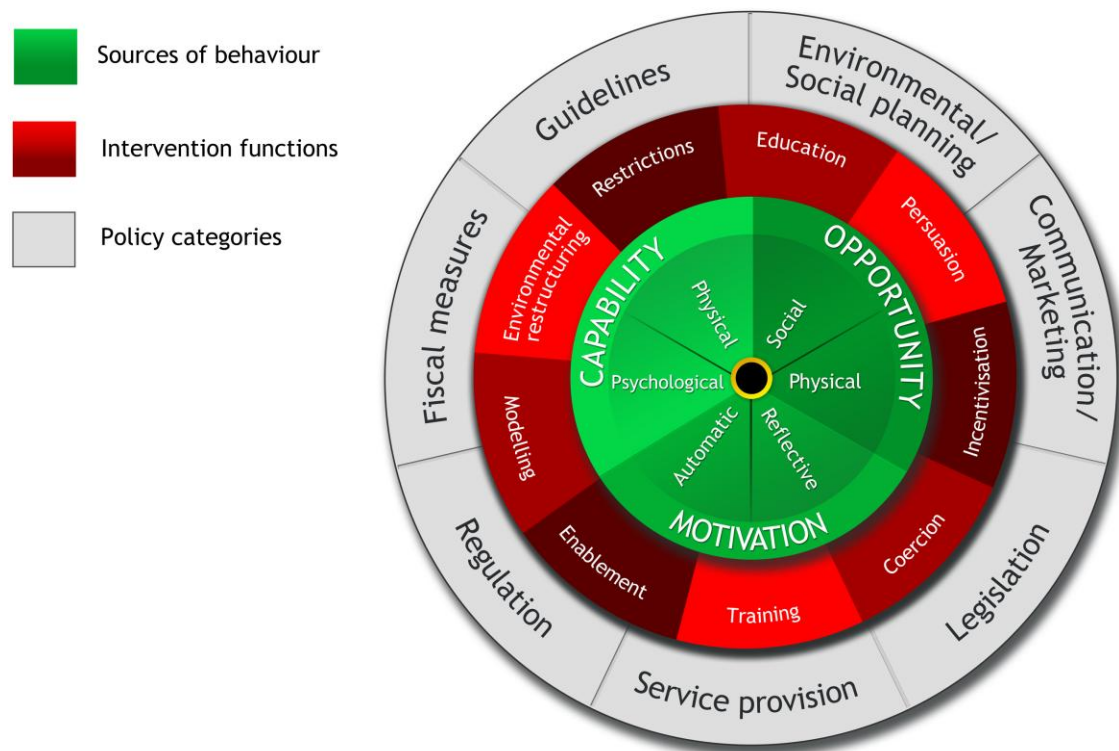
IDENTIFICATIE EN ANALYSE VAN STRATEGIEËN OM DE IMPLEMENTATIE VAN DE AANBEVELINGEN TE FACILITEREN

Voor elke groep van barrières die geformuleerd werden bij de verschillende geselecteerde prioritaire aanbevelingen, werden strategieën geformuleerd die de kans op een succesvolle implementatie van de aanbevelingen vergroten. Hiervoor baseerden de auteurs zich op:

- De (online) focusgroepen met patiënten, familieleden en zorgverleners die werden uitgevoerd tijdens het proces van richtlijnconstructie om in kaart te brengen hoe de somatische zorg voor mensen met EPA vandaag wordt georganiseerd;
- De literatuurstudie (scoping review) die in voorbereiding van de richtlijnconstructie werd uitgevoerd;

- De expertise van de auteurs.

De implementatie van een aanbeveling is geen rechtlijnig proces; het vraagt een (volgehouden) gedragsverandering bij zorgprofessionals en – vaak ook – patiënten. Bij de formulering van de implementatiestrategieën maakten we daarom gebruik van het Behaviour Change Wheel model (Michie et al., 2011).



Deze oefening resulteerde in de schema's op volgende bladzijden.

Drempels gerelateerd aan de individuele gezondheidsprofessional (Domein II):

1. Bewustzijn van en bekendheid met de aanbeveling: gebrek aan bewustzijn bij eerstelijns- en GGZ-professionals over de mortaliteit en het risico op somatische aandoeningen bij patiënten met EPA.
2. Professioneel gedrag / emoties: Stigma bij zorgverleners t.a.v. mensen met psychische problemen.
3. Verwachte uitkomsten: pessimisme over de therapietrouw, screening en leefstijlveranderingen bij mensen met EPA.
4. Benodigde vaardigheden:
 - Gebrek aan training voor het uitvoeren van leefstijlinterventies
 - Gebruik van technisch taalgebruik in de communicatie met patiënten en families, wat het moeilijk maakt voor hen om de resultaten van de screening te begrijpen en relevante acties te plannen.
 - Gebrek aan kennis over de werkingsmechanismen, bijwerkingen en interacties van psychotrope medicatie.
 - Onvoldoende vaardigheden / ervaring om middelengebruik aan te pakken bij mensen met EPA.
 - Gebrek aan (duidelijke) kennis over de rol van casemanager en/of zorgcoördinator en onvoldoende communicatieve vaardigheden om de zorg af te stemmen met verschillende zorgprofessionals en sectoren die betrokken zijn in de zorg voor patiënten met EPA.



BEÏNVLOEDEN



BEÏNVLOEDEN

Aanbevelingen:

1. Initieer voor mensen met EPA in de eerste lijn strategieën om metabole risicoscreening aan te moedigen op niveau van de zorgverlener, patiënt en/of systeem (Klinische vraag 1 – GRADE 1C)
2. Verricht bij alle mensen met een EPA een somatische screening die bestaat uit drie onderdelen: (1) algemene somatische screening; (2) medicatiemonitoring; en (3) leefstijlanamnese (Klinische vraag 1 – GPP)
3. Breng patiënten (en familie en naastbetrokkenen) op de hoogte van de uitslag van de screening en leg deze uit in begrijpelijke taal waarbij het voor de patiënt duidelijk wordt of iets wel of niet goed gaat en wat hieraan gedaan kan worden (Klinische vraag 1 – GPP)
4. Initieer leefstijlinterventies bij mensen met EPA en overgewicht of risico op overgewicht (Klinische vraag 2 – Niet-farmacologisch gewichtsmanagement – GRADE 1C)
5. Als leefstijlinterventies of switch van psychotrope medicatie weinig effect hebben op het gewicht bij mensen met EPA die overgewicht of obesitas hebben, schrijf dan Metformine voor. Doe dit onder klinische supervisie en monitoring (Klinische vraag 2 – Farmacologisch gewichtsmanagement – GRADE 1C)
6. Initieer bij mensen met een EPA in de eerste lijn Varenicline, Bupropion of NRT als farmacologische interventie bij rookstop (Klinische vraag 2 – Rookstop – GRADE 1C)
7. Indien een persoon met EPA cannabis of psychostimulantie gebruikt, geef feedback over het verminderen of stoppen hiervan – en bied ook nazorg (Klinische vraag 2 – Middelengebruik – GPP)
8. Monitor tijdens behandeling met psychofarmaca volgende parameters: polsslag en bloeddruk, gewicht of BMI, nuchtere bloedglucose of HbA1c, reactie op de behandeling, inclusief veranderingen in symptomen en gedrag, bijwerkingen en hun invloed op de lichamelijke gezondheid en het functioneren, het ontstaan van bewegingsstoornissen (Klinische vraag 3 – GPP)
10. Duid binnen het zorgteam één verantwoordelijke aan die de somatische zorgregie (continuïteit en coördinatie van de somatische zorg) op zich neemt. Dit binnen een kader van gedeelde verantwoordelijkheid (Klinische vraag 4 – GPP)

Strategieën:

- Promoot educatieve programma's voor eerstelijns- en GGZ-professionals over het verhoogde risico op morbiditeit en mortaliteit door chronische niet-overdraagbare ziekten, met name cardiovasculaire en pulmonale aandoeningen, tumoren en seksueel overdraagbare aandoeningen bij patiënten met EPA. (1.1)
- Promoot educatieve programma's voor eerstelijnsprofessionals over EPA. Deze programma's moeten praktische tips en strategieën bevatten, met aandacht voor taalgebruik, stigma en motiverende strategieën. (1.2)
- Bied eerstelijns- en GGZ-professionals gespecialiseerde training in leefstijlinterventies, waaronder motiverende gespreksvoering, voorschriften voor fysieke activiteit en voedingsadvies. Dit verbetert hun vermogen om ongezond gedrag bij hun patiënten aan te pakken. Training helpt ook om stigma te verminderen en de lage verwachtingen van wat patiënten met EPA kunnen bereiken, te doorbreken. (1.3)
- Bied eerstelijnsprofessionals gespecialiseerde training aan over de werkingsmechanismen, bijwerkingen en interacties van psychotrope medicijnen (inclusief de mogelijkheid van toename van psychotische symptomen veroorzaakt door bupropion of varenicline). (1.4)
- Bied eerstelijnsprofessionals gespecialiseerde training om middelengebruik bij EPA-patiënten te onderzoeken en aan te pakken. (1.5)
- Bied de persoon die verantwoordelijk is voor de zorgregie op somatisch vlak training om effectief het zorgmanagement op te nemen en de communicatie tussen diverse zorgverleners te faciliteren. (1.6)

Drempel gerelateerd aan patiëntfactoren (Domein III):

1. Geloof van de patiënt: zelfstigma
2. Gedrag van de patiënt:
 - Sedentaire levensstijl
 - Ongezond diet
 - Roken (sommige patiënten gebruiken tabak om beter te kunnen omgaan met de psychiatrische symptomen of de bijwerkingen van psychotrope medicatie)
 - Gebruik van cannabis of stimulantie (sommige patiënten gebruiken deze middelen om beter te kunnen omgaan met de psychiatrische symptomen of de bijwerkingen van psychotrope medicatie)
3. Kennis van de patiënt: beperkt inzicht in un gezondheidsproblemen (bijv. Gewichtstoename of roken) of de mogelijke voordelen van levensstijlinterventies.
4. Motivatie van de patiënt: lage motivatie en therapietrouw als gevolg van psychiatrische symptomen, cognitieve problemen, bijwerkingen van medicatie en/of middelengebruik
5. Behoeften van de patiënt:
 - Levensomstandigheden: armoede, werkloosheid, problemen inzake stabiele huisvesting, ... Het is moeilijk om zich op leefstijlveranderingen te richten wanneer de basisbehoeften niet vervuld zijn.
 - Ondersteunend netwerk: sociale isolatie en beperkte ondersteunende netwerken. Dit vermindert mogelijk het vermogen om deel te nemen aan groepsinterventies of om aanbevelingen te kunnen volgen.



BEÏNVLOEDEN



BEÏNVLOEDEN

Aanbevelingen:

1. Initieer voor mensen met EPA in de eerste lijn strategieën om metabole risicoscreening aan te moedigen op niveau van de zorgverlener, patiënt en/of systeem (Klinische vraag 1 – GRADE 1C)
4. Initieer leefstijlinterventies bij mensen met EPA en overgewicht of risico op overgewicht (Klinische vraag 2 – Niet-farmacologisch gewichtsmanagement – GRADE 1C)
5. Als leefstijlinterventies of switch van psychotrope medicatie weinig effect hebben op het gewicht bij mensen met EPA die overgewicht of obesitas hebben, schrijf dan Metformine voor. Doe dit onder klinische supervisie en monitoring (Klinische vraag 2 – Farmacologisch gewichtsmanagement – GRADE 1C)
6. Initieer bij mensen met een EPA in de eerste lijn Varencecline, Bupropion of NRT als farmacologische interventie bij rookstop (Klinische vraag 2 – Rookstop – GRADE 1C)
7. Indien een persoon met EPA cannabis of psychostimulantie gebruikt, geef feedback over het verminderen of stoppen hiervan – en bied ook nazorg (Klinische vraag 2 – Middelengebruik – GPP)

Strategieën:

Op patiënt-niveau

- Promoot educatieve programma's voor patiënten en familieleden over de risico's en het belang van somatische aandoeningen, evenals de stappen voor medicatie-opvolging. Besteed hierbij aandacht aan de factoren die bijdragen aan de lage prioriteit die somatische aandoeningen krijgen bij patiënten met EPA. Deze programma's moeten gebruikmaken van verschillende formats, waaronder workshops, brochures en digitale platforms, om tegemoet te komen aan uiteenlopende niveaus van gezondheidsgeletterdheid en patiëntbetrokkenheid. (2.1)
- Maak gebruik van ervaringsdeskundigen om stigma en isolatie te doorbreken. Ze kunnen dienen als rolmodellen voor succesvolle gedragsveranderingen. Interventies geleid door ervaringsdeskundigen zijn effectief gebleken in het vergroten van deelname aan fysieke activiteiten en stoppen met roken (bijvoorbeeld buddyprojecten). (2.2)
- Implementeer programma's zoals 'Healthy Living Workshops' of gestandaardiseerde groepsinterventies die eenvoudig en duidelijk gestructureerde doelen hebben. Deze zijn toegankelijker voor patiënten met cognitieve moeilijkheden of een verminderde concentratie. Het opsplitsen van complexe gedragsveranderingen in kleine, haalbare stappen helpt om overweldiging te verminderen. (2.3)
- Introduceer bij patiënten zelfmonitoringstools (bijvoorbeeld stappentellers of voedingsdagboeken) en bied strategieën om persoonlijke doelstellingen op te maken, de voortgang op te volgen en gemotiveerd te blijven. Cognitief-gedragstherapeutische benaderingen die patiënten aanmoedigen om eigenaarschap te nemen over hun gedragsveranderingen, kunnen in deze inspirerend zijn. (2.4).

Op zorgverlener-niveau:

- Bied zorgverleners educatieve programma's aan om gedeelde besluitvormingsprocessen te stimuleren bij het voorschrijven van medicatie. Betrek hierbij naast zorgverleners (zoals artsen, apothekers, verpleegkundigen) ook patiënten met EPA en hun families. (2.5a / 4.2)
- Bied zorgverleners educatieve programma's aan om gedeelde besluitvormingsprocessen te stimuleren bij het voorschrijven van gedragsinterventies. Betrek hierbij naast zorgverleners (zoals artsen, apothekers, verpleegkundigen) ook patiënten met EPA en hun families. (2.5b)
- Moedig eerstelijnszorgverleners aan om patiënten met EPA door te verwijzen naar beweegcoaches (bijvoorbeeld via het programma "Bewegen Op Verwijzing"). (2.6)
- Wijs een zorgverlener aan (bijvoorbeeld een administratieve kracht) die verantwoordelijk is voor het opvolgen van afspraken en no-shows. (2.7)

Drempel gerelateerd aan patiëntfactoren (Domein III):

1. Geloof van de patiënt: zelfstigma
2. Gedrag van de patiënt:
 - Sedentaire levensstijl
 - Ongezond diet
 - Roken (sommige patiënten gebruiken tabak om beter te kunnen omgaan met de psychiatrische symptomen of de bijwerkingen van psychotrope medicatie)
 - Gebruik van cannabis of stimulantie (sommige patiënten gebruiken deze middelen om beter te kunnen omgaan met de psychiatrische symptomen of de bijwerkingen van psychotrope medicatie)
3. Kennis van de patiënt: beperkt inzicht in un gezondheidsproblemen (bijv. Gewichtstoename of roken) of de mogelijke voordelen van levensstijlinterventies.
4. Motivatie van de patiënt: lage motivatie en therapietrouw als gevolg van psychiatrische symptomen, cognitieve problemen, bijwerkingen van medicatie en/of middelengebruik
5. Behoeften van de patiënt:
 - Levensomstandigheden: armoede, werkloosheid, problemen inzake stabiele huisvesting, ... Het is moeilijk om zich op leefstijlveranderingen te richten wanneer de basisbehoeften niet vervuld zijn.
 - Ondersteunend netwerk: sociale isolatie en beperkte ondersteunende netwerken. Dit vermindert mogelijk het vermogen om deel te nemen aan groepsinterventies of om aanbevelingen te kunnen volgen.



BEÏNVLOEDEN



BEÏNVLOEDEN

Aanbevelingen:

1. Initieer voor mensen met EPA in de eerste lijn strategieën om metabole risicoscreening aan te moedigen op niveau van de zorgverlener, patiënt en/of systeem (Klinische vraag 1 – GRADE 1C)
4. Initieer leefstijlinterventies bij mensen met EPA en overgewicht of risico op overgewicht (Klinische vraag 2 – Niet-farmacologisch gewichtsmanagement – GRADE 1C)
5. Als leefstijlinterventies of switch van psychotrope medicatie weinig effect hebben op het gewicht bij mensen met EPA die overgewicht of obesitas hebben, schrijf dan Metformine voor. Doe dit onder klinische supervisie en monitoring (Klinische vraag 2 – Farmacologisch gewichtsmanagement – GRADE 1C)
6. Initieer bij mensen met een EPA in de eerste lijn Varencecline, Bupropion of NRT als farmacologische interventie bij rookstop (Klinische vraag 2 – Rookstop – GRADE 1C)
7. Indien een persoon met EPA cannabis of psychostimulantie gebruikt, geef feedback over het verminderen of stoppen hiervan – en bied ook nazorg (Klinische vraag 2 – Middelengebruik – GPP)

Strategieën:

Op micro-niveau

- Bied leefstijlinterventies / toegang tot sportfaciliteiten binnen de geestelijke gezondheidszorg (bijv. psychiatrische klinieken of gemeenschapscentra voor geestelijke gezondheid). Dit kan de toegankelijkheid en continuïteit van zorg verbeteren. Door bewegingsprogramma's in reguliere psychiatrische zorg te integreren, zal er meer participatie zijn en minder versnippering van de zorg. (3.1)
- Bied programma's m.b.t. leefstijlinterventies aan buiten de traditionele settings, zoals in gemeenschapscentra, en/of voorzie interventies in de thuisomgeving (bijv. thuisoefenplannen, kookworkshops) om toegankelijkheidsproblemen te overwinnen die verband houden met sociaal-economische barrières of ernstige symptomen. (3.2)
- Ondersteun lokaal besturen om leefstijlinitiatieven (zoals sportactiviteiten, ontspanning, gezond winkelen en koken) zichtbaar en toegankelijk te maken. (3.3)

Op meso-niveau:

- Ondersteun patiëntenverenigingen die actief betrokken zijn in activiteiten gericht op een gezonde levensstijl. (3.4)
- Bevorder de integratie van sociale diensten binnen de geestelijke gezondheidszorg, zodat patiënten ondersteund worden bij bijvoorbeeld huisvestingsproblemen of de weg vinden naar voedselbanken zo nodig. Dit kan helpen om in basisbehoeften te voorzien, waardoor patiënten zich gemakkelijker kunnen richten op leefstijlveranderingen. (3.5)
- Stimuleer partnerschappen met sport- en kunstcentra om fysieke activiteiten en sport te faciliteren. (3.6)

Drempels gerelateerd aan professionele interacties (Domein IV):

1. Verwijzingsprocessen:
 - Gebrek aan communicatie tussen eerstelijnsprofessionals
 - Gebrek aan communicatie tussen verschillende sectoren (gezondheidszorg, welzijnszorg) betrokken in de zorg voor mensen met EPA
 - Onzekerheid onder zorgverleners over wie verantwoordelijk is voor de communicatie met andere zorgverleners of over wie de samenwerking moet initiëren
2. Teamprocessen: gebrek aan gedeelde besluitvormingsprocessen bij het voorschrijven van medicatie en gedragsinterventies, waarbij belangrijke zorgverleners (bijv. artsen, apothekers, verpleegkundigen) en patiënten met EPA en hun families betrokken zijn.



BEÏNVLOEDEN



BEÏNVLOEDEN

Aanbevelingen:

2. Verricht bij alle mensen met een EPA een somatische screening die bestaat uit drie onderdelen: (1) algemene somatische screening; (2) medicatiemonitoring; en (3) leefstijlanamnese (Klinische vraag 1 – GPP)
3. Breng patiënten (en familie en naastbetrokkenen) op de hoogte van de uitslag van de screening en leg deze uit in begrijpelijke taal waarbij het voor de patiënt duidelijk wordt of iets wel of niet goed gaat en wat hieraan gedaan kan worden (Klinische vraag 1 – GPP)
4. Initieer leefstijlinterventies bij mensen met EPA en overgewicht of risico op overgewicht (Klinische vraag 2 – Niet-farmacologisch gewichtsmanagement – GRADE 1C)
5. Als leefstijlinterventies of switch van psychotrope medicatie weinig effect hebben op het gewicht bij mensen met EPA die overgewicht of obesitas hebben, schrijf dan Metformine voor. Doe dit onder klinische supervisie en monitoring (Klinische vraag 2 – Farmacologisch gewichtsmanagement – GRADE 1C)
6. Initieer bij mensen met een EPA in de eerste lijn Varencecline, Bupropion of NRT als farmacologische interventie bij rookstop (Klinische vraag 2 – Rookstop – GRADE 1C)
7. Indien een persoon met EPA cannabis of psychostimulantie gebruikt, geef feedback over het verminderen of stoppen hiervan – en bied ook nazorg (Klinische vraag 2 – Middelengebruik – GPP)
9. Zorg ervoor dat de verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij een patiënt met EPA in de eerste lijn op de hoogte zijn van wie de andere zorgverleners zijn (Klinische vraag 4 – GPP)
10. Duid binnen het zorgteam één verantwoordelijke aan die de somatische zorgregie (continuïteit en coördinatie van de somatische zorg) op zich neemt. Dit binnen een kader van gedeelde verantwoordelijkheid (Klinische vraag 4 – GPP)

Strategieën:

- Voor wat betreft de taken die betrekking hebben op de screeningsprocedures en somatische opvolging: delegeer naar of verdeel deze taken onder de zorgverleners die – naast de huisarts – al betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt (bijv. verpleegkundigen, apothekers, ...). (4.1 / 5.4)
- Bied zorgverleners educatieve programma's aan om gedeelde besluitvormingsprocessen te stimuleren bij het voorschrijven van medicatie. Betrek hierbij naast zorgverleners (zoals artsen, apothekers, verpleegkundigen) ook patiënten met EPA en hun families. (2.5a / 4.2)
- Stimuleer casusbesprekingen (face-to-face of online) tussen professionals in de geestelijke gezondheidszorg en de eerstelijnszorg over psychotrope medicatie, bijwerkingen, levensstijlveranderingen en het beheer van somatische gezondheid. (4.3)
- Stimuleer casusbesprekingen (face-to-face of via online) tussen de gezondheidszorg en welzijnssectoren over de behoeften en leefstijlveranderingen van patiënten met EPA. (4.4)
- Creëer beleid dat de rol van zorgmanagers erkent en belooft. Dit omvat ook financiële prikkels voor zij die deze verantwoordelijkheden op zich nemen. (4.5 / 5.3)

Drempels gerelateerd aan incentives en middelen (Domein V):

1. Beschikbaarheid van benodigde middelen:
 - Gebrek aan huisartsen in sommige regio's.
 - Onvoldoende tijd voor eerstelijnsprofessionals om een volledige screening uit te voeren en advies te geven over leefstijlveranderingen.
 - Gebrek aan geschikte omgevingen voor de zorg voor mensen met EPA; wachtkamers en ruimtes waar onderzoeken worden uitgevoerd, zijn vaak niet erg uitnodigend voor patiënten met EPA.
 - Gebrek aan aangepaste standaardleefstijlinterventies. De bestaande standaardleefstijlinterventies houden onvoldoende rekening met de specifieke behoeften van mensen met EPA. Veel programma's houden bijv. geen rekening met de cognitieve, emotionele of motivatiegerelateerde uitdagingen waar deze patiënten mee kampen.
2. Financiële prikkels en belemmeringen:
 - Er is geen vergoeding voor de zorgverlener die de screening uitvoert.
 - Er is geen vergoeding voor de persoon die verantwoordelijk is voor het management van de somatische zorg.
 - Er is geen of gebrekkige terugbetaling en er zijn weinig financiële stimulansen voor patiënten met EPA om een volledige screening te ondergaan en veranderingen in leefstijl door te voeren.



BEÏNVLOEDEN



BEÏNVLOEDEN

Aanbevelingen:

1. Initieer voor mensen met EPA in de eerste lijn strategieën om metabole risicoscreening aan te moedigen op niveau van de zorgverlener, patiënt en/of systeem (Klinische vraag 1 – GRADE 1C)
2. Verricht bij alle mensen met een EPA een somatische screening die bestaat uit drie onderdelen: (1) algemene somatische screening; (2) medicatiemonitoring; en (3) leefstijlanamnese (Klinische vraag 1 – GPP)
3. Breng patiënten (en familie en naastbetrokkenen) op de hoogte van de uitslag van de screening en leg deze uit in begrijpelijke taal waarbij het voor de patiënt duidelijk wordt of iets wel of niet goed gaat en wat hieraan gedaan kan worden (Klinische vraag 1 – GPP)
4. Initieer leefstijlinterventies bij mensen met EPA en overgewicht of risico op overgewicht (Klinische vraag 2 – Niet-farmacologisch gewichtsmanagement – GRADE 1C)
5. Als leefstijlinterventies of switch van psychotrope medicatie weinig effect hebben op het gewicht bij mensen met EPA die overgewicht of obesitas hebben, schrijf dan Metformine voor. Doe dit onder klinische supervisie en monitoring (Klinische vraag 2 – Farmacologisch gewichtsmanagement – GRADE 1C)
6. Initieer bij mensen met een EPA in de eerste lijn Varencecline, Bupropion of NRT als farmacologische interventie bij rookstop (Klinische vraag 2 – Rookstop – GRADE 1C)
7. Indien een persoon met EPA cannabis of psychostimulantie gebruikt, geef feedback over het verminderen of stoppen hiervan – en bied ook nazorg (Klinische vraag 2 – Middelengebruik – GPP)
8. Monitor tijdens behandeling met psychofarmaca volgende parameters: polsslag en bloeddruk, gewicht of BMI, nuchtere bloedglucose of HbA1c, reactie op de behandeling, inclusief veranderingen in symptomen en gedrag, bijwerkingen en hun invloed op de lichamelijke gezondheid en het functioneren, het ontstaan van bewegingsstoornissen (Klinische vraag 3 – GPP)
9. Zorg ervoor dat de verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij een patiënt met EPA in de eerste lijn op de hoogte zijn van wie de andere zorgverleners zijn (Klinische vraag 4 – GPP)
10. Duid binnen het zorgteam één verantwoordelijke aan die de somatische zorgregie (continuïteit en coördinatie van de somatische zorg) op zich neemt. Dit binnen een kader van gedeelde verantwoordelijkheid (Klinische vraag 4 – GPP)

Strategieën:

- Creëer beleid voor het behoud van verpleegkundigen en huisartsen in bepaalde regio's, inclusief financiële en niet-financiële prikkels. (5.1)
- Bied extra vergoedingen voor de zorgverlener die verantwoordelijk is voor screeningsprocedures die aanbevolen zijn in het kader van goede somatische zorg in de eerste lijn voor mensen met EPA. (5.2)
- Creëer beleid dat de rol van zorgmanagers erkent en beloont. Dit omvat ook financiële prikkels voor zij die deze verantwoordelijkheden op zich nemen. (4.5 / 5.3)
- Voor wat betreft de taken die betrekking hebben op de screeningsprocedures en somatische opvolging: delegeer naar of verdeel deze taken onder de zorgverleners die – naast de huisarts – al betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt (bijv. verpleegkundigen, apothekers, ...). (4.1 / 5.4)
- Voorzie langere consultatietijden (**met gepaste renummeratie**) voor patiënten met EPA of gespecialiseerde klinieken binnen de eerstelijnszorg voor psychofarmacologische opvolging voor deze doelgroep. (5.5)
- Bied extra vergoedingen voor eerstelijnsprofessionals voor het verlenen van zorg aan mensen met EPA. (5.6)
- Verbeter of creëer de terugbetaling voor patiënten met EPA die een somatische screening en relevante onderzoeken ondergaan, en die acties ondernemen die verband houden met een gezonde levensstijl. (5.7)

Drempels gerelateerd aan incentives en middelen (Domein V):

Informatiesystemen:

- Beperkte toegang voor andere eerstelijnsprofessionals dan de huisarts (verpleegkundigen, apothekers, psychologen, etc.) tot alle informatie uit het medische patiëntendossier. Dit maakt het moeilijk om informatie te delen over de screeningsprocedures, resultaten en therapietrouw aan gezonde leefstijlgedragingen en medicatie.
- Gebrek aan integratie tussen informatiesystemen van gezondheidszorg en welzijn.
- Gebrek aan een cultuur van registreren, raadplegen en delen van patiënteninformatie in elektronische medische dossiers bij huisartsen en artsen-specialisten.
- Gebrek aan begrip bij patiënten met EPA over het belang en de redenen om informatie uit elektronische patiëntendossiers te delen onder alle betrokken zorgverleners.



BEÏNVLOEDEN



BEÏNVLOEDEN

Aanbevelingen:

1. Initieer voor mensen met EPA in de eerste lijn strategieën om metabole risicoscreening aan te moedigen op niveau van de zorgverlener, patiënt en/of systeem (Klinische vraag 1 – GRADE 1C)
2. Verricht bij alle mensen met een EPA een somatische screening die bestaat uit drie onderdelen: (1) algemene somatische screening; (2) medicatiemonitoring; en (3) leefstijlanamnese (Klinische vraag 1 – GPP)
3. Breng patiënten (en familie en naastbetrokkenen) op de hoogte van de uitslag van de screening en leg deze uit in begrijpelijke taal waarbij het voor de patiënt duidelijk wordt of iets wel of niet goed gaat en wat hieraan gedaan kan worden (Klinische vraag 1 – GPP)
4. Initieer leefstijlinterventies bij mensen met EPA en overgewicht of risico op overgewicht (Klinische vraag 2 – Niet-farmacologisch gewichtsmanagement – GRADE 1C)
5. Als leefstijlinterventies of switch van psychotrope medicatie weinig effect hebben op het gewicht bij mensen met EPA die overgewicht of obesitas hebben, schrijf dan Metformine voor. Doe dit onder klinische supervisie en monitoring (Klinische vraag 2 – Farmacologisch gewichtsmanagement – GRADE 1C)
6. Initieer bij mensen met een EPA in de eerste lijn Varencecline, Bupropion of NRT als farmacologische interventie bij rookstop (Klinische vraag 2 – Rookstop – GRADE 1C)
7. Indien een persoon met EPA cannabis of psychostimulantie gebruikt, geef feedback over het verminderen of stoppen hiervan – en bied ook nazorg (Klinische vraag 2 – Middelengebruik – GPP)
8. Monitor tijdens behandeling met psychofarmaca volgende parameters: polsslag en bloeddruk, gewicht of BMI, nuchtere bloedglucose of HbA1c, reactie op de behandeling, inclusief veranderingen in symptomen en gedrag, bijwerkingen en hun invloed op de lichamelijke gezondheid en het functioneren, het ontstaan van bewegingsstoornissen (Klinische vraag 3 – GPP)
9. Zorg ervoor dat de verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij een patiënt met EPA in de eerste lijn op de hoogte zijn van wie de andere zorgverleners zijn (Klinische vraag 4 – GPP)
10. Duid binnen het zorgteam één verantwoordelijke aan die de somatische zorgregie (continuïteit en coördinatie van de somatische zorg) op zich neemt. Dit binnen een kader van gedeelde verantwoordelijkheid (Klinische vraag 4 – GPP)

Strategieën:

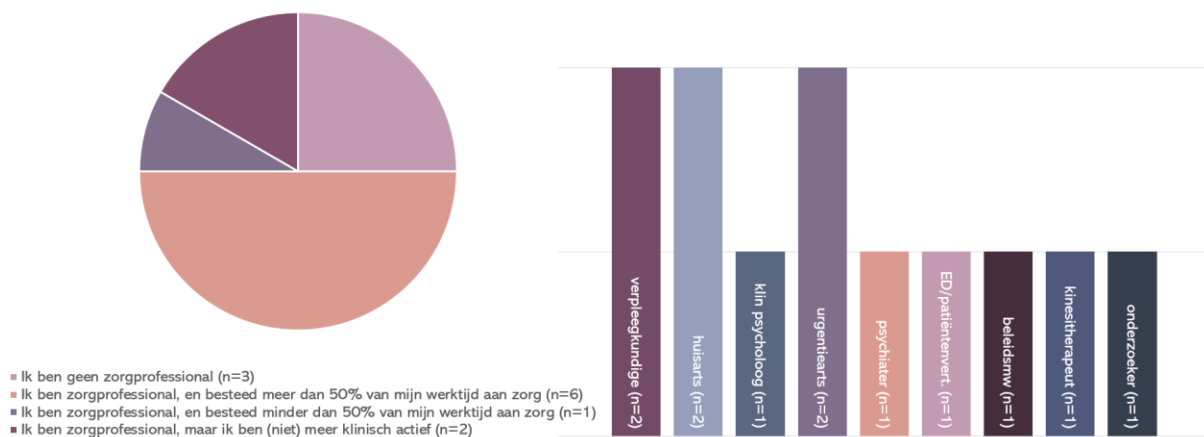
- Pas de regels voor het gebruik van informatiesystemen aan zodat ze toegankelijk zijn voor professionals in de gezondheidszorg en welzijnszorg. (6.1)
- Maak eHealth-infrastructuur beschikbaar voor alle zorgverleners. (6.2)
- Pas de huidige structuren van informatiesystemen aan zodat ze voldoen aan de behoeften van zorgverleners bij het raadplegen van patiëntgegevens (uiteraard mits toestemming van de patiënt en met inachtneming van de geldende wetgeving omtrent patiëntenrechten en gedeeld beroepsgeheim). (6.3)
- Integreer de huidige structuren om informatiesystemen van gezondheidszorg en welzijnszorg met elkaar te verbinden. (6.4)
- Creëer educatieve programma's om de mentaliteit rondom het gebruik en delen van gegevens bij zorgverleners en patiënten te veranderen. (6.5)

Gebruikmakend van Qualtrics, een online vragenlijsttool, werd de stakeholdersgroep tussen 16/1/2025 en 10/2/2025 om input gevraagd.

We vroegen hen:

- of ze akkoord waren met de werkwijze die we gehanteerd hadden om 10 prioritaire aanbevelingen te selecteren;
- of ze zich konden vinden in de gekozen prioritaire aanbevelingen;
- om de strategieën te rangschikken, en zo de meest belangrijke (of invloedrijke) strategieën te identificeren. De deelnemers kregen volgende instructie: 'Een strategie is belangrijker
 - als ze kan helpen om meerdere drempels aan te pakken en/of als ze kan helpen om een drempel aan te pakken die bij meerdere aanbevelingen speelt
 - als ze mogelijk meer bijdraagt aan de realisatie van de aanbeveling dan andere strategieën
 - als ze makkelijker te realiseren is dan andere strategieën en/of als ze meer aansluit bij de huidige beleidslijnen in de gezondheidszorg'

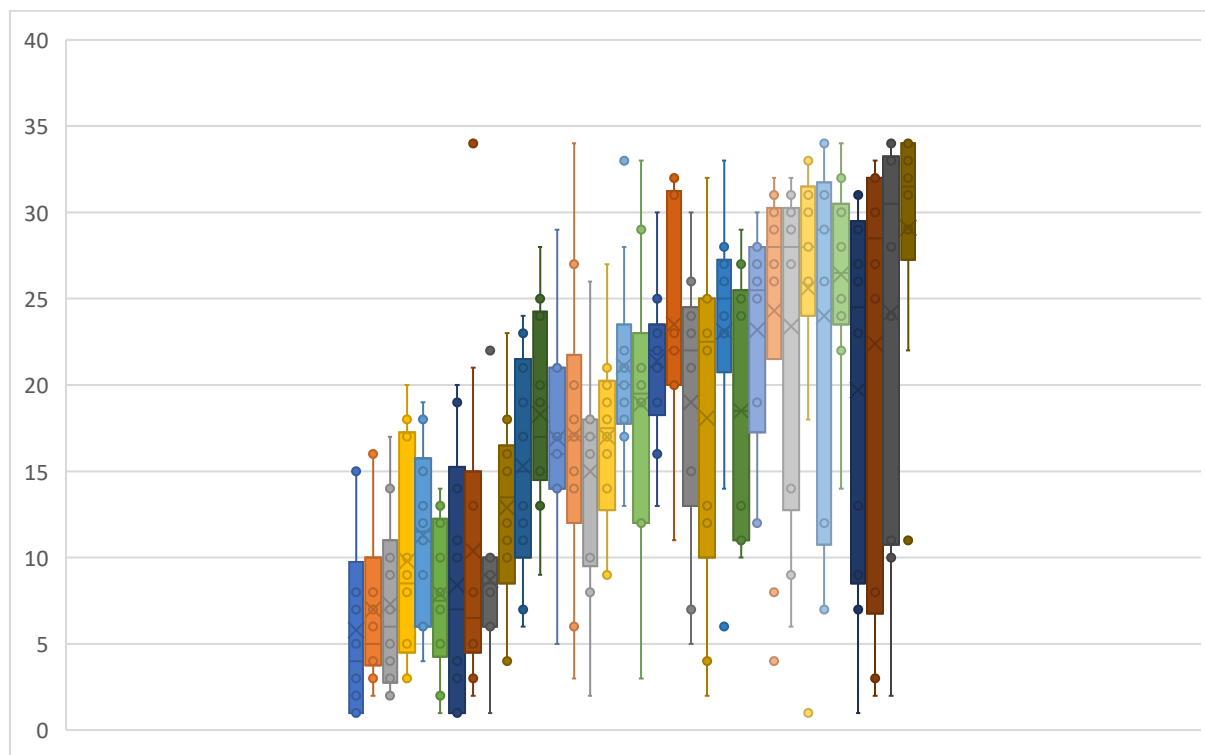
We kregen 12 reacties (3 Franstaligen). De figuren hieronder geven inzicht in de samenstelling van de steekproef.



Elf mensen konden zich vinden in de werkwijze die we gehanteerd hadden om te komen tot prioritaire aanbevelingen. De respondent die niet akkoord was, heeft zich vermoedelijk vergist; op de vervolgvraag die peilde naar een betere suggestie, werd geantwoord dat het een goede werkwijze was.

Iedereen kan zich vinden in de gemaakte selectie.

Bij de analyse van de rangschikking van de strategieën viel op dat de strategieën grotendeels in dezelfde volgorde bleven staan als waarin ze werden aangeboden, zie figuur hieronder. Dit deed vragen rijzen bij de validiteit van deze resultaten.



Volgens de stakeholders zijn de meest belangrijke strategieën (=hoogste gemiddelde score over alle stakeholders) om op in te zetten, wil men een succesvolle implementatie van de richtlijnen bekomen;

1	Promoot educatieve programma's voor eerstelijns- en GGZ-professionals over het verhoogde risico bij patiënten met EPA op morbiditeit en mortaliteit door chronische niet-overdraagbare ziekten (vooral hart-en vaatziekten, longaandoeningen en tumoren) en seksueel overdraagbare infecties (1.1)
2	Promoot educatieve programma's voor eerstelijnsprofessionals over EPA. Deze programma's moeten praktische tips en strategieën bevatten, met aandacht voor taalgebruik, stigma en motiverende strategieën. (1.2)
3	Bied eerstelijns- en GGZ-professionals gespecialiseerde training in leefstijlinterventies, waaronder motiverende gespreksvoering, voorschriften voor fysieke activiteit en voedingsadvies. Dit verbetert hun

	vermogen om ongezond gedrag bij hun patiënten aan te pakken. Training helpt ook om stigma te verminderen en de lage verwachtingen van wat patiënten met EPA kunnen bereiken, te doorbreken. (1.3)
6	Bied de persoon die verantwoordelijk is voor de zorgregie op somatisch vlak training om effectief het zorgmanagement op te nemen en de communicatie tussen diverse zorgverleners te faciliteren. (1.6)
7	Promoot educatieve programma's voor patiënten en familieleden over de risico's en het belang van somatische aandoeningen, evenals de stappen voor medicatie-opvolging. Besteed hierbij aandacht aan de factoren die bijdragen aan de lage prioriteit die somatische aandoeningen krijgen bij patiënten met EPA. Deze programma's moeten gebruik maken van verschillende formats, waaronder workshops, brochures en digitale platforms, om tegemoet te komen aan uiteenlopende niveaus van gezondheidsgeletterdheid en patiëntbetrokkenheid. (2.1)
9	Implementeer programma's zoals 'Healthy Living Workshops' of gestandaardiseerde groepsinterventies die eenvoudig en duidelijk gestructureerde doelen hebben. Deze zijn toegankelijker voor patiënten met cognitieve moeilijkheden of een verminderde concentratie. Het opsplitsen van complexe gedragsveranderingen in kleine, haalbare stappen helpt om overweldiging te verminderen. (2.3)
4	Bied eerstelijnsprofessionals gespecialiseerde training aan over de werkingsmechanismen, bijwerkingen en interacties van psychotrope medicijnen (inclusief de mogelijkheid van toename van psychotische symptomen veroorzaakt door bupropion of varenicline). (1.4)
8	Maak gebruik van ervaringsdeskundigen om stigma en isolatie te doorbreken. Ze kunnen dienen als rolmodellen voor succesvolle gedragsveranderingen. Interventies geleid door ervaringsdeskundigen zijn effectief gebleken in het vergroten van deelname aan fysieke activiteiten en stoppen met roken (bijvoorbeeld buddyprojecten). (2.2)
5	Bied eerstelijnsprofessionals gespecialiseerde training om middelengebruik bij EPA-patiënten te onderzoeken en aan te pakken. (1.5)
10	Introduceer bij patiënten zelfmonitoringstools (bijvoorbeeld stappentellers of voedingsdagboeken) en bied strategieën om persoonlijke doelen op te maken, de voortgang op te volgen en gemotiveerd te blijven. Cognitief-gedragstherapeutische benaderingen die patiënten aanmoedigen om eigenaarschap te

	nemen over hun gedragsveranderingen, kunnen in deze inspirerend zijn. (2.4)
--	---

Gezien de twijfels inzake validiteit, besloten de auteurs om in hun besloten groep eveneens de strategieën te rangschikken naar belangrijkheid. Hun top 10 ziet er zo uit:

27	Voorzie langere consultatietijden met gepaste renumeratione voor patiënten met EPA en gespecialiseerde klinieken binnen de eerstelijnszorg voor psychofarmacologische opvolging voor deze doelgroep. (5.5)
6	Bied de persoon die verantwoordelijk is voor de zorgregie op somatisch vlak training om effectief het zorgmanagement op te nemen en de communicatie tussen diverse zorgverleners te faciliteren. (1.6)
25	Creëer beleid voor het behoud van verpleegkundigen en huisartsen in bepaalde regio's, inclusief financiële en niet-financiële prikkels. (5.1)
7	Promoot educatieve programma's voor patiënten en familieleden over de risico's en het belang van somatische aandoeningen, evenals de stappen voor medicatie-opvolging. Besteed hierbij aandacht aan de factoren die bijdragen aan de lage prioriteit die somatische aandoeningen krijgen bij patiënten met EPA. Deze programma's moeten gebruik maken van verschillende formats, waaronder workshops, brochures en digitale platforms, om tegemoet te komen aan uiteenlopende niveaus van gezondheidsgeletterdheid en patiëntbetrokkenheid. (2.1)
1	Promoot educatieve programma's voor eerstelijns- en GGZ-professionals over het verhoogde risico bij patiënten met EPA op morbiditeit en mortaliteit door chronische niet-overdraagbare ziekten (vooral hart-en vaatziekten, longaandoeningen en tumoren) en seksueel overdraagbare infecties (1.1)
4	Bied eerstelijnsprofessionals gespecialiseerde training aan over de werkingsmechanismen, bijwerkingen en interacties van psychotrope medicijnen (inclusief de mogelijkheid van toename van psychotische symptomen veroorzaakt door bupropion of varenicline). (1.4)
2	Promoot educatieve programma's voor eerstelijnsprofessionals over EPA. Deze programma's moeten praktische tips en strategieën bevatten, met aandacht voor taalgebruik, stigma en motiverende strategieën. (1.2)
10	Introduceer bij patiënten zelfmonitoringstools (bijvoorbeeld stappentellers of voedingsdagboeken) en bied strategieën om persoonlijke doelen op te maken, de voortgang op te volgen en gemotiveerd te blijven.

	Cognitief-gedragstherapeutische benaderingen die patiënten aanmoedigen om eigenaarschap te nemen over hun gedragsveranderingen, kunnen in deze inspirerend zijn. (2.4)
11	Bied zorgverleners educatieve programma's aan om gedeelde besluitvormingsprocessen te stimuleren bij het voorschrijven van medicatie. Betrek hierbij naast zorgverleners (zoals artsen, apothekers, verpleegkundigen) ook patiënten met EPA en hun families. (2.5a / 4.2)
9	Implementeer programma's zoals 'Healthy Living Workshops' of gestandaardiseerde groepsinterventies die eenvoudig en duidelijk gestructureerde doelen hebben. Deze zijn toegankelijker voor patiënten met cognitieve moeilijkheden of een verminderde concentratie. Het opsplitsen van complexe gedragsveranderingen in kleine, haalbare stappen helpt om overweldiging te verminderen. (2.3)

De rangschikking van strategieën naar gemiddelde score over de stakeholders én de auteurs, resulteert in deze top 10. Maar liefst zeven van de 10 strategieën kwamen terug in beide afzonderlijke rangschikkingen (in vet):

Promoot educatieve programma's voor eerstelijns- en GGZ-professionals over het verhoogde risico bij patiënten met EPA op morbiditeit en mortaliteit door chronische niet-overdraagbare ziekten (vooral hart-en vaatziekten, longaandoeningen en tumoren) en seksueel overdraagbare infecties (1.1)

Bied de persoon die verantwoordelijk is voor de zorgregie op somatisch vlak training om effectief het zorgmanagement op te nemen en de communicatie tussen diverse zorgverleners te faciliteren. (1.6)

Promoot educatieve programma's voor eerstelijnsprofessionals over EPA. Deze programma's moeten praktische tips en strategieën bevatten, met aandacht voor taalgebruik, stigma en motiverende strategieën. (1.2)

Promoot educatieve programma's voor patiënten en familieleden over de risico's en het belang van somatische aandoeningen, evenals de stappen voor medicatie-opvolging. Besteed hierbij aandacht aan de factoren die bijdragen aan de lage prioriteit die somatische aandoeningen krijgen bij patiënten met EPA. Deze programma's moeten gebruik maken van verschillende formats, waaronder workshops, brochures en digitale platforms, om tegemoet te komen aan uiteenlopende niveaus van gezondheidsgeletterdheid en patiëntbetrokkenheid. (2.1)

Bied eerstelijns- en GGZ-professionals gespecialiseerde training in leefstijlinterventies, waaronder motiverende gespreksvoering, voorschriften voor fysieke activiteit en voedingsadvies. Dit verbetert hun vermogen om

ongezond gedrag bij hun patiënten aan te pakken. Training helpt ook om stigma te verminderen en de lage verwachtingen van wat patiënten met EPA kunnen bereiken, te doorbreken. (1.3)

Bied eerstelijnsprofessionals gespecialiseerde training aan over de werkingsmechanismen, bijwerkingen en interacties van psychotrope medicijnen (inclusief de mogelijkheid van toename van psychotische symptomen veroorzaakt door bupropion of varenicline). (1.4)

Implementeer programma's zoals 'Healthy Living Workshops' of gestandaardiseerde groepsinterventies die eenvoudig en duidelijk gestructureerde doelen hebben. Deze zijn toegankelijker voor patiënten met cognitieve moeilijkheden of een verminderde concentratie. Het opsplitsen van complexe gedragsveranderingen in kleine, haalbare stappen helpt om overweldiging te verminderen. (2.3)

Maak gebruik van ervaringsdeskundigen om stigma en isolatie te doorbreken. Ze kunnen dienen als rolmodellen voor succesvolle gedragsveranderingen. Interventies geleid door ervaringsdeskundigen zijn effectief gebleken in het vergroten van deelname aan fysieke activiteiten en stoppen met roken (bijvoorbeeld buddyprojecten). (2.2)

Bied eerstelijnsprofessionals gespecialiseerde training om middelengebruik bij EPA-patiënten te onderzoeken en aan te pakken. (1.5)

Introduceer bij patiënten zelfmonitoringstools (bijvoorbeeld stappentellers of voedingsdagboeken) en bied strategieën om persoonlijke doelen op te maken, de voortgang op te volgen en gemotiveerd te blijven. Cognitief-gedragstherapeutische benaderingen die patiënten aanmoedigen om eigenaarschap te nemen over hun gedragsveranderingen, kunnen in deze inspirerend zijn. (2.4)

DE ONTWIKKELING VAN INDICATOREN BIJ DE IMPLEMENTATIESTRATEGIEËN

De beschrijving van de indicatoren startte vanuit de stakeholderconsultatie. We beperkten ons tot de 10 meest prioritaire aanbevelingen. Tijdens de vergaderingen die tijdens de ontwikkeling van de richtlijn werden gehouden werd impliciet relevante informatie hieromtrent verzameld en aangevuld met de informatie uit de literatuur en ervaringen vanuit de eigen praktijk. Het begeleidingscomité drukte erop om indicatoren te selecteren / ontwikkelen die meetbaar zijn in de huidige context. De door de GDG in consensus ontwikkelde indicatoren gaan uit van de volgende (proxy) operationalisatie van EPA: het gebruik van een antipsychoticum of lithium gedurende een onafgebroken periode van zes maanden. De finale selectie is terug te vinden in de richtlijn.

FINANCIERING EN CONFLICTERENDE BELANGEN (ITEM 22 EN 23 AGREE)

De ontwikkeling van dit implementatieplan wordt gefinancierd vanuit de FOD Volksgezondheid. De inhoud van het plan wordt niet beïnvloed door de opvattingen van deze financierende instantie.

Voor auteurs zijn de conflicterende belangen aangegeven en besproken. De vermelde belangen nopen echter niet tot het ondernemen van remediërende acties.