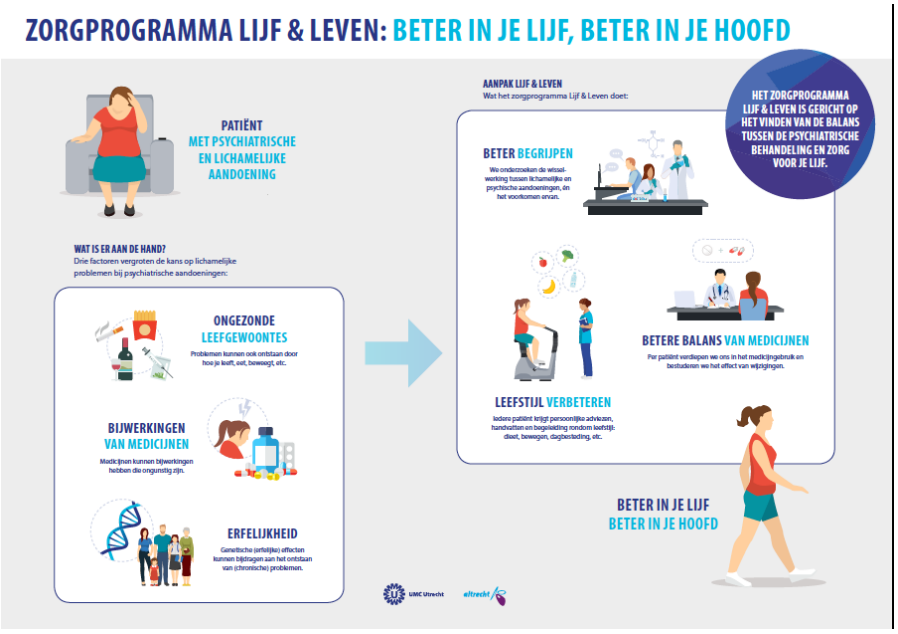
Hoe gezond is de GGZ in Nederland? Getallen en perspectieven vanuit de praktijk

Prof. dr. Wiepke Cahn
Hoogleraar lichamelijke gezondheid bij psychiatrische aandoeningen

Wetenschappelijk onderzoek uit voornamelijk de Scandinavische landen heeft aangetoond dat mensen met een (ernstige) psychiatrische aandoening wel tot 30 jaar korter leven dan de algemene bevolking. Verschillende factoren zoals de organisatie van zorg, overlappende etiologische factoren tussen psychiatrische en somatische aandoeningen, bijwerkingen van medicatie en leefstijl factoren, dragen bij tot deze verminderde levensverwachting. Maar hoe zit dit eigenlijk in Nederland? Recent onderzoek laat zien dat in Nederland, ondanks goede screeningsprogramma's, de lichamelijke gezondheid en leefstijl van patiënten nog veel aandacht behoeft. Zeker in tijden waarin grote transities in de gezondheidszorg plaatsvinden, lijkt de aandacht voor een betere lichamelijke gezondheid bij psychiatrische aandoeningen onder druk te staan.

In deze presentatie zal recente kennis, vergaard uit zowel fundamenteel als klinisch (Nederlands) onderzoek, worden gepresenteerd. Tevens zal aandacht worden besteed aan effectieve interventies, die nu al kunnen worden ingezet om de Nederlandse situatie voor patiënten met een psychiatrische aandoening te verbeteren. Daarnaast zal leefstijl diagnostiek en hoe die in de psychiatrische praktijk kan worden vormgegeven aan bod komen.

Tenslotte zal behandeling van de psychiatrische klachten door een lichamelijke aanpak worden besproken, met de centrale vraag of het niet tijd is om de tweedeling psyche en soma op te heffen. Namelijk beter in je lijf, beter in je hoofd!



Somatiek en leefstijl in de praktijk Praktische perspectieven en toepassing van ehealth

Frederieke Jörg
Senior onderzoeker | Faculteit Medische Wetenschappen/ UMCG/GGZ Friesland
Sonja van Hamersveld
Verpleegkundig specialist GGZ | founder Charly Green

Frederike en Sonja nemen jullie in volgelvlucht mee door de initiatieven en innovaties die de afgelopen 10 jaar ontwikkeld zijn. Van de drie grote studies: ELIPS, LION en RAAK-LEF zullen zij de onderzoeksresultaten op een rij zetten.
Waar staan we nu? Wat zijn de geleerde lessen? Hoe gaan we de volgende stappen zetten? En wat zijn hierbij voorwaarden voor succes?

Op een interactieve wijze worden de belangrijkste bevindingen gedeeld maar ook praktische handvatten van de geleerde lessen voor een gezondere toekomst. Zo zal ook tijdens deze presentatie de lancering van een nieuw E-health programma: GILL; Gezond In Lichaam en Leefstijl, plaatsvinden: een voorbeeld van een product dat op basis van de *lessons learned* ontwikkeld is. Dit is tevens mede mogelijk gemaakt door financiële ondersteuning van MIND. Ook zij ondersteunen deze ontwikkelingen.

Want de noodzaak om te werken aan meer gezondheid en een gezondere leefstijl is nog steeds hoog!

Move more, sit less, & sleep better? Het belang van gezonde leefstijl in de GGZ

Dr. Tim Takken
Inspanningsfysioloog, Kinderbewegingscentrum, Wilhelmina Kinderziekenhuis, UMC Utrecht

Het is bekend dat er een positieve relatie is tussen deelname aan sport en bewegen met zowel de fysieke als de psychosociale gezondheid. Mensen met een lichamelijke beperking of chronische ziekte nemen vaak minder deel aan sport en bewegen, en hebben vaker een zittend bestaan. Het belang van fysieke activiteit en cardiorespiratoire fitheid voor de verbetering van de gezondheid in de algemene bevolking is veel onderzocht bestudeerd en goed gedocumenteerd. Systematische reviews wijzen echter op een gebrek aan en behoefte aan meer rigoureuze wetenschappelijke onderzoeken die zich richten op (toenemende) fysieke activiteit en cardiorespiratoire fitheid om de mentale en fysieke gezondheid te verbeteren bij mensen in de GGZ. Ook blijkt er een verband te bestaan tussen beter slapen en voldoende bewegen.

Recente richtlijnen van de Gezondheidsraad geven aan dat volwassenen minimaal 150 minuten per week moeten bewegen met matig tot intensieve intensiteit. Daarnaast moeten mensen minimaal 2 keer per week spierversterkende activiteiten uitvoeren. Ook is het advies om langdurig zitten zoveel mogelijk te doorbreken, echter voor zitten is er nog geen nationale norm vastgesteld.

Tijdens deze lezing zal worden ingegaan op de relatie tussen bewegen, slapen, zitten, fitheid en gezondheid toegespitst op de GGZ.

“Roken ..? Laat je niet gek maken !..”

Drs. Pauline Dekker
Longarts Rode Kruis Ziekenhuis
Drs. Wanda de Kanter
Longarts Antoni van Leeuwenhoek

Tabak is de grootste vermijdbare doodsoorzaak wereldwijd , naast lichamelijk leed veroorzaakt het ook onnoemelijk veel psychisch leed : denk alleen al aan de achterblijvers van een te jong , door tabak gestorven vader of moeder.
Lange tijd is gedacht dat psychiatrische patiënten roken als vorm van “self medication “; “dat met roken hun psychisch leed beter te dragen zou zijn…”
Deze gedachtekronkel werd soms zelfs door mensen werkzaam in de psychiatrie “gevoed”.
Inmiddels weten we gelukkig beter : tabak draagt in belangrijke mate bij aan angst en depressie , en stoppen met roken heeft hetzelfde effect grootte als het starten van een antidepressivum (BMJ 2014)
Schizofrene patiënten tonen verbeterde cognitie na stoppen met roken (alert.psychnews.org 2018)
Dat tabak op grote wijze bijdraagt aan het wel 25 jaar (!) korter leven van schizofrenen is onmenselijk te noemen.
Kortom : tijd om ook vanuit de psychiatrie een stem te laten horen tegen tabak!

In deze lezing gaan wij in op de epidemiologie van de tabaksramp , de gevolgen op lichamelijk en psychisch vlak , de verslaving, en hoe je middels motivational interviewing het gesprek kan aangaan met je verslaafde patiënt.
Ook komen de machinaties van de tabaksindustrie aan bod:

Aangezien meer dan de helft van de rokers sterft door het roken, en er af en toe ook iemand succesvol stopt, heeft de tabaksindustrie “replacement smokers “nodig (hun eigen term, terug te vinden in de tobacco legacy documents), hiermee bedoelen ze de jonge kinderen die de dode rokers moeten vervangen om zo de omzet stabiel te houden.

Sport, mijn beste medicijn

Saskia Bos
Auteur van het boek Schizofrenie en bergen beklimmen

Om met de schizofrenie te kunnen leven moet ik zo fit zijn als een topsporter en zo sober en gedisciplineerd leven als een non."

Zo fit als een topsporter, dat ben ik niet. Maar ik doe mijn best om zo fit mogelijk te zijn, dat heb ik altijd al gedaan. Ik ben opgegroeid met sport. Ik, mijn broer en mijn zussen zaten allemaal op voetbal en drie keer per week sporten was bij ons thuis eerder regel dan uitzondering. Maar toen ik op mijn elfde voor het eerst psychotische verschijnselen kreeg, werd het lastiger om op het veld te staan. Toch kon ik met hulp van mijn ouders en teamgenoten blijven voetballen. Op mijn zestiende kreeg ik voor het eerst antipsychotica en later werd ik opgenomen. Vanaf dat moment werd het haast onmogelijk om in beweging te blijven. Waar bij de ene opnameafdeling veel aandacht was voor sport, werd het op een andere afdeling zo min mogelijk gedaan. Op de ene plek werd ik aangemoedigd om actief te blijven, op de andere plek was ik lastig als ik vroeg of ik een rondje mocht rennen. "

Op mijn tweeëntwintigste heb ik de GGZ vaarwel gezegd. Na een traumatische opname met veel dwang en drang wilde ik niet langer hulp ontvangen, het was inmiddels ook wel duidelijk dat de GGZ mij niet kon helpen.

Na die laatste opname heb ik met vallen en opstaan mijn leven opgebouwd zoals het nu is. Trots kan ik nu zeggen dat sport weer een belangrijk onderdeel is van mijn dagelijks ritme en het is op dit moment mijn beste medicijn. Het ontspant mij, het geeft mij zelfvertrouwen en het houdt mij mentaal sterk en lichamelijk gezond.

Toch blijft het lastig om sport te continueren. Ik heb nog steeds veel slechte dagen en dan lukt het haast niet om de deur uit te gaan. En net zoals gezonde mensen heb ook ik wel eens blessures of andere lichamelijke pijntjes, dingen waarvoor ik niet naar de dokter durf te gaan, want door mijn turbulente GGZ-verleden ben ik een zorgmijder. Ik mijdt niet alleen zorg van de GGZ, maar ook lichamelijke zorg.

Ik ben nog vaak boos en verdrietig door wat ik heb meegemaakt binnen de GGZ en dat motiveert mij om te pleiten voor een betere GGZ, een GGZ waar zowel patiënt als personeel actief mag zijn.

Masterclass Gewichtstoename door medicatie – voeding als leefstijlinterventie

Marjo Hagoort
Diëtist GGz Centraal
Anneke Wijtsma-van der Kolk
Diëtist GGZ inGeest

Uit onderzoek blijkt dat mensen met een ernstige psychische aandoeningen vaak ongezond leefstijlgedrag vertonen zoals roken, ongezond eten en weinig beweging. Als gevolg van ziekte en medicatie blijkt zo bijvoorbeeld dat 50% van de gebruikers van antipsychotica en 12% van de gebruikers van antidepressiva te maken krijgt met gewichtstoename. Mede als gevolg hiervan heeft deze doelgroep een verhoogd risico op diabetes, hart- en vaatziekten en andere chronische aandoeningen.

Uit recent onderzoek is gebleken dat de invloed van de voorgeschreven medicatie op het verzadigingscentrum en de door de ziekte verminderde intrinsieke motivatie hun leefstijl aan te passen mede oorzaken kunnen zijn van de gewichtstoename bij het gebruik van psychofarmaca. Een combinatie van psycho-educatie, dieetadviezen en lichamelijke activiteit kan helpen de gewichtstoename bij deze patiëntengroep te beperken. Vroegtijdige interventie van de diëtist in een multidisciplinaire samenwerking is daarom van belang.

Tijdens deze masterclass wordt aan de hand van recente studies en casuïstiek het belang van de diëtist als belangrijke interventor bij het beperken van gewichtstoename ten gevolge van psychofarmaca besproken en uitgelicht.

Masterclass Gill, (Gezond in Lichaam en Leefstijl)
Met passende tools en technieken naar meer gezondheid in de GGZ

Sonja van Hamersveld
Verpleegkundig specialist GGZ | founder Charly Green
Digna van der Kellen
Verpleegkundig specialist | uTOPiGGZ

Tijdens deze masterclass nemen Digna en Sonja jullie mee in de nieuwste E- health ontwikkeling op het gebied van het bevorderen van gezondheid bij mensen met psychische aandoeningen.

Vanuit de richtlijnen Somatiek en Leefstijl (2015) worden de VMSL-ggz (Verpleegkundige Monitoring Somatiek & Leefstijl), en Leefstijlinbeeld aangemerkt als complete instrumenten die goed in te zetten zijn voor screening en het bevorderen van een gezonde leefstijl. Vanuit de ervaringen in de praktijk zijn beide tools met subsidie van MIND samengebracht in een E-health module van Minddistrict, genaamd GILL (Gezond in Lichaam en Leefstijl). GILL is een overzichtelijke en compacte E-health module waarmee je op een leuke, speelse wijze samen met de cliënt zijn gezondheid in kaart brengt en naar een concreet actieplan toewerkt.

Tijdens deze interactieve masterclass krijg je inzage in het nieuwe instrument en een overzicht van de belangrijkste leerlessen uit een eerder implementatietraject. Verder worden er handvatten gegeven voor goede implementatie, tenslotte blijft E-health een hulpmiddel!

Masterclass Somatiek in de verslavingszorg

Drs. Dimar Elphick
ANIOS | Jellinek
Jackie Middeldorp
Verpleegkundig specialist GGZ | Jellinek

Patiënten die lijden aan chronische en ernstige verslavingsproblematiek vallen onder de categorie EPA-patiënten (Ernstige Psychische Aandoening). Het zijn patiënten die te maken hebben met drievoudige problematiek, zijnde verslavingsproblematiek, psychiatrische comorbiditeit en comorbide somatische problemen, met als gevolg een hoge mate van disfunctioneren op meerdere levensgebieden. De EPA gecombineerd met middel gerelateerde stoornis gaat vaak gepaard met een slechte somatische gezondheid en ernstige psychosociale problematiek.
Bij ernstige verslavingsproblemen speelt nadrukkelijk mee dat de gevolgen van ziekte – zoals pijn en onwel bevinden – vaak worden onderdrukt door het gebruik van psychoactieve middelen, benzodiazepinen en pijnmedicatie, en daardoor worden gemaskeerd (Middeldorp, 2008). Patiënten met langdurige verslavingsproblemen presenteren hun lichamelijke klachten in een relatief laat stadium bij de huisarts en ontstaat er vertraging in diagnostiek en behandeling, wat een ernstiger beloop van bepaalde aandoeningen tot gevolg heeft. Een extra complicerende factor is dat deze patiënten, mede als gevolg van middelen en medicijngebruik, niet goed in staat zijn hun klachten helder te verwoorden en dat de therapietrouw – bijvoorbeeld het nakomen van afspraken en therapietrouw met betrekking tot het innemen van medicijnen volgens recept - vaak te wensen over laat (De Hert et al, 2009). Ook bij de vervolgbehandeling onder andere bij het cardiovasculair risicomanagement van patiënten met een ernstige verslavingsproblemen is de te verwachten therapietrouw een probleem. Patiënten vertonen vaak symptomen als desorganisatie, incoherent denken en gebrekkige zelfverzorging. Als gevolg hiervan zien we bij deze groep patiënten vaak problemen en beperkingen bij uiteenlopende aspecten van hulpzoekend gedrag, zoals het signaleren van lichamelijke klachten en het maken of naleven van afspraken met (psychiatrische of somatische) hulpverleners.

Deze masterclass geeft je informatie en tools om straks zelf in de eigen praktijk een somatische beeld te vormen van de lichamelijke gezondheid van de verslaafde patiënt. De masterclass is interactief en behandeld meerdere facetten van somatiek en verslaving. Bestaat verslavingsverpleegkunde? Hoe ga je om met verslavingsgedrag? Hoe ga je in gesprek met je mogelijk verslaafde patiënt? We oefenen met het afnemen van de AUDIT.
Waar let je op bij somatiek en verslaving? Hoe signaleer je ernstige problematiek en wat doe je als je deze hebt gevonden? We oefenen aan de hand van de instructie van het afnemen van de Utrechtse Somatisch Screeningslijst (USS).
Voorbeelden van onderwerpen die aan bod komen zijn: Weet je waarom thiaminesuppletie belangrijk is bij chronisch alcoholgebruik? Hoe vaak komen geheugenklachten voor bij langdurend alcoholgebruik? Heeft deze patiënt een delier/ Wernicke encephalopathie of zelfs Korsakov? Wat doe ik bij leverfalen? Hoe bespreek je veilig vrijen en veilig gebruik van middelen. Heeft mijn patiënt hepatitis C en wat doe ik dan? Wat is harm reduction ? Hoe handel je bij overdosis?

Aan het eind van de masterclass ben je in staat om een Utrechtse Somatische screeningslijst af te nemen en weet je welke onderwerpen bij verslaving en somatiek aandacht verdienen.

Masterclass Somatiek GGZ binnen de huisartsenzorg, voorbeelden uit de beroepspraktijk

Krissie Aerts
Programma manager GGZ/ verpleegkundig specialist GGZ

Sinds de invoering van de Basis GGZ in 2014 is er een verschuiving gaande van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) vanuit de Specialistische Geestelijke Gezondheidszorg en de Generalistische Basis GGZ richting de Basiszorg (huisarts plus praktijkondersteuner GGZ). Uiteraard roept deze verschuiving kritische vragen op. Want wat kan wel en wat kan niet geboden worden binnen de huisartsenzorg? Eén ding is overduidelijk: om binnen de Basiszorg de zorg voor deze patiënten gedegen neer te zetten is kennis en kunde op het gebied van bejegening, behandeling maar ook somatische comorbiditeit vereist. Hierbij is het belangrijk te beseffen dat de ene huisartsenpraktijk de andere niet is. Niet ieders achtergrond en kennisniveau op het gebied van psychiatrische aandoeningen en somatische comorbiditeit is gelijk en dat is een factor die de mogelijkheden en onmogelijkheden binnen de huisartsenzorg divers maakt.

Door kennisverspreiding en samenwerking kan er echter vaak meer binnen de huisartsenzorg dan op het eerste ogenblik het geval lijkt. Zo is er vanuit Huisartsen Utrecht Stad (HUS) een zorgprogramma EPA opgezet en uitgerold, wat concrete en praktische handvatten biedt aan huisartsen en POH GGZ, onder andere omtrent somatische screening. Indien zowel intern als extern de krachten worden gebundeld en intensief wordt samengewerkt (bijvoorbeeld tussen de specialistische GGZ en de Basiszorg) is de kans groter dat de zorg voor patiënten met EPA (ook op somatisch gebied) succesvol kan worden verleend. De huisartsenpraktijk is voor veel patiënten namelijk een laagdrempelige plek waar zij makkelijk naartoe gaan. Daarnaast zijn er binnen de huisartsenzorg reeds bestaande structuren op het gebied van somatische screening waarvan ook patiënten met EPA kunnen profiteren.

Tot slot is er tevens op interventieniveau in sommige huisartsenpraktijken reeds verrassend veel mogelijk!

Masterclass Lichamelijk Onderzoek…Hoe doe je dat ook al weer?

Drs. Anand Ramlal
Internist, Parnassia groep
Drs. Sjaak Hurkmans
Huisarts, Parnassia Groep

Er is weinig aandacht voor de lichamelijke gezondheid van psychiatrische patiënten. De levensverwachting van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen is 15-20 jaar korter t.o.v. de algemene bevolking.

Naast de psyche verdient ook het lichaam zorg. Sinds 2015 is de multidisciplinaire richtlijn somatische screening bij EPA waarbij aandacht voor de somatische gezondheid wordt besteedt. Een onderdeel hiervan is het lichamelijk onderzoek. Wat doe je en hoe doe je dat alweer?
Tijdens de masterclass wordt hierop ingegaan.

Masterclass Bijwerkingen en interacties van medicatie, in het bijzonder psychofarmaca

Dr. Heshu Abdullah-Koolmees (HA)
AIOS Ziekenhuisfarmacie, Epidemioloog | Universitair Medisch Centrum Utrecht
Dr. P. Roberto Doornebal-Bakker (RD)
Psychiater, plv. opleider, researcher, genetisch epidemioloog | GGz Centraal en Universiteit Maastricht

Alle geneesmiddelen hebben bijwerkingen en kunnen met elkaar interacteren. Dit geldt ook voor geneesmiddelen voor psychische aandoeningen ('psychofarmaca'). Bijwerkingen kunnen leiden tot ernstige complicaties en therapie-ontrouw, en hebben een negatieve invloed op de kwaliteit van leven. Bovendien hebben patiënten met psychische aandoeningen vaker somatische aandoeningen in vergelijking tot de algemene bevolking, en gebruiken vaker 'somatische' geneesmiddelen.
Het is van belang dat behandelaren hun patiënten (en naasten) goed informeren over bijwerkingen en interacties van geneesmiddelen, naast effectiviteit, en tot een gezamenlijke beslissing te komen welke farmacotherapie het meest passend is. Preventie, monitoring, en behandelen van bijwerkingen horen bij het arsenaal van behandelaren. De praktijk laat zien dat bijwerkingen en interacties nog beter in het dossier genoteerd kunnen worden. Verder kunnen bijwerkingen geclassificeerd worden.

Sinds een aantal jaren hebben psychiatrische instellingen polikliniek bijwerken en recent is de generieke module bijwerkingen uitgekomen (https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/bijwerkingen) en scholing.

Toch is er meer nodig. Sommige behandelaren voelen zich onzeker als het gaat om bijwerkingen en interacties van geneesmiddelen en hebben behoefte aan scholing. Daarnaast is er bij patiënten (en naasten) behoefte aan meer informatie en het is de taak van de behandelaren om deze informatie te geven om zo tot een gezamenlijk besluit te komen. Kennis bij de patiënten (en naasten) kan preventief werken omdat zij eerder hun behandelaar zullen informeren of inschakelen.

Masterclass Leefstijlinterventies in de praktijk

Jeroen Deenik
Promovendus, gezondheidspsycholoog, psychomotorisch therapeut | GGz Centraal

Mensen met een psychiatrische aandoening leven tot wel 20 jaar korter, voor een groot deel veroorzaakt door hart- en vaatziekten. Het ontwikkelen van risicofactoren hiervoor (o.a. overgewicht, te hoge bloeddruk en verstoorde vet- suiker en cholesterolwaarden in het bloed) heeft diverse oorzaken. Een ongezonde leefstijl met weinig fysieke activiteit en ongezonde eetgewoonten is hierin een van de meest beïnvloedbare factoren. Toenemende mate van erkenning van het probleem en onderzoek hiernaar, heeft gezorgd voor meer onderzoek naar leefstijlinterventies dan ooit tevoren. Inmiddels is het bewijs overtuigend: door meer te bewegen zijn verbeteringen te bereiken in risicofactoren voor hart- en vaatziekten en fysieke fitheid, maar ook in functioneren, psychische symptomen, kwaliteit van leven, cognitief functioneren en medicatiegebruik. En ook het verbeteren van eetgewoonten leverde aanzienlijke reductie op van risicofactoren op hart- en vaatziekten.

Maar alles leuk en aardig: veel van deze studies zijn echter gedaan in een onderzoeksopzet. Op de werkvloer, in de alledaagse praktijk, blijft het lastig en is implementatie een probleem. Diverse onderzoeken laten ook zien dat gestelde richtlijnen onvoldoende worden opgevolgd en het in veel ontwikkelde interventies niet lukt om de effecten vol te houden op de langere termijn. Het blijft een uitdaging om mensen in beweging te krijgen en gezonder te laten eten. Een multidisciplinaire geïntegreerde aanpak is succesvol gebleken, maar vergt veel inspanning. We zijn daarmee in een nieuwe fase beland: alle kennis over gezondheidswinst is er, maar hoe gaat het en krijgen we het in praktijk? Welke interventies zijn en worden er in binnen- en buitenland gedaan? Wat zijn daarin de successen en knelpunten en wat kunnen we daarvan leren? Hoe kunnen we structurele verandering in de praktijk bereiken?

Binnen deze masterclass zullen we daar een antwoord op vinden aan de hand van (ook uw eigen!) praktijkvoorbeelden.

Masterclass Impact van slaapstoornissen en passende interventies

Prof. dr. Marike Lancel
Bijzonder hoogleraar Slaap en psychopathologie| Rijks Universiteit Groningen
Somnoloog |Slaapcentrum voor Psychiatrie Assen, GGZ Drenthe

Goed slapen is van groot belang voor het cognitieve functioneren, de lichamelijke en geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven. Veel mensen met een psychische aandoening hebben klachten over hun slaap. Zo heeft het merendeel van de mensen met een stemmings-, angst en psychotische stoornis last van slapeloosheid. Daar wordt in de GGZ over het algemeen weinig aandacht aan besteed (kennis over slaapstoornissen maakt geen onderdeel uit van de opleiding verpleegkunde, psychologie en psychiatrie; er is nog geen GGZ-richtlijn voor de behandeling van slaapstoornissen!).

Slapeloosheid wordt vaak beschouwd als (transdiagnostisch) symptoom van de psychopathologie en zal dus, met een effectieve behandeling van de psychische aandoening, vanzelf verdwijnen. De focus ligt voornamelijk op de psychiatrie. Dat is echter een gemiste kans. Insomnie is een frequent optredend residu symptoom na behandeling van bijv. een depressie, PTSD en PGD. Gestoorde / onvoldoende slaap draagt bij aan het ontstaan van psychische aandoeningen zoals stemmings- en angst stoornissen, remt de therapieresponse en vergroot de kans op een terugval. Bij mensen met complexe psychische problematiek - die toch al vaak moeite hebben om zich staande te houden - leiden slaapproblemen tot een verdere afname in de kwaliteit van leven. In het slaapcentrum van GGZ Drenthe zien we dan ook vaak cliënten die, naast hun psychische aandoening, al langdurig lijden aan een (door behandelaar niet opgemerkte) slaapstoornis, met zeer invaliderende gevolgen, zoals gestopt zijn met opleiding/werk, financiële problemen en sociaal isolement.

In het kader van een optimale therapie response en de stabiliteit van het herstel, is het juist bij GGZ-cliënten essentieel regelmatig te vragen naar hun slaapkwaliteit, een mogelijke slaapstoornis tijdig te diagnosticeren (als nodig, cliënt hiervoor verwijzen naar een slaapkliniek) en apart te behandelen. Veel standaard behandelingen voor slaapstoornissen zijn – met enige aanpassingen – ook effectief bij mensen met psychische aandoeningen.