

multidisciplinaire richtlijn
Somatische screening bij patiënten met een ernstige
psychische aandoening

Colofon

Verantwoordelijke instanties

Opdrachtgever: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
Postbus 8212
3503 RE Utrecht
Website: www.venvn.nl
Email: info@venvn.nl
Tel: 030 291 90 50

Uitvoering: Trimbos Instituut



In samenwerking met: Nederlandse Vereniging van Artsen somatisch werkzaam in de psychiatrie (NVSAP)
Vereniging Ypsilon
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Federatie Vaktherapeutische beroepen (FVB)
Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMV)
Nederlandse Vereniging van Dietisten (NVD)
Landelijk platform GGZ (LP-GGZ)
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
V&VN Verpleegkundig Specialisten
V&VN Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen
V&VN Consultatieve Psychiatrie

Tekstredactie: Textability

Bij vragen over de richtlijn kunt u terecht bij V&VN: info@venvn.nl.
De richtlijn is te bekijken en te downloaden op: www.venvn.nl.

Financieel mogelijk gemaakt door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.



Rijksoverheid

Auteurs

Jolanda Meeuwissen, Berno van Meijel, Marieke van Piere, Maarten Bak, Merlijn Bakkenes, Digna van der Kellen, Sonja van Hamersveld, Ronald van Gool, Katie Dermout, Titia Feldmann, Anneriek Risseeuw, Anneke Wijtsma-van der Kolk, Ingrid van Vuuren, Matthijs Rümke, Evelyn Sloots-Jongen, Paul de Heij, Richard Starmans, Cilia Daatselaar, Christine van Veen en Marleen Hermens (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl)

Werkgroep en klankbordgroep

Een overzicht van de leden van de werkgroep en klankbordgroep staat weergegeven in bijlage 1.

Naar deze richtlijn kan als volgt worden verwezen:

Meeuwissen JAC, Meijel B van, Piere M van, Bak M, Bakkenes M, Kellen D van der, Hamersveld S van, Gool R van, Dermout K, Feldmann CT, Risseeuw AH, Wijtsma-van der Kolk A, Vuuren I van, Rümke M, Sloots-Jongen EMJN, Heij P de, Starmans R, Daatselaar C, Veen C van en Hermens M (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl) (2015). Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: V&VN.

Deze richtlijn is geautoriseerd door:

Nederlandse Vereniging van Artsen somatisch werkzaam in de psychiatrie (NVSAP)
Vereniging Ypsilon
Federatie Vaktherapeutische beroepen (FVB)
Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMV)
Nederlandse Vereniging van Dietisten (NVD)
Landelijk platform GGZ (LP-GGZ)
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)

Deze richtlijn is inhoudelijk goedgekeurd door:

V&VN Verpleegkundig Specialisten
V&VN Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen
V&VN Consultatieve Psychiatrie
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Inhoudsopgave

Colofon.....	2
Inhoud.....	4
1 Inleiding.....	5
1.1 Waarom deze richtlijn?.....	5
1.2 Voor wie is deze richtlijn bedoeld?.....	5
1.3 Over wie gaat deze richtlijn?.....	6
1.4 Waar gebruik je de richtlijn voor?.....	6
1.5 Hoe is de richtlijn gemaakt?.....	7
2 Gezondheidsaspecten en screeningsinstrumenten.....	8
2.1 Waarvoor is somatische screening en het monitoren van medicatiegebruik nodig?.....	8
2.2 Welke gezondheidsaspecten screenen?.....	9
2.3 Instrumenten voor somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese.....	9
2.4 Aanbevelingen algemene somatische screening.....	11
2.5 Aanbevelingen medicatiemonitoring.....	11
2.6 Aanbevelingen leefstijlanamnese.....	12
3 Inzetten van screeningsinstrumenten en vervolgacties.....	14
3.1 Inzetten van screeningsinstrumenten en vervolgacties.....	14
3.2 Aanbevelingen frequentie screening en monitoring.....	15
4 Rol van familie en naastbetrokkenen.....	17
4.1 Sociale omgeving.....	17
4.1 Aanbevelingen familie en naastbetrokkenen.....	17
5 Voorwaarden voor goede zorg.....	19
5.1 Kennis, uitvoering en verantwoordelijkheden.....	19
5.2 Aanbevelingen kennis en beleid.....	20
5.3 Aanbevelingen coördinatie, multidisciplinaire samenwerking en continuïteit van zorg.....	20
Referenties.....	21
Bijlage 1 – Leden van de werkgroep, klankbordgroep en projectgroep.....	24

1 Inleiding

1.1 Waarom deze richtlijn?

Uit onderzoek blijkt dat de somatische zorg aan mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) op een aantal punten tekortschiet, hetgeen leidt tot onderdiagnostiek en onderbehandeling.¹⁻⁴ De aandacht voor de somatische gezondheid en een gezonde leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening blijft achter bij wat wenselijk en mogelijk is. De levensverwachting van mensen met een ernstige psychische aandoening ligt beduidend lager dan die van mensen in de algemene bevolking. Zowel de directe kosten door langduriger en frequenter gebruik van voorzieningen als indirecte zorgkosten door langdurig ziekteverzuim zijn hoog.

Professionals in de ggz (huisartsenzorg inclusief POH-ggz, generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz) vervullen een belangrijke rol bij het herkennen van lichamelijke aandoeningen en het bevorderen van een gezonde leefstijl bij patiënten. Dit doen zij vanuit de principes van shared-decision-making in samenwerking met de patiënt. Ggz-professionals hebben behalve een specifieke deskundigheid ook praktische handvatten nodig, op basis waarvan zij signalen kunnen herkennen en beoordelen en (indien nodig) kunnen diagnosticeren, begeleiden, coachen, behandelen, verplegen, verzorgen of verwijzen naar andere professionals. Richtlijnen kunnen dergelijke handvatten bieden en deze deskundigheid ondersteunen, waardoor de herkenning en behandeling van somatische gezondheidsproblemen kunnen worden verbeterd. Daarnaast kunnen met gerichte leefstijlinterventies risicofactoren voor bepaalde voorkomende somatische aandoeningen bij mensen met een ernstige psychische aandoening gunstig worden beïnvloed.¹⁻⁶ Deze richtlijn beoogt ggz-professionals - in het bijzonder verpleegkundigen - te ondersteunen bij de somatische screening op gezondheidsproblemen bij mensen met een ernstige psychische aandoening, en tevens ondersteuning te bieden bij de planning en uitvoering van vervolgtactiviteiten voor preventie en tijdige diagnostiek en behandeling van somatische problemen.

1.2 Voor wie is deze richtlijn bedoeld?

De richtlijn is een hulpmiddel voor alle beroepsgroepen die zorg verlenen aan mensen met een ernstige psychische aandoening: verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, sociaal-psychiatisch verpleegkundigen (SPV'en), consultatief-psychiatisch verpleegkundigen, psychologen, psychiaters, klinisch gerieters, artsen somatisch werkzaam in de ggz, internisten in de ggz, huisartsen, POH-ggz, physician assistants in de ggz, psychomotorisch therapeuten, fysiotherapeuten, diëtisten, sociotherapeuten, ergotherapeuten en ggz-agogen. De activiteiten in deze multidisciplinaire richtlijn zijn in het bijzonder uitgewerkt voor verpleegkundigen. Vanwege de herordening van de ggz per 1 januari 2014 zijn deze aanbevelingen daarnaast ook zeer toepasbaar voor de POH-ggz, aangezien de patiëntstromen naar verwachting zullen verschuiven van de gespecialiseerde ggz naar de generalistische ggz.

Aanbevolen is om een verpleegkundige in de rol van casemanager aan te stellen als eerstverantwoordelijke voor de continuïteit en coördinatie van de somatische zorg aan de individuele patiënt.

De casemanager draagt ook zorg voor (het bewaken van) de uitvoering van de algemene somatische screening en, zo nodig, voor de specifieke follow-up activiteiten. De uitvoering vindt plaats in samenwerking met andere disciplines. De verantwoordelijkheid hiervoor kan, afhankelijk van de aard van de te verrichten activiteiten, bij andere disciplines liggen. De somatische screening wordt uitgevoerd in goede afstemming en communicatie met de patiënt en de hoofdbehandelaar (onder meer: medisch specialist (psychiater), klinisch psycholoog, GZ-psycholoog, huisarts, en verpleegkundig specialist).

De rol van casemanager kan door verschillende disciplines met medische of verpleegkundige kennis op het gebied van somatische screening worden vervuld. Vaak zal het vanwege de praktische haalbaarheid de eerstverantwoordelijke verpleegkundige, verpleegkundig specialist, POH-ggz of SPV zijn die door zijn centrale positie in de zorg voor de patiënt de verantwoordelijkheid kan dragen voor een adequate leefstijlbegeleiding. De casemanager zal over competenties op minimaal HBO-niveau dienen te beschikken om deze rol te kunnen vervullen.

1.3 Over wie gaat deze richtlijn?

De richtlijn richt zich op volwassen patiënten (18-65 jaar) met een ernstige psychische aandoening of een verhoogd risico waarbij⁵:

- er sprake is van een psychische stoornis, die zorg of behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie);
- en die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie);
- en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van de psychische stoornis;
- en die niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren);
- en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

In Nederland gaat het in totaal om ongeveer 160.000 patiënten in de ggz tussen de 18 en 65 jaar, inclusief verslavingszorg en forensische zorg. Als ouderen en jeugdigen worden meegeteld, betreft het naar schatting 216.000 patiënten.⁵

Onder de categorie *ernstige psychische aandoening* vallen altijd de diagnoses stoornissen in het psychosespectrum, bipolaire stoornissen en depressie met psychotische kenmerken. Overige diagnoses (zoals depressie, aan middelen gebonden stoornissen of persoonlijkheidsstoornissen) kunnen er ook toe behoren wanneer deze voldoen aan bovenstaande criteria. Veel mensen hebben een ernstige psychische aandoening in combinatie met al of niet primaire verslavingsproblematiek. Wegens het verhoogde risico op het ontwikkelen van een ernstige psychische aandoening (en de daarbij behorende gezondheidsrisico's) is de richtlijn ook van toepassing op mensen met een eerste psychose, hoewel ze niet voldoen aan de criteria van de definitie.

1.4 Waar gebruik je de richtlijn voor?

Richtlijnen vatten beschikbare kennis voor professionals overzichtelijk samen en bevorderen gewenst handelen. Deze richtlijn helpt hulpverleners, met name verpleegkundigen, om somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening goed uit te voeren en beschrijft de samenhangende (deel)activiteiten die er onderdeel van zijn: algemene somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese. De richtlijn geeft verder aan welke vervolgacties moeten worden ondernomen en hoe activiteiten dienen te worden afgestemd met gerelateerde activiteiten, die binnen het domein van andere disciplines vallen.

Vervolgactiviteiten betreffen meestal behandeling en preventie van somatische aandoeningen, waaronder leefstijlinterventies en leefstijlbegeleiding. Hiervoor wordt verwezen naar de *Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015*⁶ die gelijktijdig met deze richtlijn is ontwikkeld. Het startpunt daarvan is de halfjaarlijkse leefstijlanamnese, het derde onderdeel van somatische screening. De resultaten van de leefstijlanamnese worden gecombineerd met de uitkomsten van zowel de algemene somatische screening als de medicatiemonitoring en vormen het uitgangspunt voor het – samen met de patiënt - opstellen van een leefstijlplan.

De richtlijn ondersteunt je bij wat je moet weten en wat je moet doen om in samenwerking met andere ggz-disciplines effectief te screenen op somatische aandoeningen bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Meer specifiek krijg je handvatten bij de volgende vragen:

- Waarom is het nodig om systematisch somatisch te screenen en te monitoren bij mensen met een ernstige psychische aandoening? Op welke gezondheidsaspecten dient screening plaats te vinden? Welke instrumenten kan ik daarvoor gebruiken? → [hoofdstuk 2 Gezondheidsaspecten en screeningsinstrumenten](#)
- Hoe pas ik de instrumenten voor somatische screening toe? Hoe, wanneer, bij wie en hoe vaak zet ik deze in en welke vervolgacties doe ik aansluitend? → [hoofdstuk 3 Inzetten van screeningsinstrumenten en vervolgacties](#)

Wat je moet doen in dit proces is weergegeven in het stroomschema Somatische screening bij een ernstige psychische aandoening ([figuur 1, blz. 16](#)).

De opbouw van deze richtlijn volgt dit schema. Deze richtlijn gaat ook in op meer voorwaardelijke zaken om het proces van somatische screening optimaal te laten verlopen:

- Wat kunnen familie en naastbetrokkenen betekenen bij de algemene somatische screening en medicatiemonitoring? → **hoofdstuk 4 Rol van familie en naastbetrokkenen**
- Wat heb ik nodig van mijn instelling of van mijn team om somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening goed vorm te geven wat betreft kennis, samenwerking, coördinatie en continuïteit van zorg? → **hoofdstuk 5 Voorwaarden voor goede zorg**

1.5 Hoe is de richtlijn gemaakt?

Deze richtlijn werd in opdracht van de beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN) ontwikkeld door een multidisciplinair samengestelde werkgroep en een klankbordgroep, ondersteund door de projectgroep. In de werkgroep waren hulpverleners vanuit relevante beroepsverenigingen en vertegenwoordigers vanuit cliënten- en familieorganisaties op het gebied van lichamelijke zorg aan mensen met een ernstige psychische aandoening afgevaardigd. Met de concepttekst is een praktijktest uitgevoerd in drie ggz-instellingen met als doel zicht te krijgen op de praktische toepasbaarheid van de richtlijn en op specifieke activiteiten die nodig zijn om de richtlijn in de praktijk te kunnen invoeren.

Deze richtlijn is gebaseerd op resultaten van wetenschappelijk onderzoek, grijze literatuur, praktijk- en ervaringskennis van professionals en op de voorkeuren van patiënten en familie. De totstandkoming en de onderbouwing van deze richtlijn worden volledig beschreven en verantwoord in een apart rapport.⁷

2 Gezondheidsaspecten en screeningsinstrumenten

Paragraaf 2.1 gaat in op de redenen waarom het nodig is om mensen met een ernstige psychische aandoening systematisch somatisch te screenen en te monitoren. Vervolgens komt aan de orde op welke gezondheidsaspecten screening en monitoring betrekking moet hebben (par. 2.2) en ten slotte wordt beschreven welke instrumenten de screening en monitoring goed ondersteunen (par. 2.3). De activiteiten en vervolgacties op het gebied van de algemene somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlbevordering komen aan bod in hoofdstuk 3.

2.1 Waarvoor is somatische screening en het monitoren van medicatiegebruik nodig?

De achterstand in de somatische gezondheid van mensen met een ernstige psychische aandoening is groot (zie kader). Somatische screening bevordert de preventie en tijdige herkenning en behandeling van somatische problemen.

Somatische gezondheid van mensen met ernstige psychische aandoeningen

Lagere levensverwachting en kwaliteit van leven - Door de relatief slechte somatische conditie ligt de levensverwachting bij mensen met een ernstige psychische aandoening 20-25 jaar lager dan die van de algemene bevolking.⁸⁻¹⁰ Gezondheidsproblemen die daar het meest aan bijdragen zijn: cardiovasculaire aandoeningen, respiratoire aandoeningen, infecties, endocriene stoornissen en bepaalde vormen van kanker.^{1 11 12}

Toegankelijkheid somatische zorg - Lichamelijke zorg is voor mensen met een ernstige psychische aandoening minder toegankelijk doordat zij gezondheidsklachten niet tijdig of onvolledig bij de huisarts melden.¹³ Deelname aan landelijke screeningsprogramma's is meestal laag.

Invloed hulpverleners - Hulpverleners kunnen pessimistisch zijn over het effect van inspanningen gericht op leefstijlbevordering of zij weten niet goed welke activiteiten ter bevordering van een gezonde leefstijl passend zouden zijn.¹

Ziektegebonden kenmerken - De moeizame en gebrekkige manier waarop mensen met een ernstige psychische aandoening hun gezondheidsproblemen signaleren, ervaren of presenteren draagt ertoe bij dat hulpverleners de klachten en aandoeningen vaak niet of pas laat ontdekken.^{14 15}

Langdurig medicatiegebruik - Behalve een ongezonde leefstijl is langdurig gebruik van medicatie, waaronder antipsychotica, een belangrijke factor bij het ontstaan van somatische problemen, met name gewichtstoename, cardiovasculaire aandoeningen en het daarbij verhoogde risico.^{8 14 16-20} Daarnaast veroorzaken psychofarmaca vaak een droge mond, wat bijdraagt aan gebitsproblemen. Dit versterkt een ongezonde leefstijl of belemmert initiatieven tot gezonder leven.²¹

Somatische conditie, leefstijl en tekort aan zelfzorg - Mensen met een ernstige psychische aandoening hebben naast hun psychische aandoening vaak ook één of meerdere lichamelijke aandoeningen.^{22 23} Onderzoek wijst uit dat veel mensen met een ernstige psychische aandoening een ongezonde leefstijl hebben (on gezond eten, weinig bewegen, roken, middelengebruik, slechte (mond)hygiëne) en zich niet of slechts gedeeltelijk aan de behandelvoorschriften houden.¹⁴ De gesignaleerde tekorten in de dagelijkse zelfzorg van veel mensen met een ernstige psychische aandoening (bijvoorbeeld mondzorg en gebitsverzorging)²⁴ dragen bij aan het ontstaan van gezondheidsproblemen.

Monitoring van het gebruik en effecten van medicatie is nodig omdat de behandeling met psychofarmaca gepaard kan gaan met veel verschillende bijwerkingen.²⁵ Er bestaat een verband tussen het gebruik van antipsychotica en het ontstaan van obesitas, dyslipidemie, hypertensie en hyperglykemie.²⁶ Dit zijn belangrijke risico verhogende factoren in het ontstaan van veel voorkomende ziekten zoals diabetes mellitus en hart- en vaatziekten. Daarom is het monitoren van deze risicofactoren bij het gebruik van psychofarmaca van groot belang.^{8 27-29} Ook voor andere bijwerkingen geldt dat systematische monitoring kan leiden tot eerdere herkenning van somatische problemen en tot eventuele bijstelling van de medicamenteuze behandeling.

- Met somatische screening en monitoring van medicatiegebruik kan een stap worden gezet naar preventie, snellere herkenning en vroegere behandeling van somatische problemen bij mensen met een ernstige psychische aandoening.
- Met aandacht voor leefstijl kunnen bekende risicofactoren voor somatische ziekten, die ontstaan als gevolg van een ongezonde leefstijl en medicatiegebruik gunstig worden beïnvloed.

2.2 Welke gezondheidsaspecten screenen?

Op grond van zeven belangrijke systematische onderzoekspublicaties (waaronder één Nederlandse) beveelt de richtlijnwerkgroep de gezondheidsaspecten aan op welke gescreend dient te worden.^{1 8 25 30-33} Het gaat om aspecten op het gebied van (1) algemene somatische screening (2) medicatiemonitoring en (3) leefstijl.

Uit de algemene somatische screening en de monitoring van medicatie komen gegevens naar voren, die in onderling verband beoordeeld dienen te worden (bijvoorbeeld de indicatoren voor verhoogd cardiovasculair risico). Deze gegevens dienen ook aan de leefstijl van de patiënt te worden gerelateerd. Aandacht voor leefstijl heeft als doel de risicofactoren op bij mensen met een ernstige psychische aandoening vaak voorkomende ziekten, zoals cardiovasculaire aandoeningen, gunstig te beïnvloeden en somatische complicaties zo veel mogelijk te voorkómen. De leefstijlanamnese helpt patiënten bewust te worden van de effecten van hun leefstijl op hun gezondheid. Leefstijlanamnese, waaronder het in kaart brengen van voedingsgewoonten en het bewegingspatroon, is de start voor het motiveren tot noodzakelijke leefstijlveranderingen zoals afvallen, minderen of stoppen met roken, gezonder eten en meer bewegen.^{1 32}

Zie voor de leefstijlanamnese en vervolgacties, zoals het inzetten van leefstijlinterventies en leefstijlbegeleiding, ook de Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening.⁶

Onderzoeksresultaten over somatische screening

- Op basis van gerandomiseerde studies (RCT's) is er (nog) geen bewijs dat het screenen op somatische aandoeningen bij mensen met een ernstige psychische aandoening effectief is.³³ In een studie wordt vastgesteld dat er diverse interventies zijn, echter dat de methodologie (nog) te kort schiet om effecten te kunnen meten.³⁴ Meer onderzoek is nodig. Klinische richtlijnen over het monitoren van de lichamelijke gezondheid bij mensen met een ernstige psychische aandoening zijn mede gebaseerd op consensus van experts en praktijkkennis.
- De richtlijnwerkgroep baseert de aanbevelingen over algemene somatische screening en medicatiemonitoring op een aantal systematische reviews en op de aanbevelingen in reeds bestaande nationale en internationale richtlijnen (waaronder de Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie).^{2 8 25 30}
- Screening is ook gewenst voor het gebit en de kwaliteit van de mondzorg (vanwege de veelal verminderde zelfzorg bij mensen met een ernstige psychische aandoening en gebitsproblemen als gevolg van medicatiebijwerkingen) en voor de ogen (vanwege mogelijke gevolgen van diabetes mellitus).^{1 8 30 31}
- Om somatische problemen te voorkómen is aandacht voor leefstijl gewenst (verminderen of stoppen met roken, gezonde voeding en regelmatig bewegen), in elk geval daar waar de componenten van verhoogd cardiovasculair risico kritieke waarden passeren.²⁵

2.3 Instrumenten voor somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese

In Nederland zijn diverse instrumenten in gebruik voor somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese (zie kader op blz. 11). Slechts voor één vragenlijst zijn onderzoeksresultaten gepubliceerd in (internationale) vaktijdschriften: de Subjectieve Reactie op Antipsychotica (SRA)-vragenlijst. Deze vragenlijst is onderdeel van de PHAMOUS. Deze vragenlijst is in Nederland ontwikkeld en onderzoekt de werking en de bijwerking(en) die patiënten ervaren door het gebruik van een antipsychoticum. De lijst vraagt naar gebruikte middelen en de tevredenheid ermee, de dosering en de therapietrouw.^{35 36} Het PHAMOUS-protocol omvat de SRA voor medicatiemonitoring, maar als instrument is het minder direct toepasbaar door verpleegkundigen.

Voor aanvullend somatisch onderzoek (op indicatie) en voor het monitoren van de bijwerkingen van medicatiegebruik (bewegingsstoornissen, cardiovasculaire en metabole problemen of seksuele problemen) zijn gestandaardiseerde instrumenten beschikbaar.

Zoals voor het uitvragen van cognitief functioneren de Mini-Mental State Examination (MMSE), van seksuele problemen de Antipsychotics and Sexual Functioning Questionnaire (ASFQ)³⁷, en van bewegingsstoornissen en andere extrapiramidale bijwerkingen bij antipsychoticagebruik de EPS-tool.³⁸

De Verpleegkundige Monitoring bij Gebruik van Antipsychotica (VMGA)-lijst^{39 40} voldoet als instrument voor somatische screening en medicatiemonitoring bij mensen met een ernstige psychische aandoening. De lijst vraagt alle relevante aspecten bij algemene somatische screening voor deze groep patiënten uit, is niet uitgebreider dan nodig en is geschikt voor gebruik door getrainde verpleegkundigen. De VMSL-GGZ, de Verpleegkundige Monitoring bij Somatiek en Leefstijl (VMSL-GGZ),⁴¹ is een aangepaste versie van de VMGA. Dit instrument voor screening op somatische aandoeningen en monitoring van medicatiegebruik is uitgebreid met screeningsonderdelen voor patiënten met een bipolaire stoornis en psychotische depressie, zoals extra laboratoriumonderzoek op schildklier- en leverfuncties (op indicatie) en het meten van de tensie bij het starten van antidepressiva (orthostase).^{42 43} De screeningslijst biedt bij de verschillende items ook uitsluitel over welke activiteiten of interventies er ondernomen dienen te worden.

Op het gebied van leefstijl is in Nederland het instrument Leefstijl-in-beeld beschikbaar.^{44 45} Dit instrument richt zich onder meer op de screening van leefstijlgedragingen die van invloed zijn op de somatische gezondheid van mensen met een ernstige psychische aandoening. Leefstijl-in-beeld kan vervolgens benut worden voor de planning en uitvoering van leefstijlinterventies. Binnen Leefstijl-in-beeld wordt gebruik gemaakt van de theorie van Motivational Interviewing en wordt aangesloten bij de beleving van de patiënt. De patiënt wordt uitgedaagd tot het zelf benoemen van verandermogelijkheden. Dit draagt bij aan het vergroten van de kans op een langdurige gedragsverandering. Andere aspecten zoals educatie, visuele ondersteuning, individuele counseling en overige interventies op maat maken onderdeel uit van Leefstijl-in-beeld. De inhoud van Leefstijl-in-beeld is gebaseerd op de richtlijn Gezonde voeding (Voedingscentrum, 2011), de norm voor gezond bewegen en de landelijke NHG-richtlijnen.

In Nederland gebruikte instrumenten voor somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese bij ernstige psychische aandoeningen
<p><i>Gestandaardiseerde instrumenten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • PHAMOUS: PHarmacotherapy Monitoring and OUtcome Survey • SRA-34 en SRA-74: Subjectieve Reactie op Antipsychotica vragenlijst • USS: Utrechtse Somatische Screening • VMGA: Verpleegkundige Monitoring bij Gebruik van Antipsychotica • Leefstijl-in-beeld • HIP: Health Improvement Profile <p><i>Andere instrumenten (ontwikkeld door diverse Nederlandse ggz-instellingen)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • IMPROVE-R patiënteninterview (Delta Psychiatrisch centrum) • Somatische screening intake Lentis • Somatische Screening Bouman GGZ • Anamnese Somatische screening GGZ Oost-Brabant • Somatische Screening GGZ Centraal Instrument en pre-screeningsinstrument • APM: Antipsychotica Monitor (regio Zuid-Limburg, o.a. Mondriaan Groep) • Algemene richtlijn somatische screening en behandeling GGNet • Somatische screening en behandeling bij antipsychotica GGNet
Conclusies wetenschappelijke evidentie
<ul style="list-style-type: none"> • Er is geen wetenschappelijk bewijs beschikbaar uit gerandomiseerde studies of uit observationeel onderzoek dat een algemene somatische screening bijdraagt aan de lichamelijke gezondheid en de kwaliteit van leven van mensen met een ernstige psychische aandoening. • Het gebruik van antipsychotica kan gepaard gaan met veel bijwerkingen. Goede, systematische monitoring kan leiden tot eerdere herkenning van ongewenste bijwerkingen en, indien nodig, bijstellen van het behandelbeleid. • De SRA-vragenlijst (SRA-74 en SRA-34) lijkt bruikbaar in de klinische praktijk voor medicatiemonitoring, zeker in de verkorte versie (SRA-34; afnametijd is 10 minuten), met een goede interne consistentie.⁴⁶

- Voor de effectiviteit van de overige geïnterviewde screeningsinstrumenten bestaat er geen wetenschappelijke evidentie.
- Over de VMGA is verslag gedaan in de grijze literatuur.^{39 40} Dit in Nederland ontwikkelde instrument gaat in op alle mogelijk complicaties van antipsychotica.
- Over Leefstijl-in-beeld is verslag gedaan in de grijze literatuur.^{44 45} Dit in Nederland ontwikkelde instrument richt zich onder meer op de screening van leefstijlgedragingen die van invloed zijn op de somatische gezondheid van mensen met een ernstige psychische aandoening aan de hand van Motivational Interviewing.

2.4 Aanbevelingen algemene somatische screening

Verricht bij alle mensen met een ernstige psychische aandoening een somatische screening die bestaat uit drie onderdelen:

1. algemene somatische screening
2. medicatiemonitoring
3. leefstijlanamnese

Geef voorafgaand aan de screening de patiënt een zelf-invullijst van de klachten mee, of vul deze samen met de patiënt in tijdens de screening.

Neem bij *alle* mensen met een ernstige psychische aandoening een algemene somatische screening af, die bestaat uit de volgende activiteiten:

1. Uitvragen van de hoofdklacht: VALTIS (voorgeschiedenis, aard, locatie, tijd, intensiteit, samenhang van de klachten)
2. Medicatie
3. Uitvragen van klachten op de gebieden: respiratoir, circulatoir, digestivus, locomotorius, urogenitalis, endocriene status, zenuwstelsel, hematologische status.
4. Algemene vragen: welbevinden, pijnklachten, gewichtsverandering, bezoek buitenland, allergieën, intoxicaties, vaccinaties.
5. Voorgeschiedenis kwetsbaarheid
6. Familieanamnese
7. Lichamelijk onderzoek op basis van anamnese (lichamelijke klachten en medicatiegebruik) en risicogebieden, waaronder:
 - specifieke metingen: BMI, middelomtrek, bloeddruk, pols, temperatuur
 - gebits- en mondcontrole
 - oogcontrole: visus, netvliesafwijkingen (diabetische retinopathie)
 - huidcontrole
 - basis-neurologisch onderzoek (waaronder onderzoek naar bewegingsstoornissen)
8. Standaard specifieke metingen laboratorium: nuchter-glucose (of HbA1c), nuchter cholesterol, HDL-cholesterol-ratio, triglyceriden

Zorg dat - op indicatie - bij specifieke klachten die uit de screening zijn voortgekomen vervolgonderzoek plaatsvindt voor:

- aanvullend bloedbeeld: hematologisch, klinisch-chemisch, endocrien (waaronder prolactine)
- schildklierfuncties (bij affectieve stoornissen of bekende schildklierproblemen)
- nierfuncties (bij cardiovasculaire problemen, bij starten met lithium)
- leverfuncties (bij cardiovasculaire problemen)
- X-thorax
- ECG (bij starten met clozapine of lithium)
- EEG (bij verdenking van epilepsie)
- cognitief functioneren (MMSE)

Zorg ervoor, indien nodig, dat hiervoor een verwijzing plaatsvindt.

Gebruik ter ondersteuning van de *algemene somatische screening* een gestandaardiseerd instrument dat toegepast kan worden door verpleegkundigen, zoals de VMSL-GGZ.

Tel voor een realistische inschatting van de gezondheidsrisico's bij risicobeoordeling 20 jaar op bij de kalenderleeftijd van mensen met een ernstige psychische aandoening. Aansluitend kan gebruik worden gemaakt van het schema gepresenteerd in De Hert & Van Winkel⁴⁷ waarmee leeftijdsonafhankelijkheid het risico op cardiovasculaire ziektes kan worden ingeschat.

2.5 Aanbevelingen medicatiemonitoring

Monitor bij alle mensen met een ernstige psychische aandoening het medicatiegebruik. Dit omvat de volgende activiteiten:

1. Systematisch in kaart brengen van de voorgeschreven medicatie en het medicatiegebruik. Hoe gaat de patiënt om met de medicatie, hoe en wanneer (voor, na of bij het eten) wordt deze ingenomen en welke medicatie gebruikt de patiënt er (af en toe) bij?
2. Systematisch in kaart brengen van de subjectieve ervaringen rondom medicatiegebruik: klachten en therapietrouw.
3. Systematisch vaststellen van de bijwerkingen van de medicatie. Hierbij is minimaal aandacht voor bewegingsstoornissen, cardiovasculaire en metabole problemen, en seksuele problemen.
4. Breng de bevindingen in verband met de resultaten van de algemene somatische screening.

Gebruik voor een meer uitgebreide vaststelling van de subjectieve ervaringen van patiënten aangaande hun medicatiegebruik de SRA-74 of de SRA-34.

2.6 Aanbevelingen leefstijlanamnese

Neem bij mensen met (risico op) een ernstige psychische aandoening een leefstijlanamnese af op de volgende aspecten:

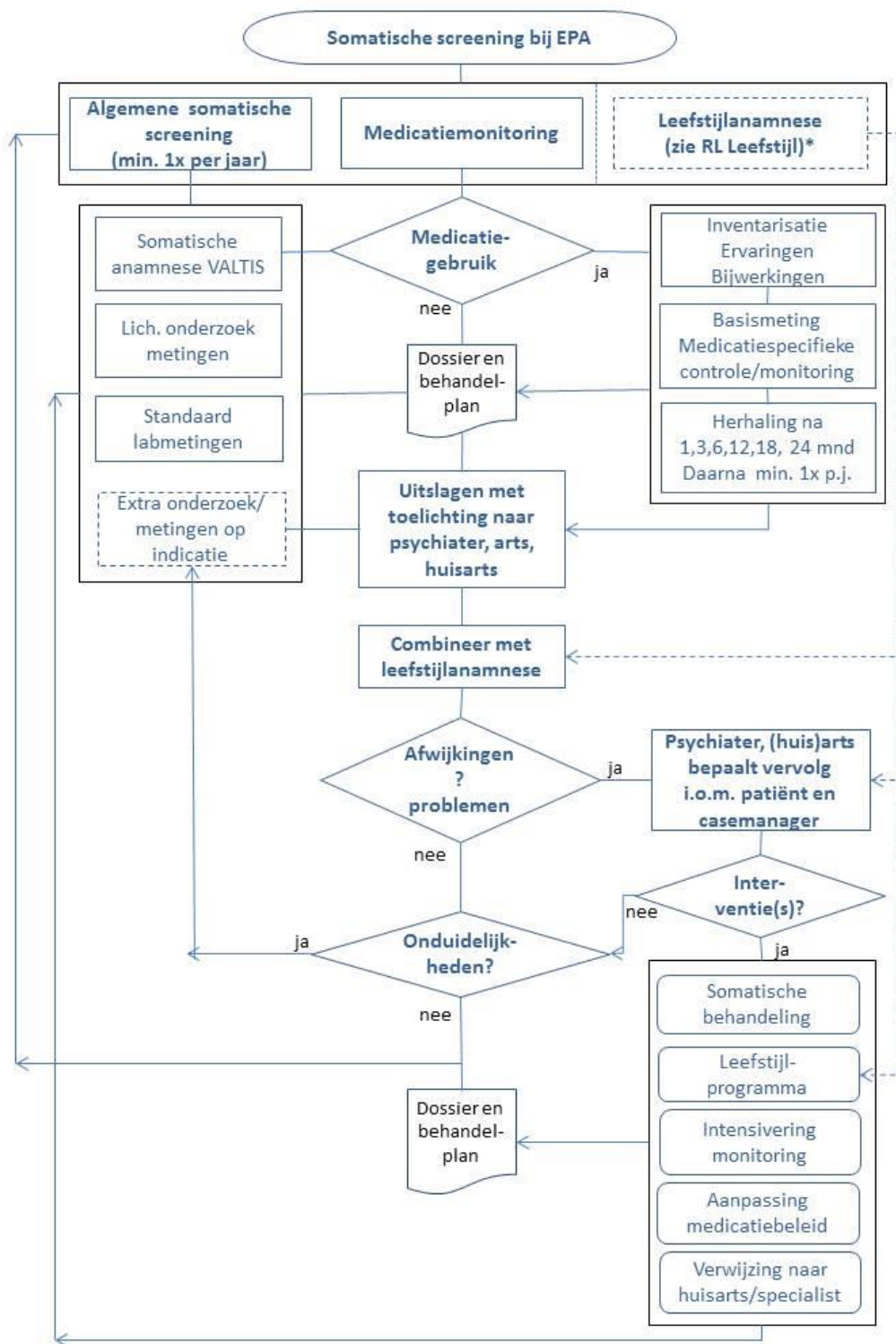
1. Voeding en eetpatroon (inclusief koffie en energiedranken)
2. Bewegen en sport
3. Welbevinden en ontspanning (balans tussen belasting en belastbaarheid)
4. Middelengebruik (tabak, alcohol, medicatie verkrijgbaar zonder recept, drugs)
5. Slapen (dag- en nachtritme; opstaan)
6. Seksueel gedrag en SOA-preventie
7. Hygiëne (waaronder mondhygiëne)

Breng bij mensen met een (risico op) ernstige psychische aandoeningen op basis van de leefstijlanamnese in kaart op welke gebieden het nodig is om leefstijlinterventies te plannen en uit te voeren. Betrek hierbij de uitkomsten van de algemene somatische screening en medicatiemonitoring. Gebruik als ondersteuning een gestandaardiseerd instrument voor de leefstijlanamnese, zoals Leefstijl-in-beeld of het onderdeel leefstijl in de VMSL-GGZ.

Zet in de volgende gevallen bij de leefstijlanamnese een instrument in dat aansluit bij de motivatie van de patiënt en een combinatie van voorlichting en ondersteuning bij leefstijlverandering omvat, zoals Leefstijl-in-beeld:

- a. wanneer een meer uitgebreide leefstijlanamnese gewenst is;
 - b. of wanneer er leefstijlinterventies worden overwogen of worden opgesteld.
- Leefstijl-in-beeld kan vervolgens benut worden voor de planning en uitvoering van leefstijlinterventies. Zie hiervoor ook de *Richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening*.⁶

Figuur 1: Stroomschema Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening



* multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015.

3 Inzetten van screeningsinstrumenten en vervolgacties

Welke activiteiten dienen als onderdeel van de somatische screening te worden uitgevoerd? Hoe, wanneer, bij wie en hoe vaak worden de screeningsinstrumenten ingezet? Welke vervolgacties dienen te worden uitgevoerd? De stappen in het proces zijn samengevat in het stroomschema in figuur 1.

3.1 Inzetten van screeningsinstrumenten en vervolgacties

Het inzetten van screeningsinstrumenten en vervolgacties dient als volgt plaats te vinden.

Inzetten

- Ten minste een keer per jaar vindt een algemene somatische screening plaats. Dit omvat een somatische anamnese, lichamelijk onderzoek en specifieke metingen (standaard en op indicatie). → [par. 2.4](#)
Aanbevelingen algemene somatische screening
- Op indicatie wordt extra onderzoek verricht of worden extra laboratorium metingen gedaan. → [par. 2.4](#)
Aanbevelingen algemene somatische screening
- Zodra gestart wordt met medicatie of bekend is dat de patiënt medicatie gebruikt, wordt het onderdeel medicatiemonitoring gestart. Dit omvat het in kaart brengen van medicatiegebruik, medicatiebijwerkingen en van de ervaringen van de patiënt. Vervolgens wordt de basismeting regelmatig herhaald, afhankelijk van het medicatiegebruik (controle en monitoring). → [par. 2.5](#) Aanbevelingen medicatiemonitoring

Frequentie

- De frequentie van de screening en monitoring hangt ook af van de resultaten uit de algemene somatische screening, van vervolgacties of aanpassingen in de medicatievoorschriften. → [par. 3.2](#) Aanbevelingen frequentie van screening en monitoring

Rapportage

- Alle afspraken, aanpassingen en resultaten worden besproken met de patiënt en vastgelegd in het patiëntendossier.

Terugkoppeling

- Alle uitslagen gaan naar de hoofdbehandelaar en worden gecombineerd met de resultaten van de leefstijlanamnese. → [par. 2.6](#) Aanbevelingen leefstijlanamnese
- Vervolgens kan de leefstijlanamnese ingezet worden en gekeken worden naar het inzetten van leefstijlinterventies: → Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening, V&VN 2015.
- Uitslagen worden voorzien van een brief met een plan ter verbetering van de gezondheid, gemaakte afspraken met de patiënt en eventuele beredenering voor terugverwijzen naar de huisarts (zie stroomdiagram). Uitslagen zonder enige toelichting en eventuele 'ongevraagde informatie' worden vaak negatief opgevat.
- De uitkomst wordt verteld en uitgelegd aan de patiënt.

Vervolg

- Bij afwijkingen of problemen wordt in overleg met patiënt en casemanager het vervolg bepaald. Mogelijk dient er extra onderzoek plaats te vinden. Mogelijke vervolgacties zijn: behandeling van aandoeningen of complicaties, het inzetten van leefstijlinterventies, intensivering van de monitoring, aanpassing van het medicatiebeleid of doorverwijzing. → [par. 3.2](#) Aanbevelingen vervolgacties na somatische screening
- Zijn er geen afwijkingen, problemen of onduidelijkheden en is er geen sprake van medicatiegebruik, dan wordt na een jaar de screening herhaald.
- In alle andere gevallen wordt er gemonitord en gecontroleerd volgens de standaard of aangepaste frequentie. → [par. 3.2](#) Aanbevelingen frequentie van screening en monitoring
- Alle afspraken, aanpassingen en resultaten van vervolgmetingen worden besproken met de patiënt en vastgelegd in het patiëntendossier. Indien nodig wordt het behandelplan bijgesteld.

Het is van belang om de resultaten van metingen en controles steeds bij te houden in het patiëntendossier. Inclusief specifieke lichamelijke risico's. Deze dienen te worden benoemd en besproken met de patiënt en follow-up afspraken dienen te worden vastgelegd. Dat geldt ook voor de afspraken over de wijze en frequentie van monitoring.^{19 21}

De frequentie van algemene somatische screening en medicatiemonitoring hangt af van verschillende factoren, zoals de ernst van de klachten en de duur van het gebruik van psychofarmaca. Bij opname in de klinische setting is het voorschrift dat mensen met een ernstige psychische aandoening binnen één maand somatisch gescreend zijn.²¹

Bij een eerste psychose schrijft de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie voor om zo snel mogelijk na het eerste contact een somatische anamnese en lichamelijk onderzoek te doen, gevolgd door neuropsychologisch onderzoek in de stabiele fase.²

Bij het gebruik van psychofarmaca is goede informatie over mogelijke somatische complicaties en bijwerkingen van groot belang.

Op grond van de verschillende relevante bronnen komt de werkgroep tot de volgende aanbevelingen over de somatische screening en (medicatie)monitoring bij mensen met een ernstige psychische aandoening.^{2 21 25 48-51}

3.2 Aanbevelingen screening en monitoring

Algemeen

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.

Neem de uitkomsten van somatische screening (algemene somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese) op in het patiëntendossier. Neem ook specifieke somatische risico's, follow-up afspraken en de wijze van monitoring op in het patiëntendossier. Indien nodig wordt het behandelplan bijgesteld.

Psychofarmaca

Geef bij het starten van psychofarmaca de patiënt (en diens familie en naastbetrokkenen) goede informatie over de bijwerkingen van psychofarmaca: wat kan de patiënt verwachten en wat kan de patiënt doen om bijwerkingen te voorkomen of te verminderen? Wijs bijvoorbeeld op mogelijke gewichtstoename en op het belang van bewegen en een gezond voedingspatroon bij het gebruik van antipsychotica. Maak duidelijk dat het medicatiegebruik zorgvuldig gevolgd moet worden.

Plan een vervolgspraak binnen 1-3 maanden na de start met psychofarmaca om de keuze voor bepaalde medicatie en (andere) psychofarmaca zo nodig te kunnen heroverwegen.

Frequentie van screening en monitoring

Algemeen:

- Screen minimaal een keer per jaar op alle aspecten van de algemene somatische screening en medicatiemonitoring (zie 2.4 en 2.5).
- Voer de controles vaker uit bij het starten of toevoegen van (nieuwe) medicatie (psychofarmaca) en bij een gerichte aanleiding voor intensievere controle.

Bij geen of lichte klachten of bijwerkingen:

- Monitor eenmaal per jaar alle onderdelen.
- Neem bepaalde onderdelen vaker af als er aanleiding voor is.

Bij lichte tot matige klachten of bijwerkingen:

- Monitor eenmaal per 6 maanden.
- Neem bepaalde onderdelen vaker af als er aanleiding voor is.

Bij matige tot ernstige of bijwerkingen:

- Monitor na 6 weken, vervolgens na 3, 6, en 12 maanden. Indien er geen bijzonderheden voordoen, monitor vervolgens tenminste eenmaal per jaar. Voor lithium, carbamazepine of clozapine dient de betreffende multidisciplinaire richtlijn te worden gevolgd.⁴⁸⁻⁵⁰
- Neem bepaalde onderdelen vaker af als er aanleiding voor is.

Bij ernstige klachten of bijwerkingen of start met antipsychoticum:

- Monitor eenmaal per 1-3 maanden.
- Neem bepaalde onderdelen vaker af als er aanleiding voor is.

Vervolgacties na somatische screening

Breng op basis van de drie onderdelen van de somatische screening (algemene somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese) in kaart welke vervolgacties nodig zijn op het gebied van vervolgonderzoek, preventie en behandeling van de somatische aandoeningen. Breng daarnaast ook eventuele complicaties in kaart en het inzetten van leefstijlinterventies en leefstijlbegeleiding.

Breng de somatische screening en de eruit voortvloeiende vervolgacties onder in een integraal behandelplan en bespreek screening en vervolgacties regelmatig in de behandelplanbesprekingen.

Zie voor vervolgacties op het gebied van leefstijl ook de *Richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening*.

Voer onderzoek uit met systematische metingen over een langere periode (minimaal 1 jaar) om de effecten van een algemene somatische screening en van medicatiemonitoring op de lichamelijke gezondheid en kwaliteit van leven bij mensen met een ernstige psychische aandoening te meten.

4 Rol van familie en naastbetrokkenen

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op hoe hulpverleners de familie en naastbetrokkenen kunnen betrekken bij de somatische screening van de patiënt en alle vervolgcacties.

4.1 Sociale omgeving

Familieleden en naastbetrokkenen kunnen een belangrijke rol spelen bij het duiden van somatische symptomen, het formuleren van somatische klachten en het zoeken naar hulp ervoor. Het is belangrijk dat behalve de patiënt, ook de familie en naastbetrokkenen begrijpen waarom de algemene somatische screening en medicatiemonitoring worden gedaan en wat de uitslagen of resultaten betekenen voor de patiënt.³¹ Het betrekken van de familie of naastbetrokkenen heeft een positief effect op de therapietrouw.^{52 53}

Het is dan ook van belang met de patiënt te bespreken of en hoe het haalbaar en gewenst is dat familie of naastbetrokkenen betrokken worden bij de somatische screening van de patiënt en de vervolgcacties. Is er overeenstemming te bereiken, dan kan in het behandelplan worden vastgelegd wat de rol is van familie of naastbetrokkenen. Na diens instemming kan een triade (patiënt, hulpverlener(s), naastbetrokkene(n)) worden opgesteld met heldere afspraken over wat de patiënt zelf doet, wat de verantwoordelijkheden van de hulpverlener zijn en wat de familie of naastbetrokkenen doen. Wanneer medicijngebruik problematisch is, is het van belang om gezamenlijk het belang van de medicatie te bespreken en zo familie of naastbetrokkenen in te schakelen bij het verhogen van de therapietrouw.

Ook kunnen familie en naastbetrokkenen een belangrijke rol hebben in het ondersteunen van de patiënt bij het verbeteren van de lichamelijke conditie (leefstijlveranderingen), bij shared-decision-making en zelfmanagement.

Voor de patiënt is permanente aandacht en ondersteuning - ook door familieleden en naastbetrokkenen tijdens behandeling en in de thuissituatie - van belang om duurzame gezondheidswinst te boeken. Hierbij is een actieve houding van hulpverleners en de wil om familie en naastbetrokkenen erbij te betrekken van groot belang.

Houd rekening met de positieve (ondersteunende) of negatieve (belemmerende) rol die familieleden en naastbetrokkenen kunnen spelen bij het realiseren van gewenste verandering. Om duurzame (leefstijl)verandering te realiseren is permanent aandacht en ondersteuning nodig, ook in de thuissituatie. Deze ondersteuning kan zowel door hulpverleners als familie en naastbetrokkenen worden geboden.

Voorbeelden van betrokkenheid familie en naastbetrokkenen

- Het helpen zoeken naar hulp en vervullen van een bemiddelende functie in het contact met hulpverleners.
- Het helpen duiden van somatische symptomen en formuleren van klachten. Vraag de familie en naastbetrokkenen indien nodig om aanvullende informatie voor een zo compleet mogelijke somatische screening.
- Hulp bij het opstellen van het behandel- en leefstijlplan.
- Hulp bij het uitvoeren van het behandel- en leefstijlplan, bijvoorbeeld samen bewegen of regelmatig praten over het (belang van) leefstijl.
- Het bieden van extra ondersteuning tijdens of na een periode van terugval in de psychische aandoening, bijvoorbeeld extra inspanningen om de patiënt te motiveren om het behandel- en leefstijlplan te blijven volgen.

4.1 Aanbevelingen familie en naastbetrokkenen

Informeel familie en naastbetrokkenen, na verkregen instemming van de patiënt, over de lichamelijke conditie, het medicatiegebruik en leefstijl van de patiënt.

Betrek familie en naastbetrokkenen bij de somatische screening (algemene somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese) en de vervolgcacties (vervolgonderzoek, behandeling van somatische complicaties en leefstijlinterventies). Overleg met de patiënt óf, en zo ja, welke rol de familie en/of naastbetrokkenen kunnen spelen.

Betrek familie en naastbetrokkenen, in overleg met de patiënt, bij het opstellen van het behandel- en leefstijlplan (shared-decision-making), het zelfmanagement van de patiënt, het medicatiegebruik, het verhogen van de therapietrouw, en bij het zorgen voor permanente aandacht en ondersteuning.

Betrek familie en naastbetrokkenen na een periode van terugval in de psychische aandoening, wanneer de patiënt zich isoleert of weinig sociale contacten heeft.

5 Voorwaarden voor goede zorg

Kennis, samenwerking tussen disciplines en zorgcoördinatie zijn nodig om binnen de instelling of het team de somatische screening in verschillende settings goed vorm te kunnen geven. Dit hoofdstuk beschrijft wat er nodig is binnen de instelling of binnen het team om een somatische screening en eventuele vervolgacties bij mensen met een ernstige psychische aandoening te kunnen uitvoeren. Het gaat om de voorwaarden op het gebied van kennis, samenwerking, coördinatie en continuïteit van zorg. De aanbevelingen zijn gericht op een optimaal verloop van het proces van somatische screening.

5.1 Kennis, uitvoering en verantwoordelijkheden

Uitgangspunt is, dat instellingen expliciet beleid voeren op het gebied van somatische screening en leefstijlbegeleiding in een 'gezonde' omgeving en dat hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening voldoende geschoold en getraind zijn op dit gebied.^{19,21} Scholing en training is essentieel. Zo zijn er veel hulpverleners die, bijvoorbeeld, geen duidelijk beeld hebben van wat een gezonde leefstijl is en die niet (genoeg) op de hoogte zijn van de effecten van psychofarmaca op gewicht en fysieke gezondheid van patiënten.

In de klinische setting stemmen de somatisch arts, de psychiater, de verpleegkundig specialist en de verpleegkundige af wie welke verantwoordelijkheid draagt op het gebied van de somatische screening. In de ambulante setting hoort observatie en signalering van eventuele somatische complicaties of bijwerkingen van psychofarmaca bij de taken van de casemanager, in nauwe afstemming met overige disciplines.⁵⁴ De casemanager is de eerstverantwoordelijke voor de continuïteit en coördinatie. De casemanager stuurt de patiënt in voor somatische screening bij (her)start (nieuwe) medicatie (antidepressiva, antipsychotica, stemmingsstabilisator), bij bijwerkingen, of voor de standaard (half)jaarlijkse of (drie)maandelijke screening. De uitvoering vindt plaats in samenwerking met andere disciplines.

Algemene somatische screening dient te worden uitgevoerd door professionals – in goede afstemming met de patiënt - die hiertoe bekwaam zijn: de psychiater, de somatisch arts ggz, de huisarts (verbonden aan de ggz-instelling), de verpleegkundig specialist ggz, de SPV, POH-ggz, verpleegkundige of de physician assistant. De casemanager voert een aantal controles uit en helpt te bewaken of alle geplande controles plaatsvinden.⁵⁴ Voor de algemene somatische screening dient de professionals over minimaal HBO-competenties te beschikken. Indien uit de algemene somatische screening blijkt dat vervolgonderzoek of vervolgacties nodig zijn, dan wordt bepaald wie over de vereiste competenties beschikt om hier uitvoering aan te geven.

Medicatiemonitoring dient te worden uitgevoerd door de psychiater of onder verantwoordelijkheid van de psychiater door daartoe getrainde verpleegkundigen.⁵⁴

De leefstijlanamnese dient te worden uitgevoerd door de casemanager, de psychiater, de somatisch arts ggz of de verpleegkundig specialist.⁵⁴ Er wordt daarbij samengewerkt met onder andere de psycholoog (psychologische interventies), fysiotherapeut (bewegen) en diëtist (voeding).

Voor de benodigde competenties van verpleegkundigen wordt verwezen naar CANMEDS (de beroepsprofielen van verpleegkundigen anno 2020).⁵⁵⁻⁵⁸

Kennis van somatische screening

- Het hanteren van screeningsinstrumenten (wanneer dient op welke aspecten gescreend te worden, welke instrumenten kunnen hiertoe worden ingezet?).
- Het verrichten van metingen (zoals bijvoorbeeld de buikomvang) en het hanteren van afkapwaarden van de metingen.
- Laboratoriumcontroles interpreteren (wat zijn de grenswaarden?).
- Het verrichten van onderzoek naar bewegingsstoornissen.
- De leefstijlanamnese uitvoeren.
- Rapporteren en terugkoppelen van bevindingen en adviezen aan de psychiater/arts/huisarts/verpleegkundig specialist.
- Beoordeling wanneer welke vervolgmetingen moeten gebeuren.
- Het bieden van begeleiding aan de patiënt bij de uitvoering van leefstijlinterventies (wie doet wat?).

5.2 Aanbevelingen kennis en beleid

Licht het hele multidisciplinaire team in over de Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening voorafgaand aan de implementatie ervan.

Zorg dat de beroepsgroepen die betrokken zijn bij de uitvoering van de aanbevelingen rond somatische screening voldoende geschoold en getraind zijn.

De ggz-instelling dient expliciet beleid te voeren op het gebied van somatische screening en leefstijl in een gezonde leef- en werkomgeving voor respectievelijk patiënt en hulpverleners.

Zorg voor een protocol op instellings- of praktijkniveau waarin algemene somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese zijn uitgewerkt.

5.3 Aanbevelingen coördinatie, multidisciplinaire samenwerking en continuïteit van zorg

Maak voor elk individu met een ernstige psychische aandoening een casemanager (HBO-competentieniveau) primair verantwoordelijk voor de continuïteit en coördinatie van de somatische zorg aan de patiënt en voor de somatische screening, onder verantwoordelijkheid van een psychiater of huisarts. De casemanager zorgt ervoor dat de somatische screening plaatsvindt zoals aanbevolen in deze richtlijn door deze (op onderdelen) zelf uit te voeren of ervoor te zorgen dat deze worden uitgevoerd (bijv. door te verwijzen of via de hoofdbehandelaar). De casemanager zorgt voor terugkoppeling van bevindingen en adviezen aan de hoofdbehandelaar. Deze rol van casemanager kan door verschillende disciplines worden vervuld, maar zal doorgaans vanwege hun centrale positie in het zorgproces door de eerstverantwoordelijke verpleegkundige, verpleegkundig specialist, POH-ggz, of SPV worden ingevuld.

Neem de somatische screening van mensen met een ernstige psychische aandoening af in goede onderlinge samenwerking met en afstemming tussen de patiënt, diens familie en naastbetrokkenen en alle betrokken professionals. Zorg voor een systematische terugkoppeling van de bevindingen naar alle betrokkenen.

Bij somatische screening en follow-up activiteiten vanuit een (gespecialiseerde) ggz-instelling of ggz-praktijk: werk waar nodig samen met de huisartsenzorg (inclusief POH-ggz) of generalistische basis-ggz, bijvoorbeeld op het gebied van medicatiemonitoring.

Bij somatische screening en follow-up activiteiten vanuit de huisartsenzorg of basis-ggz (bijvoorbeeld POH-ggz): werk waar nodig samen met de (gespecialiseerde) ggz-instelling of ggz-praktijk, bijvoorbeeld bij het inzetten van leefstijlinterventies.

De teams of poli's voor somatische screening (algemene somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese) onderhouden directe contacten met huisartsen om adequate zorg te waarborgen en adviseren hulpverleners bij gerichte verwijzing naar huisartsenzorg, de POH-ggz of de generalistische basis-ggz.

Referenties

1. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, Detraux J, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011;10(1):52-77.
2. Van Alphen, C, Ammeraal M, Blanke C, Boonstra N, Boumans H, Bruggeman R, Castelein S, Dekker FL, van Duijn D, van Ewijk EM, van der Gaag M, van Gool R, de Haas O, Henquet C, Hermens MLM, Ketelaars T, Knegtering H, Krans MJ, Lanssen M, Lochy, R, Loonen AJM, Meesters PD, van Meijel BKG, Miltenburg G, Oud, MJT, de Pater, CF, Peterse, Van der Plas J, Rammers, D, Rentenaar, IMF, van Santen GW, Scheewe TW, Selten JP, Slooff CJAJ, Stoop C, Vlaminck P, Vollaard H, van Weeghel J, van Wel T, van Zon N. *Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie*. Utrecht: 2012.
3. Inspectie voor de Gezondheidszorg. *De somatische zorg in de GGZ wordt beter, maar schiet in de separeerkamers tekort*. Utrecht, 2004.
4. Nasrallah HA. An overview of common medical comorbidities in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry* 2005;66(suppl 6):3-4.
5. Delespaul Ph. en de Consensusgroep epa (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 55; 6 427-438. Wiegers TA, Schoonmade LJ, Verhaak PFM. *Effecten van lifestyle interventies in de GGZ*. Utrecht, 2012.
6. Meeuwissen JAC, Meijel B van, Gool R van, Hamersveld S van, Bakkenes M, Risseeuw AH, Feldmann CT, Wijtsma-van der Kolk A, Rümke M, Sloots-Jongen EMJN, Vuuren I van, Bak M, Dermout K, Piere M van, Kellen D van der, Heij P de, Starmans R, Daatselaar C, Veen C van en Hermens M (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl) (2015). *Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening*. Utrecht: V&VN.
7. Meeuwissen JAC, Meijel B van, Piere M van, Bak M, Bakkenes M, Kellen D van der, Hamersveld S van, Gool R van, Dermout K, Feldmann CT, Risseeuw AH, Wijtsma-van der Kolk A, Vuuren I van, Rümke M, Sloots-Jongen EMJN, Heij P de, Starmans R, Daatselaar C, Veen C van,, Hermens M, Speetjens PAM, Wijngaarden B van (2015). *Wetenschappelijke onderbouwing van de Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening*. Utrecht: V&VN.
8. Marder SR, Essock SM, Miller AL, Buchanan RW, Casey DE, Davis JM et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry* 2004;161(8):1334-49.
9. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry* 2007;64(10):1123-31.
10. Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: A population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009 Aug 22;374(9690):620-7. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60742-X.
11. Leucht S, Buckard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical Illness and Schizophrenia: A Review of the Literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007;116 (5):317-33.
12. Osborn DP, Nazareth I, Wright CA, King MB. Impact of a nurse-led intervention to improve screening for cardiovascular risk factors in people with severe mental illnesses. phase-two cluster randomised feasibility trial of community mental health teams. *BMC Health Services Research* 2010;10:61.
13. Oud M. *Zorg van de huisarts voor mensen met ernstige psychische stoornissen*. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, 2009.
14. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RI, Moller HJ Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European psychiatric association (EPA), supported by the European association for the study of diabetes (EASD) and the European society of cardiology (ESC). *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists* 2009;24(6):412-424.
15. Roberts SH, Bailey JE. Incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness: a narrative synthesis of quantitative, qualitative and mixed methods studies. *Journal of Advanced Nursing* 2011;67(4):690-708.
16. Brown S, Birtwistle J, Roe L, Thompson C. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychological Medicine* 1999;29(3):697-701.
17. Cabassa LJ, Ezell JM, Lewis-Fernandez R. Lifestyle interventions for adults with serious mental illness: A systematic literature review. *Psychiatric Services* 2010; 61(8):774-782.
18. Harvey PW, Petkov JN, Misan G, Fuller J, Battersby MW, Cayetano TN, et al. Self-management support and training for patients with chronic and complex conditions improves health-related behaviour and health outcomes. *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association* 2008;32(2):330-338.

19. Tietema W, Reuling P, Lavertu A. Leefstijlbegeleiding en somatische screening bij psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 2012;6:12-6.
20. Bak M, Fransen A, Janssen J, van Os J, Drukker M. Almost all antipsychotics result in weight gain: a meta-analysis. *PLoS One*. 2014 Apr 24;9(4):e94112. doi: 10.1371/journal.pone.0094112.
21. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2012. Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen. Utrecht, 2012.
22. Verdurmen J, ten Have M, van Dorsselaer S. et al. Psychische stoornissen bij mensen met een lichamelijke aandoening. Utrecht, 2006.
23. Van der Felz-Cornelis, CM, Nuyen J, Pot A. et al. Zorg voor heel de mens. Utrecht, 2007.
24. Kisely S, Quek LH, Pais J, Lalloo R, Johnson NW, Lawrence D. Advanced dental disease in people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 2011;199:187-93.
25. Cahn W, Ramlal D, Bruggeman R, de Haan L, Scheepers FE, van Soest MM, et al. Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. *Tijdschrift Voor Psychiatrie* 2008;50(9):579-591.
26. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005;112:2735-52.
27. De Nayer A, de Hert M, Scheen A et al. On behalf of the Consensus Group. Belgian consensus on metabolic problems associated with atypical antipsychotics. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2005;9:130-7.
28. De Nayer A, de Hert M, Scheen A et al. Conference report Belgian consensus on metabolic problems associated with atypical antipsychotics. *Pharmakon* 2006;38:13-23. <http://www.afphb.be/doc/afphb/grtr/pharkon/383.pdf>
29. Wuisman PGWM, Wuisman-Frerker MGF, van Pelt-Halders MMB. Monitoring van risicofactoren bij het gebruik van antipsychotica. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2013;55(6): 439-45.
30. De Hert M, Vancampfort D, Correll CU, Mercken V, Peuskens J, Sweers K, van Winkel R, Mitchell AJ. Guidelines for screening and monitoring of cardiometabolic risk in schizophrenia: systematic evaluation. *British Journal of Psychiatry* 2011 Aug;199(2):99-105. doi: 10.1192/bjp.bp.110.084665.
31. Robson D, Gray R. Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. *International Journal of Nursing Studies* 2007 Mar;44(3):457-66.
32. Usher K, Foster K, Park T. The metabolic syndrome and schizophrenia: the latest evidence and nursing guidelines for management. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2006 Dec;13(6):730-4.
33. Tosh G, Clifton A, Mala S, Bachner M. Physical health care monitoring for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Mar 17;(3):CD008298. doi: 10.1002/14651858.CD008298.pub2.
34. Van Hasselt FM, Krabbe PFM, van Ittersum DG, Postma MJ, Loonen AJM. Evaluating interventions to improve somatic health in severe mental illness: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 2013;128:251-60.
35. Wolters HA, Knegtering H, Wiersma D, van den Bosch RJ. The spectrum of subjective effects of antipsychotic medication. *Acta Neuropsychiatrica* 2003;15:274-9.
36. Wolters HA, Knegtering H, Wiersma D, van den Bosch RJ. Evaluation of the subjects' response to antipsychotics questionnaire. *International Clinical Psychopharmacology* 2006;21: 63-9.
37. De Boer MK, Castelein S, Bous J, van den Heuvel ER, Wiersma D, Schoevers RA, Knegtering H. The Antipsychotics and Sexual Functioning Questionnaire (ASFQ): preliminary evidence for reliability and validity. *Schizophrenia Research* 2013 Nov;150(2-3):410-5. doi: 10.1016/j.schres.2013.08.037.
38. Van Harten PH. Bewegingsstoornissen door medicijngebruik. Een handleiding voor psychiatrisch verpleegkundigen. Soesterberg, 2004.
39. Van der Kellen D. Diabetes mij'n zorg: de rol van de verpleegkundige in de zorg voor de psychiatrische patiënt met een (dreigende) diabetes. *Sociale psychiatrie: vakblad Sociaal Psychiatrische Verpleegkunde* 2010; 92:32-36.
40. Van der Kellen D. Monitoren van complicaties bij antipsychoticagebruik. *Tijdschrift voor verpleegkundigen* 2010;9:40-4.
41. Kellen D van der (2014). De VMSL-GGZ, de Verpleegkundige Monitoring bij Somatiek en Leefstijl (VMSL-GGZ). Spijkennis: uTOPIGGZ.
42. Kupka R, Knoppert E, Nolen W. (red.). Handboek bipolaire stoornissen. Utrecht, 2008.
43. Huyser J, Schene AH, Sabbe B, Spinhoven, Ph. (red.). Handboek depressieve stoornissen. Utrecht: 2008.

44. Meijel B van B van, Harten, P., Gool, R, Bijl, J., Hamersveld, T.J. 2014 Effects and Feasibility of the 'Traffic Light Method for Somatic Screening and Lifestyle' in Patients with Severe Mental Illness: A Pilot Study (ingediend in de Perspectives in Psychiatric Care).
45. Ruijter Ruijter M de, Hamersveld S van (2012). Balans in (bij) werking en leefstijfactoren. Nurse Academy GGZ (2), 19-23.
46. Lako IM, Bruggeman R, Liemburg EJ, van den Heuvel ER, Knegtering H, Slooff CJ, Wiersma D, Taxis K. A brief version of the Subjects' Response to Antipsychotics questionnaire to evaluate treatment effects. Schizophrenia Research 2013;147 (1):175-80. doi: 10.1016/j.schres.2013.02.027.
47. De Hert M, van Winkel R. Metaboolsyndroom. In Cahn et al. (red.), Handboek Schizofrenie (pp. 227-352). Utrecht, 2011.
48. Richtlijn voor carbamazepine (NVvP), te vinden op <http://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/richtlijnen/richtlijn-voor-het-gebruik-van-carbamazepine/>
49. Richtlijn voor Clozapine (ClozapinePlusWerkgroep) <http://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/wp-content/uploads/2006/10/richtlijn-clozapine-definitieve-versie-130221-definitief.pdf>
50. Richtlijn voor Lithium (NVvP) <http://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/richtlijnen/richtlijn-lithium/>
51. Nolen WA, Kupka RW Schulte PFJ, et al. Richtlijn Bipolaire Stoornissen. Utrecht, 2008.
52. Galynker I, Steele A. How to talk to families about mental illness. WW Norton & Co. , 2011
53. Tielens J. In gesprek met psychose. Utrecht, 2013.
54. KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Utrecht, 2010.
55. Stuurgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020. Beroepsprofiel verpleegkundige. Utrecht, V&VN, 2012a.
56. Stuurgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020. Beroepsprofiel verpleegkundig specialist. Utrecht, V&VN, 2012b.
57. Stuurgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020. Beroepsprofiel zorgkundige. Utrecht, V&VN, 2012c.
58. Stuurgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020. Deel a. Leren van de toekomst. Utrecht: V&VN, 2012d

Bijlage 1 – Leden van de werkgroep, klankbordgroep en projectgroep

Leden van de werkgroep

Dhr. prof. dr. B. (Berno) van Meijel (voorzitter), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
Drs. J.A.C. (Jolanda) Meeuwissen (projectleider), Trimbos-instituut
Dr. M. (Maarten) Bak, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
Dhr. M. (Merlijn) Bakkenes, V&VN Verpleegkundig Specialisten
Mw. K. (Katie) Dermout, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)
Mw. dr. C.T. (Titia) Feldmann, LPGGz
Dhr. R. (Ronald) van Gool, Master Advanced Nursing Practice, V&VN Verpleegkundig Specialist
Mw. S. (Sonja) van Hamersveld, V&VN Verpleegkundig Specialist
Dhr. P. (Paul) de Heij, Nederlandse Vereniging van artsen somatisch werkzaam in de psychiatrie (NVSAP)
Dr. M. (Marleen) Hermens (reviewer), Trimbos-instituut
Mw. D. (Digna) van der Kellen, V&VN Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen
Mw. M. (Marieke) van Piere, V&VN Consultatieve Psychiatrie
Mw. I. (Irene) Rentenaar, Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB)
Mw. Drs. A.H. (Anneriek) Risseuw, LPGGz, lidvereniging Ypsilon
Dhr. M. (Matthijs) Rümke, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
Mw. drs. E.M.J.N. (Evelyn) Sloots-Jongen, Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Dhr. R. (Richard) Starmans, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Mw. C. (Christine) van Veen, Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW) (tot januari 2014)
Mw. I. (Ingrid) van Vuuren, V&VN Verpleegkundig Specialist
Mw. A. (Anneke) Wijtsma-van der Kolk, Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), Diëtiëk Psychiatrie Nederland (DPN)

Leden van de klankbordgroep

Mw. drs. E. (Eta) Mulder, RIBW Alliantie
Mw. drs. K. (Katrien) de Ponti, GGZ Nederland
Mw. W. (Wieny) Tietema, Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

Leden van de projectgroep

Drs. J.A.C. (Jolanda) Meeuwissen, wetenschappelijk medewerker (projectleider), Trimbos-instituut
Dr. M. (Marleen) Hermens, wetenschappelijk medewerker (reviewer), Trimbos-instituut
Drs. P.A.M. (Paula) Speetjens, wetenschappelijk medewerker (reviewer), Trimbos-instituut
Dr. B. (Bob) van Wijngaarden, senior wetenschappelijk medewerker (reviewer), Trimbos-instituut
Drs. I. (Ilona) Cronenberg, junior wetenschappelijk medewerker (reviewer), Trimbos-instituut

Drs. T. (Toine) Ketelaars, junior wetenschappelijk medewerker (reviewer), Trimbos-instituut
Mw. A. (Angita) Peterse, informatiespecialist (informatiespecialist), Trimbos-instituut
Mw. N. (Nelleke) van Zon, secretaresse programma Zorginnovatie (projectondersteuning), Trimbos-instituut