Plan van uitvoer
Somatiek



PLO Somatiek, Shelley Roby Kruiver, FPK 11.1
12 januari 2015. Begeleiding: Jeffrey Heijnis, Veronique de Ruijter.

**Inhoudsopgave**

Pagina 2: Inleiding, Voorbereiding
Pagina 3: Theorie
Pagina 4: Theorie versus praktijk
Pagina 5: Competenties
Pagina 6: Plan van uitvoer, leerdoelen
Pagina 7: Uitvoer, Reflectie
Pagina 10: Evaluatie
Pagina 11: Literatuur

**Inleiding**

In dit verslag zal het gaan over de somatiek die ik tegenkom op de afdeling. Naast de psychiatrische problematiek die er speelt lijkt er weinig somatische problematiek op de afdeling. Iets wat ik veel tegenkom is een ongezond eetpatroon in combinatie met overgewicht en weinig lichaamsbeweging. Deze combinatie plus het psychiatrische ziektebeeld en antipsychotica die zij nemen vormen een verhoogd risico tot onder andere het metabool syndroom. Om hier preventief op te kunnen anticiperen wil ik in deze opdracht aan de slag gaan met interventies.

Op de afdeling is momenteel een ontwikkeling gaande rondom de vorm van het koken van een gezonde maaltijd omdat de cliënten groep veranderd en de nieuwe cliënten groep nog niet toe lijkt te zijn aan het zelfstandig maken van een gezonde maaltijd. Omdat dit aansluit bij mijn praktijkleeropdracht, ben ik aandacht functionaris geworden in dit proces samen met nog twee collegae. Op de vorige afdelingen heb ik nog geen ervaring als aandacht functionaris en het coördineren van zo een proces, dus dit is een mooie aanvulling op mijn portfolio. Het bereiden van een gezonde maaltijd zal in dit verslag nog terugkomen.

Om dit verslag vorm te geven en mijn rol als aandacht functionaris te kunnen vervullen zal ik mij eerst voorbereiden en verdiepen in de theorie rondom de risicofactoren van het metaboolsyndroom, zodat er preventief gesignaleerd kan worden en ik mijn collegae en de cliënten van correcte actuele informatie kan voorzien. Naast dit signaleren en informeren zal ik in mijn rol als aandacht functionaris een inventarisatie van meningen van collegae en behandelteam en mogelijkheden voor een gezond eetpatroon en het koken moeten verzamelen om uiteindelijk tot een concreet plan te komen. Na de theorie en de voorbereiding komt het plan van uitvoer waarin ik mijn doelen en interventies formuleer. In het uitvoerende gedeelte zal ik reflecteren op deze interventies en doelen.

**Voorbereiding:**

Visie en beleid:

Bij Inforsa worden cliënten behandeld of begeleid met ernstige psychiatrische aandoeningen of gedragsstoornissen, vaak gecompliceerd door verslavingsproblematiek die hebben geleidt tot delict gedrag en/of ontwrichting van het zorgsysteem. Er wordt behandeld volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en de Stichting Verslavingsreclassering GGZ en deze gaan uit van de meest recente protocollen *(1)*. Momenteel zijn er nieuwe ontwikkelingen gaande binnen Inforsa waarin de protocollen omtrent de gezondheid worden aangepast. Er komen dus verscherpte regels en protocollen aan, gezien Inforsa verantwoordelijk is voor de gezondheid van de cliënten. Dit wordt in het grote FPK overleg besproken.

Afdeling

De afdeling waar ik werkzaam ben was tot voor kort een resocialisatieafdeling. Vanaf deze afdeling stroomde de cliënten door naar een andere kliniek of een ambulante vervolgsetting. Echter is de afgelopen tijd de cliënten groep erg veranderd. De afdeling is om die reden veranderd naar langdurige zorg. De huidige cliënten groep heeft meer ondersteuning en begeleiding nodig. In eerste instantie lijkt er somatisch niet veel aan de hand te zijn, maar als leerling verpleegkundige vind ik het een zorgelijke situatie. De cliënten hebben een ongezond eetpatroon. Overdag wordt er nauwelijks of juist heel veel brood gegeten en het diner heeft vaak weinig variatie binnen de schaal van vijf en wordt vaak ook met de frituur bereid. Tegenover dit slechte eetpatroon staat er weinig beweging. Veel van de cliënten is met schizofrenie gediagnosticeerd en gebruikt antipsychotica. In de onderstaande theorie zal ik al deze factoren met elkaar in verbinding brengen om hier interventies uit te halen om preventief te kunnen signaleren en zo het risico op het metaboolsyndroom te verlagen.

Theorie:

Het *metaboolsyndroom* is een benaming voor een serie gezondheidsklachten die nauw met elkaar verband houden. Het syndroom kan ontstaan door een combinatie van ongezond eten en weinig bewegen. Het gevaar van het metaboolsyndroom is het sluipende proces van gewichtstoename en afnemende conditie, die brengen samen nieuwe risico’s met zich mee. Daarnaast zijn er nog andere factoren die van invloed zijn. Zo blijken schizofrenie en antipsychoticagebruik de prevalentie van het metaboolsyndroom te verhogen. Bij mensen met schizofrenie manifesteren metabole stoornissen zich 15-20 jaar eerder dan in de algemene bevolking. Men spreekt van het metabool syndroom indien een cliënt voldoet aan het criterium van abdominale obesitas en aan minimaal twee van de andere criteria, zoals staan beschreven in onderstaande tabel *(1,2,3)*.

*tabel 1 Definitie van het metabool syndroom (Alberti e.a. 2005; International Diabetes Foundation 2005)*

*Criteria Referentiewaarden*

*Abdominale obesitas tailleomtrek > 80 cm voor vrouwen*

*> 94 cm voor mannen*

*of body-mass index > 30 kg/m2*

*Verhoogde triglyceriden > 1,7 mmol/l*

*Verlaagd hdl-cholesterol < 1,03 mmol/l voor mannen*

*< 1,29 mmol/l voor vrouwen*

*Hypertensie ≥ 85 mmHg diastolisch en*

*≥ 130 mmHg systolisch*

*of diagnose hypertensie*

*Verhoogde bloedglucose ≥ 5,6 mmol/l (nuchter) of*

*diagnose diabetes mellitus type*

De cardiovasculaire -morbiditeit en –mortaliteit bij cliënten met schizofrenie zijn hoger dan in de algemene populatie, doordat niet alleen de metabole bijwerkingen van antipsychotica het risico op cardiovasculaire ziekten en de kans op diabetes mellitus type 2 verhogen, maar ook de ziekte, de schizofrenie, zelf. Om cliënten met een hoog risico hierop op te kunnen sporen is het *metabool syndroom* gedefinieerd *(2)*. Terwijl het metabolisme *(de stofwisseling)* verslechterd, ontvouwt zich langzaam een reeks van gezondheidsproblemen *(het syndroom).* Behalve overgewicht zijn dat een verhoogde bloeddruk, hoge bloedsuikerspiegel en slechte cholesterolwaarden. Opvallend aan dit syndroom is dat de verschillende problemen die ontstaan, elkaar in stand lijken te houden. Door jarenlang calorierijk te eten en weinig te bewegen raken belangrijke organen als de lever en de alvleesklier uitgeput. De stofwisseling loopt minder efficiënt en vetten en suikers worden daardoor minder goed afgevoerd dan normaal. Terwijl het lichaamsgewicht toeneemt, wordt de bloeddruk hoger en kan er een voorstadium ontstaan van diabetes type 2, waarin het lichaam minder gevoelig is voor insuline. Dit stadium verhoogt ook het risico op het krijgen van hart- en vaatziekten. Het vet dat zich rond de organen opslaat, maakt zelf stoffen aan die de regulering van de bloedsuikerspiegel verstoren. De verhoogde bloeddruk, slechte cholesterolwaarden en te hoge bloedsuikerspiegel tasten vervolgens de kwaliteit van de vaatwanden aan. Volgens de geldende norm is bij mannen sprake van het syndroom als de bloedwaarden verslechterd zijn en als de buikomvang boven de 94 centimeter komt, gemeten ter hoogte van de navel. Bij vrouwen ligt de grens bij een buikomvang van 80 centimeter *(1)*.

De eerste factor die meespeelt is *een* *ongezond eetpatroon / overgewicht.* De belangrijkste dikmakers zijn verzadigde vetten en koolhydraten. Deze zitten in de voedingsmiddelen met suiker en geraffineerde granen, bijvoorbeeld snackrepen, witbrood, witte pasta, witte rijst, zoet broodbeleg, frisdranken, gebak, koekjes, chips en toetjes. Overgewicht moet niet ineens drastisch maar blijvend worden bestreden door te wennen aan een gezond voedingspatroon. De tweede factor die verhoogd risico met zich meebrengt is *te weinig beweging.* Het tekort aan beweging kan verschillende oorzaken hebben. Bij cliënten met schizofrenie wordt er een anderhalf tot twee keer verhoogde prevalentie gevonden ten opzichte van de algemene populatie, wat kan worden verklaard door een inactievere levensstijl door de negatieve symptomen van schizofrenie *(1,2)*. Deze negatieve symptomen verwijzen naar de afwezigheid of vervlakking van iets; daadkracht, emotie, spraak, gedachten. Iemand met schizofrenie heeft vaak moeite met iets beginnen of om dat af te maken, een gebrek aan energie en motivatie of bijvoorbeeld een vlak gevoelsleven *(4)*. Maar te weinig beweging kan ook worden veroorzaakt door somatische klachten waardoor het lichamelijk niet mogelijk is om te sporten. Of situationele factoren, zoals het verblijven op een afdeling waar weinig mogelijkheden tot beweging is. In de psychiatrie doen er nog twee andere factoren zich voor. De diagnose *schizofrenie* heeft bij het metaboolsyndroom voornamelijk invloed door de inactievere levensstijl en een ongezonder eetpatroon. Ook roken veroorzaakt een verhoogte prevalentie. Naast de diagnose schizofrenie is het slikken van *antipsychotica* ook een belangrijke factor. Allereerst is abdominale obesitas een veel voorkomende bijwerking van voornamelijk atypische antipsychotica. Clozapine en Olanzapine blijken het grootste risico op gewichtstoename te geven. De snelle gewichtstoename is na de start van de behandeling vooral het gevolg van stimulatie van de histamine-1 receptor, die resulteert in een toegenomen hongergevoel. Gewichtstoename kan vervolgens via vrije vetzuren leiden tot insulineresistentie, diabetes mellitus type 2 en dyslipidemie (veranderingen in de cholesterol- en trigycleridewaarden. Abdominale obesitas is daarom niet alleen een kernsymptoom van het metabool syndroom, maar verhoogt tevens het risico om te voldoen aan de andere criteria die deel uitmaken van het metabool syndroom. De cliënten met schizofrenie en het metaboolsyndroom hebben drie keer zo een hoge kans op coronaire hartziekten of een (hersen)infarct en een twee keer zo hoge cardiovasculaire mortaliteit als de algemene populatie. Dit alles resulteert in een levensverwachting die 10 tot 30 jaar lager is dan die van de algemene populatie. De prevalentie neemt daarnaast toe door het gebruik van antipsychotica door het effect op de afzonderlijke elementen *(2)*.

De behandeling van het metabool syndroom bestaat uit twee onderdelen. Allereerst is niet-medicamenteuze behandeling aangewezen via aanpassing van het dieet en verhoging van de lichamelijke activiteit. Daarnaast kan medicatie nodig zijn om het risico op CVZ te verminderen, waarbij afzonderlijke risicofactoren moeten worden behandeld volgens de CBO- richtlijn (cardiovasculair risico management). Daarnaast heeft het Trimbos instituut richtlijnen ontwikkeld voor het behandelen van schizofrenie en metabole stoornissen als gevolg van antipsychoticagebruik *(2,3)*. Deze richtlijnen zijn vooral gericht op de interventies die de psychiater uit moet voeren en op welke wijze hij rekening moet houden met het voorschrijven van medicatie in combinatie met metabole waarden. De communicatie tussen psychiater en afdeling medewerkers en wordt hierin ook benoemd *(3)*.

Theorie versus praktijk:
Op de afdeling is er ontwikkeling gaande omtrent de eerste factor, *een ongezond eetpatroon in combinatie met overgewicht,* welke bijdraagt aan een verhoogd risico op het metabool syndroom. In het huidige eetpatroon is er veel sprake van eenzijdig voedsel. Er worden weinig (verse) groenten gegeten en er wordt veelvuldig gebruik gemaakt van de frituurpan. Deels van de cliënten hebben eigen eetgeld en koken zelfstandig, anderen eten mee in de groep. Momenteel heersen er weinig structuur en regels rond de maaltijd waardoor er ook weinig overzicht op is. Naast het ongezonde eetpatroon hebben de meeste cliënten last van *overgewicht*. Om dit te monitoren en meetbaar te kunnen maken is het belangrijk dat het gewicht, de buikomvang en eventueel de bloedsuikerspiegel (indien dit preventief gesignaleerd wordt) regelmatig gemeten worden. De andere factoren hangen er samen met elkaar. De meeste cliënten op de afdeling hebben de diagnose *schizofrenie* en slikken hier *antipsychotica* voor*.* Het slikken van antipsychotica kan door bijwerkingen zorgen voor hongertoename en uiteindelijk overgewicht. Maar daarnaast staan de negatieve symptomen van schizofrenie, zoals deze in de theorie beschreven staan, welke ook zorgen voor een *tekort aan lichaamsbeweging.* Dit verschilt erg van cliënt tot cliënt, sommige hebben een abonnement bij de sportschool terwijl anderen geen behoefte hebben aan lichaamsbeweging. Deze bovenbeschreven vier factoren, die bij veel cliënten op de afdeling aanwezig zijn, maken het risico op het ontwikkelen van een metabool syndroom relatief groot.

Competenties:

Deze competenties zijn gekoppeld aan mijn praktijkleerplan en portfolio. Bij de competenties noem ik niet alle competenties die ik door middel van deze praktijkleeropdracht maar alleen degene die nog op F2 niveau zijn en ik graag wil ontwikkelen naar F4 niveau middels deze opdracht.

*Competentiegebied 4A: De verpleegkundige draagt systematisch bij aan verbetering en vernieuwing van de zorgverlening:*

* Door de voorstellen (interventies) op micro (team) en meso (afdeling) te richten.
* Door binnen de interventies rekening te houden met de financiële belangen voor de kliniek.
* Door mijn keuzes voor interventies te verantwoorden met betrekking tot het spanningsveld tussen de wensen van de cliënt, EBP (theorie van het metabool syndroom) en de huidige praktijksituatie.
* Hulpmiddelen en methoden te ontwikkelen of te gebruiken om mijn interventies meetbaar te maken, om zo voor continuïteit in de zorg te creëren.

 *Competentiegebied 5A: De verpleegkundige herkent en verheldert ethische problemen en beargumenteerd de gekozen handelswijze.*

* Door mijn eigen standpunt te benoemen en te verantwoorden in combinatie met theorie rondom het metabool syndroom en de ethische dillema’s waar in de praktijk tegen aan gelopen kan worden.

*Competentiegebied 5B: De verpleegkundige herkent structurele gezondheidsproblemen, behartigd de belangen voor de eigen patiëntenpopulatie en stelt beide op de juiste plek aan de orde binnen de organisatie.*

* Door een leidende rol te vervullen in samenwerking met andere belanghebbende, door bijvoorbeeld aandacht functionaris te worden van de werkgroep over een gezond eet/leefpatroon.
* Door alternatieven voor de zorgverlening rondom het metabool syndroom, aan een groep cliënten of individueel voor te stellen, door binnen de interventies aandacht hieraan te schenken op welke wijze deze alternatieven voorgesteld kunnen worden aan de cliënten, rekening houdend met ziektebeeld en overige factoren die in de theorie genoemd staan.

*Competentiegebied 6A:De verpleegkundige coördineert de zorgverlening en preventieprogramma’s en waarborgt daarbij de continuïteit van zorg.*

* Door de zorgverlening te coördineren en preventie binnen de interventies een plek te geven, zodat onoverzichtelijkheid meetbaar gemaakt kan worden aan de hand van bepaalde criteria.
* Door mijn eigen handelen en interventies te onderbouwen met theorie.
* Door preventieprogramma’s, meetlijsten te ontwerpen en te gebruiken op overzichtelijke plaatsen.

*Competentiegebied 6B:De verpleegkundige ontwerpt kwaliteitszorg ten behoeve van verpleegkundige zorgverlening:*

* Door voorstellen voor verbetering te ontwerpen door middel van interventies vanuit de theorie, rekening houdend met de praktijksituatie op de afdeling.
* Door de bovengenoemde voorstellen methodisch te implementeren binnen het team en de afdeling.

*Competentiegebied 6C:De neemt de rol van klinisch leider op zich.*

* Door een leidende rol te nemen bij de kwaliteitsverbetering van de zorg door de interventies te richten op de vier factoren die uit de theorie naar voren komen en mij hierop te laten beoordelen en positieve feedback op te ontvangen.

**Plan van uitvoer:**

Casus:

Omdat ik op basis van de bovenbeschreven theorie denk dat grotendeels van de cliënten op de afdeling waar ik werkzaam ben een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van het metabool syndroom vind ik het van groot belang dat dit afdelings-breed wordt opgepakt zodat er verbetering van de kwaliteit van de zorg plaats kan vinden op micro *(per cliënt)*- en meso *(afdeling breed)* niveau.

Aan de hand van de beschreven vier factoren zal ik een casusbeschrijving schetsen. De eerste factor is het ongezonde eetpatroon. Wanneer ik naar het huidige eetpatroon op de afdeling kijk is dit zorgwekkend gezien er veel producten worden gebruikt waar verzadigde vetten en koolhydraten inzitten, zoals witbrood, pasta, zoet broodbeleg, frisdranken, koekjes, chips en toetjes. Ondanks dat de schijf van vijf nagestreefd wordt door de kliniek, word hier in de praktijk op de afdeling weinig aandacht aan besteed. Er zit weinig structuur en regelmaat in het eetpatroon en de organisatie rondom dit patroon van de cliënten. Er worden vaak grote hoeveelheden ongezond eten gegeten en weinig verse gezonde producten. Er zijn weinig regels rondom het eten, terwijl de met schizofrenie gediagnosticeerde doelgroep deze wellicht wel nodig heeft. Veel cliënten krijgen nu individueel eetgeld voor het diner, waar niet altijd eten van wordt gekocht. Hier is (te) weinig aandacht voor om dit in goede en gezonde banen te leiden. De cliënten die in de groep mee eten zijn helaas ook niet allemaal in staat om een gezonde maaltijd op tafel te zetten.

Tegenover de eerste factor staat te weinig lichaamsbeweging. Sommige cliënten hebben verlofmogelijkheden en wandelen/ fietsen of sporten tijdens dit verlof. Maar er is ook een grote groep die geen verlofmogelijkheden heeft en ook geen mogelijkheden tot sporten hebben of geen gebruik van de sportmogelijkheden binnen de kliniek gebruik maken. Deze twee factoren samen dragen bij aan obesitas, een risicofactor voor het ontstaan van het metabool syndroom.

Naast een ongezond eetpatroon in combinatie met te weinig lichaamsbeweging is de derde factor ook aanwezig. De meest voorkomende diagnose op de afdeling is schizofrenie. Zoals de theorie beschrijft heeft de diagnose schizofrenie, door de negatieve symptomen effect op iemand zijn lichaamsbeweging en algehele structuur rondom de levensstijl. Dit kan ook structuur in het eetpatroon en dagritme inhouden. In verband met de diagnose schizofrenie wordt er antipsychotica *(zowel atypische als typische)* gebruikt. Een bijwerking van *( voornamelijk atypische)* antipsychotica is het risico op gewichtstoename door hongergevoel, welke niet alleen een kernsymtoom is van het metaboolsyndroom maar ook het risico verhoogt om te voldoen aan de andere criteria die deel uitmaken van het metabool syndroom.

Leerdoelen/ Interventies:

***Leerdoel 1:*** *Ik coördineer de zorgverlening en preventieprogramma’s rondom het signaleren en meten van het metabool syndroom op de afdeling.*

 *Activiteiten/ interventies:*

* Ik inventariseer welke risicofactoren er op de afdeling spelen.
* Ik zoek de juiste instrumenten en hulpmiddelen voor de interventies rondom de preventieprogramma’s en implementeer deze in de takenlijsten en afdelingsprogramma’s.
* Ik implementeer een somatisch onderdeel binnen de PB-schappen en houd hierbij rekening met de wensen van de cliënt, de theorie en de huidige praktijksituatie.

***Leerdoel 2:*** *Ik ontwerp een voorstel ter verbetering van de gezondheidstoestand van cliënten die groot risico hebben op het metaboolsyndroom.*

 *Activiteiten/ interventies:*

* Ik inventariseer welke disciplines er betrokken zouden kunnen worden in het verbeteren van de gezondheidstoestand, zoals de medische dienst, een diëtiste of een sportinstructeur.
* Ik inventariseer de behoefte aan psycho educatie rondom gezondheidsverbetering.
* Ik check welke financiële mogelijkheden er binnen de kliniek zijn om de maaltijdvoorziening te veranderen.
* Ik houd mij in de rol van aandacht functionaris bezig met het verbeteren van het eetpatroon van cliënten.
* Ik inventariseer of er voldoende kennis is in het team rondom het metabool syndroom.
* Ik ontwerp een somatisch onderdeel gericht op het metaboolsyndroom in de maandelijkse uit te voeren meetlijst.
* Ik ontwerp een somatisch onderdeel binnen het PB schap, zodat hier individueel meer ondersteuning en aandacht voor is.

**Uitvoer:**

De uitvoer van deze opdracht zit vooral in het ontwikkelen van interventies rondom het signaleren van het metabool syndroom en hoe deze te implementeren. Tijdens mijn leerwerkperiode merkte ik dat er weinig tot geen aandacht was voor de somatiek op de afdeling. Veel cliënten hebben overgewicht, waar sommige van hen een diëtiste voor zien. Maar hier wordt verder geen ondersteuning aan gegeven in de dagelijkse begeleiding of binnen de PB schappen. Ook de maandelijkse meetlijsten worden niet altijd even secuur bijgehouden. Dit in combinatie met het ongezonde voedingspatroon en de inactieve levensstijl van veel cliënten op de afdeling vind ik zorgwekkend. Om de te ontwikkelen interventies goed aan te laten sluiten op de afdeling en cliënten heb ik veel moeten inventariseren bij diverse disciplines, om zo tot een totaalbeeld te komen dat kan leiden tot kwaliteitsverbetering in de zorg op de afdeling. Onderstaand zal ik reflecteren op de aspecten waar ik tegen aan ben gelopen binnen deze opdracht.

**Reflectie:**

 **Kennis:**Om interventies uit te kunnen zetten heb ik eerst geïnventariseerd of er voldoende somatische kennis is rondom het metabool syndroom. Dit heb ik gedaan door middel van rondvragen in het team. Sommige teamleden konden zich wel iets voorstellen van het syndroom omdat zij het begrip metabolisme kenden, maar afgezien van de weinige verpleegkundige in het team wist niemand wat het metabool syndroom exact inhield. Op de afdeling was er dus geen tot nauwelijks kennis over het metaboolsyndroom. Ook dit zou verklaard kunnen worden door het geringe aantal verpleegkundige dat op de afdeling werkzaam is, maar ook door een algemeen kennistekort betreft somatiek, waardoor er geen somatische verbanden gelegd kunnen worden en dan voornamelijk met het metabool syndroom. Met dit gegeven in mijn achterhoofd heb ik contact gezocht met de medische dienst van Inforsa om te bespreken op welke wijze zij, en hoe er kliniek breed, met het metaboolsyndroom wordt omgegaan en waar de verantwoording ligt voor het signaleren en meten van de factoren die een verhoogd risico tot het metabool syndroom vormen. Kliniek breed kan er voornamelijk gedacht worden aan het voedingspatroon op de afdeling en bijvoorbeeld in de kantine. Zo komen de vetvrije *(dagen zonder frituur)* dagen hieruit voort. Maar ook de sportgroepen, zoals fitness en de hardloopgroepen die georganiseerd worden door de activiteiten begeleiding. Aan de afdeling de taak om de cliënten hiervoor te motiveren. Ook de metingen zijn een verantwoordelijkheid van de afdelingen. Mochten deze zorgwekkend zijn, kunnen wij als afdeling contact opnemen met de medische dienst om andere waarden te laten meten, bijvoorbeeld cholesterol.

De maandelijkse meetlijst heb ik om die reden aangepast naar een uitgebreidere meetlijst, waarop het gewicht, de tensie / pols en de buikomvang in cm worden gemeten, waarop ook de criteria staan voor een verhoogd risico op het metabool syndroom. Ik heb op de afdeling uitgelegd hoe de elektrische bloeddruk meter werkt, zodat een ieder dit kan meten. Mijn collega ging hier na onze dienst samen gelijk verder mee met de cliënten die nog niet gemeten waren, waardoor wij een begin hebben kunnen maken met het invoeren van de normaalwaarden van de cliënten. Om de meetlijst ook echt in te laten vullen heb ik een apart mapje gemaakt waarin de meetlijsten van alle cliënten zitten. Mocht dit niet werken en vergeten worden, kan ik er altijd nog voor kiezen om de meetlijst per cliënt in de medicatie map toe te voegen.

**Multi disciplinair belang/ factoren:**Omdat de vier factoren die bijdragen aan het ontstaan van het metabool syndroom zich op verschillende vlakken afspelen (voeding, beweging, diagnose en medicatie) is het van belang dat er samenwerking is binnen de disciplines die hier betrokken bij zijn. De coördinerende en sturende factor zou de PB´er kunnen zijn. Deze gaat het contact aan met cliënt en weegt de verschillende belangen en wensen tegen elkaar af om uiteindelijk samen met cliënt een plan op te stellen voor een gezondere levensstijl met behulp van diverse disciplines. Om de verschillende disciplines met elkaar te verbinden en meer kennisoverdracht plaats te laten vinden, bij zowel collegae als cliënten is psycho educatie een belangrijke interventie. Om die reden zal ik een kort verslag / verbetervoorstel ten aanzien van het metabool syndroom rondsturen aan mijn collegae en de mogelijkheid bieden tot het inzien van deze opdracht.

Rondom het voeding/aspect is het belangrijk dat het afdelingsbreed , op mesoniveau, wordt aangepakt. Ik ben mij hier mee bezig gaan houden door aandacht functionaris te worden binnen het verbeteren van een gezond eetpatroon. Door het inventariseren van de verschillende visies binnen het team op de afdeling kwam ik erachter dat de meningen nogal verschilden. De een vond de structuur en kwaliteit van de voeding erg belangrijk, terwijl de ander meer dacht aan de autonomie van de cliënt. De oplossing die in eerste instantie werden bedacht verschilden van meer ondersteuning bij het koken tot het invoeren van de vers gebrachte maaltijden van Langerhuizen. Om het gehele team mee te laten denken over dit belangrijke aspect is er uiteindelijk besloten om dit op de teamdag te bespreken. Mijn gedachten, input en interventies heb ik op een kort verbetervoorstel geschreven, gezien ik deze teamdag niet zal bijwonen in verband met het overgaan naar een nieuwe leerwerkplek. Kort samengevat vind ik dat er bij een besluit rondom de maaltijd rekening moet worden gehouden met de veranderende cliënten groep op de afdeling, die vaak chronischer, zieker zijn en welk invloed het ziektebeeld, schizofrenie heeft. Hierbij kan gedacht worden aan het missen van structuur, moeilijk aan iets kunnen beginnen of moeilijk dingen kunnen overzien door de afvlakking en negatieve symptomen. Maar hierin ook de eigen autonomie en krachten bewaren door bijvoorbeeld degene die graag willen koken en boodschappen willen doen hierin te ondersteunen en meer passende begeleiding in te bieden. Dit onderdeel kan ook weer terugkomen in het PB-schap om te evalueren. De overige op te vullen dagen zouden dan opgevuld kunnen worden met de maaltijden van Langerhuizen. Zodat koken in eerste instantie iets wordt wat leuk is en mag doen, niet iets wat je moet, gezien veel cliënten hier al verplicht zitten en al erg veel moeten is het juist belangrijk de motivatie aan te spreken.

Rondom het aspect beweging is het vooral belangrijk om op de hoogte te zijn welke activiteiten de kliniek bied. De activiteitenbegeleiding is over het algemeen vrij actief met het uitnodigen van cliënten. Ik denk dat wij als afdeling hierin nog meer kunnen ondersteunen en motiveren tot deelname aan die activiteiten. Door dit in het PB-schap vorm te geven en het belang / kennis van over te dragen naar de cliënten gaat het meer leven. Ik merkte op de afdeling dat weinig sprake is van motiveren tot een activiteit, er wordt alleen naar gevraagd, maar wanneer dit antwoord nee is, houdt het gesprek ook vaak. In mijn verbetervoorstel heb ik daarom ook de motiverende gesprekvoering als interventie genoemd, om deze meer te gaan gebruiken in de dagelijkse begeleiding. Daarnaast zou dit aspect ook weer terug kunnen komen binnen het PB-schap. Als PB´er zijnde is er toch meer sprake van intiemer contact en meer openingen in een gesprek, waarin doelen uitgezet kunnen worden. Zo heb ik als persoonlijk begeleider met mijn cliënt een realistisch hardloopschema ontworpen, waar de begeleiding of ik zelf naar kon vragen om zo te motiveren, evalueren of hem te complimenteren. Ook heb ik het somatische aspect een plaats gegeven door hem te ondersteunen bij het bereiden van gezonde maaltijden. Hij kon zelf prima rijst met kip maken, maar andere variatie bestond niet. Door hem binnen het PB schap te ondersteunen en motiveren met oog op de toekomst, wilde hij wel andere recepten leren maken met ondersteuning bij het boodschappen doen en bereiden van de maaltijd.

Met de risico vergrotende aspecten schizofrenie en het slikken van antipsychotica kan ik als verpleegkundige maar beperkt rekening houden gezien de diagnose en keuze van medicatie bij de arts liggen. Ook hier komt de multidisciplinaire samenwerking weer terug. Wanneer deze transparant is, is er ruimte voor overleg binnen de verschillende disciplines. Om mij hierin te verdiepen heb ik contact gezocht met de behandeld arts/psychiater van onze afdeling. In dit overleg noemde hij dat het metabool syndroom inderdaad veel voorkomt. Spijtig genoeg kan hij maar beperkt rekening houden met de kwetsbaarheid hiervoor. Bij mensen met de risicofactoren wordt er eerder gekozen voor middelen die minder bekend staan om bijwerkingen als gewichtstoename en diabetes (zoals Olanzapine bijvoorbeeld). Verder kwam het kliniek brede beleid ook terug dat voorziet in voorlichting, stimuleren tot bewegen en een gezonde leefstijl, voeding etc. Daarnaast zijn er periodieke lichamelijke screenings, zodat er het een en ander in kaart wordt gebracht om gerichter te kunnen managen.

**Financiële aspecten:**Met betrekking tot de financiële aspecten heb ik voornamelijk informatie gewonnen in mijn rol als aandacht functionaris met betrekking tot veranderingen omtrent de maaltijd. Om zo een gedegen en afgewogen advies mee te geven aan het verbetervoorstel wat ik aan het team mee zal geven ten tijde van de teamdag. Het budget met betrekking tot de huidige maaltijden is ongeveer gelijk aan de maaltijden van Langerhuizen. Wanneer er wordt besloten om met Langerhuizen te werken, moet er echter wel een kar komen en een aansluiting voor deze kar. Daarnaast is de huidige keuken ingericht voor het zelfstandig bereiden van een maaltijd, deze gemaakte kosten zouden dan verloren gaan. Echter wanneer er deels gebruik zou worden gemaakt van Langerhuizen en er ook nog zelf gekookt wordt zijn deze kosten niet verloren. Een andere optie waar over nagedacht kan worden is het afsluiten van de voorraadkast met eten (en eventueel ook de keukenkastjes). Op deze manier stimuleer je een gezond dag-nacht ritme in combinatie met gestructureerd en regelmatig eten en voorkom je onveilige situaties als het bakken s ’nachts wanneer er geen toezicht op de afdeling is.

**Ondersteuning binnen PB-schap:**Naast de diverse interventies die ik uit heb gevoerd *(aangepaste meetlijsten invoeren, verbeteradvies omtrent maaltijd schrijven)* of geadviseerd heb *(psycho-educatie / somatische kennisoverdracht)* is het ook van belang dat dit op microniveau *(per cliënt)* wordt uitgevoerd, door dit in de PB schappen mee te nemen. Wanneer somatiek en beweging meegenomen worden in de behandelplannen en doelen per cliënt, kan er veel gerichter en vooruitstrevender begeleidt worden omdat er met de motivatie van de cliënt wordt gewerkt. Door dit in de PB schappen te verwerken, kan cliënt beter op zijn vervolgplek voorbereid worden en zo steeds meer resocialiseren op alle gebieden, met de nodige en gevraagde ondersteuning onderweg naar deze vervolgplek.

**Evaluatie:**

Proces evaluatie (leerdoelen):
Omtrent het coördineren van de zorgverlening en preventieprogramma’s rondom het metabool syndroom en het verbetervoorstel heb ik enkele interventies kunnen uitvoeren. Ik heb de risicofactoren kunnen inventariseren bij diverse disciplines en hierdoor de theorie en praktijk vanuit verschillende visies kunnen bekijken om vervolgens mijn interventies binnen het verbetervoorstel te bepalen. Bijvoorbeeld door niet alleen het gewicht maandelijks te meten maar hierbij ook de tensie en deze te implementeren in de meetlijsten die hiervoor gebruikt worden. Hierin heb ik mijn collegae gevraagd naar het metaboolsyndroom, uitgelegd waarom dit belangrijk is aan de senior collegae die deze taak overneemt van mij wanneer mijn leerwerkperiode afloopt. In mijn eigen PB’schap heb ik een somatisch onderdeel meegenomen door samen recepten uit te zoeken en te ondersteunen in het bereiden van deze maaltijd. Ook heb ik het bewegingsaspect in mijn PB’schap meegenomen door sporten te bespreken en uiteindelijk op verzoek van cliënt een hardloopschema opgezocht heb op internet, zodat hij dit af kon strepen en het overzichtelijk en verantwoord was voor hem hoe hij het beste zijn conditie op kon bouwen. In mijn eigen PB-schap heb ik de somatische en bewegingsaspecten meegenomen, maar door de planning van deze opdracht op het laatste moment heb ik geen format kunnen maken voor alle PB-schappen om te implementeren. In de loop van deze opdracht ben ik er achter gekomen dat daar veel tijd in gaat zitten, om een format te schrijven en de kinderziekten er dan uit te halen, feedback op te krijgen. Dan had ik deze opdracht wellicht eerder op moeten pakken, zodat ik meer bewijsmateriaal eruit kon halen voor bijvoorbeeld mijn portfolio en mijn ervaring met het ontwerpen en implementeren van een format binnen de PB- schappen.

In mijn rol als aandacht functionaris mij bezig gehouden met het eetpatroon en hoe dit verder aangepakt kon worden op de afdeling. En hierin ook de diverse disciplines benaderd om verschillende visies mee te nemen in het verbetervoorstel. Hier ging veel tijd in zitten omdat de collegae het onderling vaak niet eens waren en er uiteindelijk uit werd gesteld naar het bespreken van het eetpatroon op de team-dag, omdat dan iedereen bij elkaar was. Ik heb dus een verbetervoorstel welke eigenlijk neerkomt op een grote brainstorm, waarin ieder zijn visie staat maar welke nog uitgewerkt moet worden na de teamdag. Echter was mijn leerwerkperiode toen al afgelopen en heb ik dit niet verder uit kunnen werken.

Product evaluatie:

**Evaluatie competenties:***Competentiegebied 4;*Binnen de interventies heb ik rekening gehouden met de verschillende visies en geprobeerd om mijn interventies op diverse niveaus in te brengen, zowel op afdelingsniveau als in de PB-schappen. Ondanks dat ik deze interventie niet volledig af heb kunnen ronden heb ik wel een idee gekregen van de diverse niveaus waarop de interventies te richten zijn. Ik heb de theorie aan de praktijk gekoppeld door de meetlijsten aan te passen op evidence based theorie en hierin ook te overleggen met de medische dienst van de afdeling. Daarnaast heb ik ook de financiële belangen omtrent het veranderen van de maaltijd onderzocht met behulp van het hoofd van de afdeling om zo alle visies mee te nemen. Hierdoor kan ik wel zeggen dat ik meer kennis vergaard heb binnen deze competentie maar dat ik deze door tijdgebrek niet heb kunnen ontwikkelen naar F4 niveau, daarvoor zal ik er in een volgende leerwerkplek nog meer mee moeten werken.

 *Competentiegebied 5:* Door mijn rol als aandacht functionaris heb ik een leidende rol gehad in het inventariseren van meningen en visies van diverse disciplines. Dit heeft mij veel kennis opgeleverd, over zowel de inhoud van - als het proces zelf. Echter heb ik dit door het late tijdstip van mijn opdracht en het verplaatsen van het bespreken van dit onderwerp op en later tijdstip niet verder kunnen uitwerken. Ik heb binnen deze competentie dus ook veel kennis vergaard maar om het op F4 niveau te kunnen bewijzen, wil ik er op een volgende leerwerkplek nog verder mee werken.

*Competentiegebied 6:* Gebied 6A gaat vooral over het waarborgen van de continuïteit binnen de interventies, om de interventies overzichtelijk en meetbaar te maken, onderbouwd met theorie. De meetlijsten die ik ontworpen en geïmplementeerd heb zijn overzichtelijk en gebaseerd op theorie die in dit verslag beschreven staat. Dus op dat gebied heb ik wel aan mijn competenties kunnen werken. Met betrekking tot het methodische implementeren en kwaliteitsverbetering heb ik door mijn late planning niet kunnen verbeteren naar F4 niveau en zal ik dit in volgende praktijkleer opdrachten op mijn nieuwe werkplek moeten meenemen.

**Literatuur:**(1) [www.gezondheidsnet.nl](http://www.gezondheidsnet.nl) , geraadpleegd op 10 oktober 2014.
(2) *Schizofrenie en antipsychotica; samenhang met het metaboolsyndroom,* Scheepers-Hoeks AMJW, Wessels-Basten SJW, Scherders MJWT, Bravenboer B, Loonen AJM, Kleppe RT, Grouls RJE, Tijdschrift voor Psychiatrie 50, 2008, 10.
(3) *Trimbos instituut,* Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie, Hoofdstuk 4, Biologische behandeling, metabole stoornissen als gevolg van antipsychotica gebruik.

(4) *Trimbos instituut,* schizofrenie symptomen.