

Starterskit somatische screening

Korte toelichting

Somatische screening is essentieel voor de zorg en ondersteuning van mensen met psychische problemen (hierna 'patiënten' genoemd). Mede door lichamelijke klachten, die vaak samengaan met psychische problemen, leven mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) gemiddeld 20 jaar korter dan anderen. Het is daarom cruciaal om zicht te krijgen op hun lichamelijke gezondheid om optimale ondersteuning te bieden.

Somatische screening komt in de praktijk echter niet goed van de grond: onderzoek toont aan dat slechts 7,6% van de mensen met psychische problemen in de ggz een volledige somatische screening krijgt. Deze Starterskit somatische screening is ontwikkeld om ggz-organisaties en andere samenwerkingspartners te ondersteunen in de uitvoering en organisatie van somatische screening.

In deze Starterskit vind je:

- Een overzicht van informatie en hulpmiddelen voor de uitvoering en organisatie van somatische screening.
- Een roadmap en klantreis met verschillende stappen in de uitvoering of organisatie van somatische screening.
- Een toelichting over de achtergrond en het gebruik van de Starterskit

Klik hieronder om toegang te krijgen tot de starterskit:

[Naar de starterskit >](#)

Colofon

Deze Starterskit is ontwikkeld door Kenniscentrum Phrenos, in opdracht van P3NL
Met dank aan: professionals van Dimence, GGNet, GGZ Centraal, GGZ Delfland, GGZ Drenthe, Jellinek, Leger des Heils, Lister, Parnassia, Pro Persona & UMC Utrecht
Klankbordgroep: P3NL, Akwa GGZ, NHG, Nvvp, Zorginstituut Nederland
Vormgeving: Zichtbaar.nl

Heeft u vragen over de Starterskit? Neem dan contact op met:

Lars de Winter, Kenniscentrum Phrenos

E-mail: Lwinter@kcphrenos.nl

Snel navigeren naar:

[Overzicht onderdelen **organisatie** van somatische screening >](#)

[Overzicht onderdelen **uitvoering** van somatische screening >](#)

[Roadmap: **organisatie** en **uitvoering** somatische screening >](#)

[Klantreis somatische screening >](#)

[Checklist ontwikkeling somatische screening >](#)

Hoe gebruik ik de Starterskit?

In deze Starterskit geven we extra informatie en hulpmiddelen om somatische screening in de organisatie op een goede manier op te zetten. De starterskit kan ook behulpzaam zijn om de huidige organisatie en uitvoering van somatische screening integraal te verbeteren of door te ontwikkelen. De basis van de Starterskit is een overzicht voor de organisatie en uitvoering van somatische screening. Dit overzicht is als volgt ingedeeld:

Bovenaan het overzicht kun je kiezen voor ‘**uitvoering somatische screening**’ of ‘**organisatie somatische screening**’. De informatie uit beide onderdelen is verschillend, dus het is de moeite waard om beide onderdelen te raadplegen.

Onderaan de pagina kan je op **Waarom de Starterskit?** klikken. Hier vind je informatie over de aanleiding en achtergrond van de Starterskit. Via **Hoe gebruik ik de Starterskit** kom je weer terug op deze pagina.

Onderaan het overzicht staan drie hulpmiddelen: een **roadmap** over de uitvoering en organisatie van somatische screening voor professionals een **klantreis** die patiënten meeneemt in het proces van somatische screening en een **checklist** voor de ontwikkeling van een somatische screening. Deze hulpmiddelen geven een globaal overzicht wat er komt kijken bij een somatische screening per stadium.



 **Organisatie somatische screening** >

 **Uitvoering somatische screening** >

Waarom een Starterskit?

Systematische somatische screening is een belangrijk onderdeel in de zorg en ondersteuning van mensen met (ernstige) psychische problemen. Mensen met psychische problemen hebben een verhoogd risico op bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, diabetes of metabool syndroom (te hoge waarden in gewicht, vet en cholesterolgehalte, bloedsuiker en/of bloeddruk)¹. Dit komt mede door bijwerkingen van medicatie, verhoogd aanbod aan ongezonde keuzes in de leefomgeving, stress en middelengebruik. Deze factoren zijn vaker aanwezig bij mensen met psychische problemen dan bij mensen zonder psychische problemen^{2,3}.

Eerder onderzoek heeft al uitgewezen dat mensen met ernstige psychische problemen (EPA) gemiddeld 20 jaar korter leven dan mensen zonder psychische problemen^{4,5}. Lichamelijke problemen hebben ook een negatieve invloed op de mentale gezondheid en zijn daarmee dus ondermijnend voor het herstel. Een aanbieder in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is primair verantwoordelijk voor de zorg en ondersteuning van hun patiënten en moeten dus zelf de somatische screening uitvoeren. Een huisarts voert, conform de CVRM richtlijnen⁷, enkel een screening uit bij deze doelgroep wanneer een patiënt onder behandeling is in de eerste lijn vanwege lichamelijke gezondheidsproblemen zoals een verhoogde bloeddruk of diabetes. Daarom is somatische screening dus cruciaal in de ggz, bij voorkeur geïntegreerd met leefstijlaanbod.

In de praktijk komt somatische screening vaak niet goed van de grond. Slechts 7,6% van de mensen met een ernstige psychische aandoening krijgt een volledige somatische screening⁸. Dit in tegenstelling tot de richtlijn: de zorgstandaard somatische screening vanuit de ggz⁶ raadt systematische somatische screening aan.

Om de implementatie van somatische screening te stimuleren, maakte Kenniscentrum Phrenos eerder een digitaal overzicht met praktijkvoorbeelden⁹. Uit gebruikerservaringen bleek echter dat dit minder goed aansluit bij organisaties die met somatische screening willen starten of in een bepaald onderdeel vastlopen. Daarom hebben we nu de Starterskit ontwikkeld die meer praktische handvatten geeft, juist ook voor organisaties die nog starten met de uitvoering en organisatie van somatische screening. In deze Starterskit vind je de belangrijkste aandachtspunten bij alle stappen van somatische screening: aanmelding, intake, uitvoering, verwerking en borging. Deze Starterskit is ontwikkeld in opdracht van P3NL vanuit het project Passende Zorg verbetertrajecten en gemaakt voor, en in co-creatie met, de professional, beleidsmaker of bestuurder die hiermee aan de slag wilt gaan.



Organisatie somatische screening



Uitvoering somatische screening >

Organisatie somatische screening

Aanmelding	Intake	Uitvoering	Verwerking	Borging en opvolging
> Deskundigheidsbevordering	> Deskundigheidsbevordering	> Bestuurlijk commitment	> Bestuurlijk commitment	> Bestuurlijk commitment
> Doelen somatische screening	> Doelen somatische screening	> Deskundigheidsbevordering	> Deskundigheidsbevordering	> Deskundigheidsbevordering
> Gedeelde coördinatie	> Gedeelde coördinatie	> Impact organisatie	> Impact organisatie	> Impact organisatie
> Impact organisatie	> Impact organisatie	> Warme overdracht	> Routine behandelplan bespreking	> Gedeelde coördinatie
> Routine behandelplan bespreking	> Informatie en motivatie patiënten		> Warme overdracht	> Opvolging sociaal domein
> Urgentiebesef	> Warme overdracht			> Organiseren gedragsverandering
> Warme overdracht				> Routine behandelplan bespreking
				> Urgentiebesef
				> Warme overdracht

Roadmap organisatie somatische screening >

Klantreis somatische screening >

Checklist ontwikkeling somatische screening >

Inleiding >

Hoe gebruik ik dit product? >

Aanleiding en toelichting >



Uitvoering somatische screening

Aanmelding	Intake	Uitvoering	Verwerking	Borging en opvolging
> Aanpassingen aan doelgroep	> Aanpassingen aan doelgroep	> Aansluiten bij landelijke ontwikkeling	> Aansluiten bij landelijke ontwikkeling	> Aansluiten bij landelijke ontwikkeling
> Aansluiten bij landelijke ontwikkeling	> Aansluiten bij landelijke ontwikkeling	> Deskundigheidsbevordering	> Deskundigheidsbevordering	> Deskundigheidsbevordering
> Deskundigheidsbevordering	> Deskundigheidsbevordering	> Keuze screeningsinstrument	> Gebruik als interventie	> Gebruik als interventie
> Doelen somatische screening	> Doelen somatische screening	> Leefstijl anamnese	> Leefstijl anamnese	> Leefstijl anamnese
> Informatie en motivatie patiënten	> Informatie en motivatie patiënten	> Pragmatische keuzes uitvoering	> Pragmatische keuzes uitvoering	> Opvolging sociaal domein
> Routine behandelplan bespreking	> Warme overdracht	> Warme overdracht	> Routine behandelplanbespreking	> Pragmatische keuzes uitvoering
> Urgentiebesef			> Warme overdracht	> Routine behandelplanbespreking
> Warme overdracht			> Zelfmanagement en samen keuzes maken	> Urgentiebesef
				> Warme overdracht
				> Zelfmanagement en samen keuzes maken

Roadmap organisatie somatische screening >

Klantreis somatische screening >

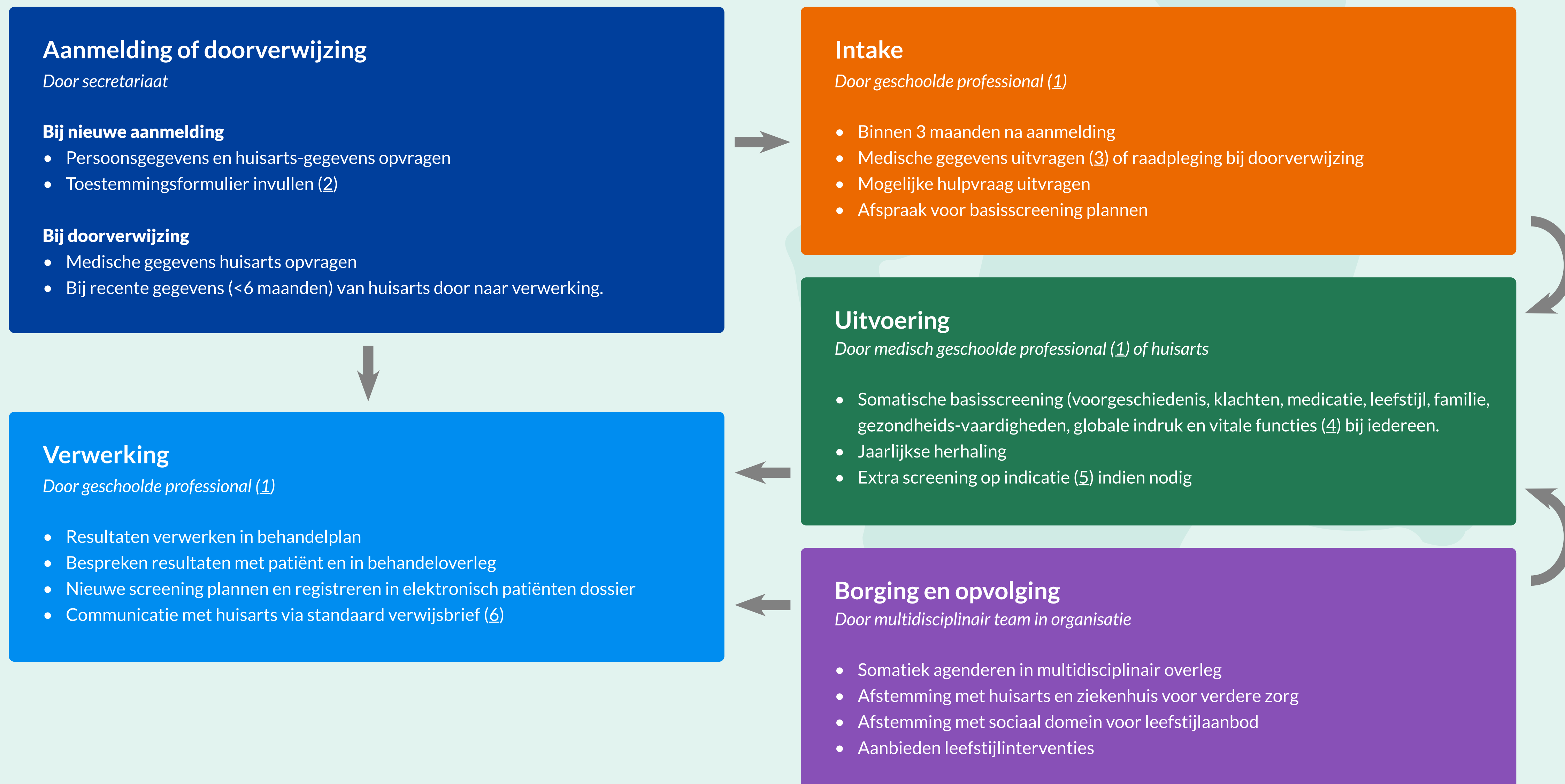
Checklist ontwikkeling somatische screening >

Inleiding >

Hoe gebruik ik dit product? >

Aanleiding en toelichting >

Roadmap uitvoering en organisatie somatische screening



Klantreis somatische screening

Aanmelding



Je wordt doorverwezen door je huisarts of aangemeld bij de ggz-organisatie. Bij aanmelding zullen de contactgegevens van je huisarts, algemene informatie over jezelf en je klachten en toestemming voor de somatische screening aan jou worden gevraagd.

Intake



Bij de intake zal een geschoolde professional vragen aan je stellen over je klachten, mogelijke hulpvraag en medische achtergrond. Vervolgens zal een afspraak met je worden ingepland voor de basisscreening.

Somatische screening



Een medisch geschoolde professional zal een basisscreening bij je afnemen waarbij via vragenlijsten en gesprekken je huidige klachten, medicatiegebruik, leefstijl (bv. eetpatroon, middelengebruik of beweging) en achtergrond van medische klachten worden uitgevraagd. Ook zal je BMI, bloeddruk en hartfrequentie worden gemeten.

Resultaat bespreken



De resultaten van de somatische screening zal je samen met je behandelaar bespreken. Jullie bepalen samen de vervolg-stappen voor je behandeling en gaan aan de slag met leefstijl-doelen. Deze vervolgstappen zullen ook worden gedeeld met je huisarts en andere betrokkenen bij je behandeling.

Aan de slag!



Het is tijd om aan de slag te gaan met je leefstijldoelen. In afstemming met je behandelteam maak je gebruik van het leefstijlaanbod in je regio en nemen jullie passende vervolgstappen bij gezondheidsproblemen met huisarts en ziekenhuis. Na een jaar vindt somatische screening indien gewenst opnieuw plaats.

De klantreis geeft patiënten die gaan starten met somatische screening een algemeen beeld wat ze kunnen verwachten bij een somatische screening en welke stappen er worden doorlopen van aanmelding tot actie. Deze klantreis kan bij de start van een somatische screening meegegeven worden aan patiënten. In de zorgstandaard somatische screening zijn werkkaarten te vinden over het proces van somatische screening en de somatische basisscreening en screening op indicatie. Hier wordt het onderdeel 'somatische screening' in meer detail wordt beschreven. Wanneer behoefte is aan een uitgebreider beeld van de screening verwijzen we graag door naar deze werkkaarten: werkkaart proces somatische screening en werkkaart somatische basisscreening en screening op indicatie.

Checklist implementatie somatische screening

In onderstaande checklist gepubliceerd door Godefrooij en collega's (te vinden via deze link) staan verschillende aandachtspunten waarop gelet moet worden bij de ontwikkeling en organisatie van somatische screening in een organisatie. In dit onderzoek is deze checklist gericht op de uitvoering van somatische screening bij de huisarts, maar deze checklist kan voor een groot deel ook worden gebruikt voor implementatie in de specialistische ggz of in de samenwerking tussen huisarts en ggz. Deze checklist is ontworpen in samenspraak met huisartsen en patiënten.

Betrokkenheid meerdere professionals

Welke professionals zullen verantwoordelijk zijn voor de verschillende onderdelen van somatische screening? Hoe zijn de verschillende soorten professionals (bv. huisarts, regiebehandelaar, verpleegkundige of secretariaat) bij de verschillende stappen betrokken?

Kennis en verantwoordelijkheden

Is er een gedeelde missie en eigenaarschap voor de somatische screening?
Is iedere professional bewust van diens verantwoordelijkheden in het proces van somatische screening?
Zijn de verantwoordelijkheden helder gedefinieerd?
Is er een vorm van coördinatie?
Wie is er in staat om vragen van de professionals te kunnen beantwoorden voorafgaand en tijdens de somatische screening?
Zijn er regelmatige evaluatiebijeenkomsten met het team?

Wetenschappelijke effectiviteit

Is er wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van het screening programma beschikbaar?
Wat zijn de verwachte kosten en baten?
Wat zijn mogelijke beperkingen van de screening?
Is er een risico dat de screening leidt tot fysieke of mentale schade bij de deelnemende patiënt?

Medische kennis

Voelt iedereen zich goed voorbereid en toegerust voor hun rol in de somatische screening?
Is er een behoefte aan aanvullende medische kennis?
Is iedereen bekend met de meest actuele kennis uit de richtlijnen en zorgstandaarden?

Benadering deelnemers somatische screening

How worden de potentiële deelnemers aan de screening benaderd?
Resulteert deze benadering naar verwachting in een hoge deelname aan de screening?
Zijn de mogelijke voor- en nadelen aan deelname aan de somatische screening van tevoren duidelijk aan de deelnemer gecommuniceerd?
Hoe voorkomen we onnodige zorgen of risico's bij de screening?
Zijn er kosten gemoeid voor deelnemers bij deelname aan de somatische screening?

Communiceren resultaten en ruimte maken voor vragen

Hoe worden de resultaten aan patiënten gecommuniceerd?
Hoe zorgen we ervoor dat er geen onnodige zorgen ontstaan bij de patiënt door het verkeerd interpreteren van de resultaten?
Bij wie kunnen patiënten terecht als ze vragen hebben?
Is de plek waar patiënten terecht kunnen met vragen makkelijk bereikbaar?
Hoe worden patiënten met een laag risico op gezondheidsproblemen benaderd?
Krijgen patiënten zonder gezondheidsrisico's ook hun resultaten te zien?

Integratie met de dagelijkse praktijk

Hoe wordt de somatische screening geïntegreerd in de dagelijkse praktijk?
Krijgt het personeel van de organisatie extra administratieve lasten door de somatische screening?
Hoe wordt het personeel ondersteund met mogelijke extra werklast?
Zijn de resultaten van de screening beschikbaar in het elektronisch patiëntendossier?

Opvolging somatische screening

Welke programma's worden aan patiënten met lichamelijke gezondheidsproblemen aangeboden?
Hoeveel patiënten verwachten we te detecteren met lichamelijke gezondheidsproblemen?
Zijn patiënten met gezondheidsproblemen ook in een later stadium nog te detecteren?
Wat zijn de criteria waaraan voldaan moet worden bij een programma die opvolging geeft aan specifieke gezondheidsproblemen?
Zal er ook iets geboden worden aan patiënten die niet in aanmerking komen voor een dergelijk opvolgprogramma?

Aanpassingen aan doelgroep

Somatische screening wordt vaak ingezet voor een specifieke doelgroep, op basis van diagnose, zorgzwaarte of medicatiegebruik^{3,8}. Recent onderzoek wijst echter uit dat lichamelijke gezondheidsproblemen bij alle mensen met psychische problemen aanwezig zijn, ongeacht zorgzwaarte of diagnose⁸. In de zorgstandaard somatische screening wordt dan ook aangeraden dat iedereen die in de ggz wordt behandeld een basisscreening moet krijgen, en dat aanvullende screening op indicatie nodig is wanneer hier uit de basisscreening aanleiding voor wordt gegeven⁶. Hoe een aanvullende screening op indicatie wordt uitgevoerd wordt in de zorgstandaard nader toegelicht.

Uiteraard betekent dit niet dat er geen rekening moet worden gehouden met verschillen in patiëntkenmerken. Ook in de zorgstandaard wordt hier aandacht aan besteed. De belangrijkste patiëntkenmerken om rekening mee te houden vatten we hieronder samen.

1. Sekse

Er zijn meerdere verschillen tussen mannen en vrouwen waarop gelet moet worden tijdens de somatische screening. Allereerst reageren mannen en vrouwen verschillend op psychofarmaca, voornamelijk vrouwen hebben meer last van bijwerkingen¹⁰. Ook zwangerschap en de menopauze hebben invloed op de lichamelijke gezondheid¹¹.

2. Leeftijd

Kinderen en jongeren en ouderen hebben ook verschillende aandachtspunten in de uitvoering en bejegening van somatische screening. Hier wordt in de zorgstandaard verder op ingegaan.

3. SEP en gezondheidsvaardigheden

Mensen met een lage sociaaleconomische status of -positie (SEP) hebben minder jaren in goede gezondheid. Gemiddeld genomen hebben zij een ongezondere leefstijl en ervaren ze meer stress en onzekerheid, wat invloed heeft op de lichamelijke gezondheid. Ook mensen met minder ontwikkelde gezondheids-vaardigheden hebben een verhoogd risico vanwege mindere herkenning van en handeling naar gezondheidsproblemen.

4. Etniciteit en migratieachtergrond

Mensen met een niet-westerse etniciteit of migratieachtergrond hebben 3 tot 4 keer zo groot risico op het krijgen van lichamelijke gezondheidsproblemen dan mensen met een Nederlandse achtergrond. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn taal- en communicatiebarrières, transculturele verschillen in verklaringen lichamelijke problemen, verschillen in lichamelijke activiteit of lagere SEP.

5. Licht verstandelijke beperking (LVB)

Mensen met LVB hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen lichamelijke gezondheidsproblemen. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn leefstijl gerelateerde problemen, langdurig medicatiegebruik, verslavingsproblematiek of beperkende cognitieve vaardigheden. Dit zijn mogelijke aandachtspunten bij de screening van mensen met LVB.

6. Middelengebruik

Veel mensen met psychische problemen hebben bijkomend middelengebruik dat extra schade kan aanbrengen en vaak leidt tot ongezondere leefstijl. Bij middelengebruik is daarom vaak een aanvullende screening op indicatie nodig. Meer informatie hierover is te vinden in de zorgstandaard.

7. Ernstige psychische problemen (EPA)

Mensen met EPA lopen vast op meerdere levensgebieden en hebben over het algemeen een ernstiger, complexer en langduriger ziektebeloop¹². Hierdoor hebben mensen met EPA een verhoogd risico op een verminderde lichamelijke gezondheid, ook blijkt dat mensen met EPA verminderde zelfzorg en leefstijl hebben en vaak langdurig gebruik maken van psychofarmaca. Deze combinatie zorgt ervoor dat mensen met ernstige psychische problemen een verhoogde risicogroep vormen en vaak aanvullende screening op indicatie nodig hebben. Meer informatie hierover is te vinden in de zorgstandaard.

Aansluiten bij landelijke ontwikkeling

Er zijn landelijke ontwikkelingen rond somatische screening die ggz-organisaties kunnen ondersteunen in de doorontwikkeling of kwaliteitsborging van de implementatie van somatische screening. Hieronder zetten we een aantal landelijke initiatieven op een rij.

1. Kenniscentrum Sport en Bewegen

Organisatie: Kenniscentrum Sport en Bewegen
Doelgroep: Nederlandse bevolking
Vorm: Kennis en netwerkorganisatie
Meer informatie: [Website Kenniscentrum Sport & Bewegen](#)

Kenniscentrum Sport en Bewegen is een organisatie die zich inzet in het ophalen en ontwikkelen van betrouwbare kennis en praktische instrumenten voor sport en bewegen in Nederland. Het kenniscentrum werkt samen met veel relevante partijen en heeft een brede blik op sport en bewegen in de Nederlandse bevolking. Er is echter ook voldoende informatie beschikbaar over de inzet van sport en bewegen bij mensen met psychische problemen op de website. Hier kan door organisaties gebruik van worden gemaakt zoals een totaaloverzicht van beweeginterventies en initiatieven in het land.

2. Lerend netwerk leefstijl en somatische gezondheid

Organisatie: Kenniscentrum Phrenos
Doelgroep: Professionals in de specialistische ggz
Vorm: Lerend netwerk
Meer informatie: [Website Kenniscentrum Phrenos](#)

Het lerend netwerk leefstijl en somatische gezondheid is een netwerk voor professionals uit de specialistische ggz. Het netwerk richt zich op het verbeteren van de lichamelijke gezondheid bij mensen met ernstige psychische problemen. Dit doet het netwerk door gezamenlijke bijeenkomsten te organiseren waarin kennis en ervaringen worden uitgewisseld. Ook zetten het netwerk zich in voor gezamenlijke projecten en ontwikkelingen om kennis te ontwikkelen en de opgedane kennis op een goede manier in de praktijk te ontsluiten. Deelname aan het lerend netwerk is gratis en kan door je aan te melden via de website van Phrenos.

3. Waardenetwerk verslaving en gezonde leefstijl

Organisatie: De Nederlandse GGZ
Doelgroep: Diverse groep professionals die zich inzetten voor leefstijl bij mensen met psychische problemen.
Vorm: Lerend netwerk
Meer informatie: [Website waardenetwerk Verslaving en Gezonde leefstijl](#)

Het waardenetwerk Verslaving en Gezonde leefstijl is een levendig lerend netwerk met een diverse groep mensen die zich met dit onderwerp bezighoudt. Denk hierbij aan zorgverleners, ervaringsdeskundigen, adviseurs, managers en wetenschappers. Het waardenetwerk richt zich op het samenbrengen van de verschillende perspectieven en het organiseren van netwerkbijeenkomsten en -activiteiten. Het waardenetwerk is niet direct gericht op de somatische screening, maar zet zich wel in voor verbeterde leefstijlinitiatieven.

4. Zorgstandaard somatische screening en leefstijl

Organisatie: Akwa GGZ
Doelgroep: Professionals werkzaam in de ggz
Vorm: Zorgstandaarden
Meer informatie: [Website Zorgstandaarden ggz](#)

De zorgstandaard somatische screening en de zorgstandaard leefstijl zijn ontwikkeld om aanbevelingen te geven voor het uitvoeren van somatische screening en de inzet van leefstijl in de ggz. Daarnaast bieden ze een gedegen basis voor gezamenlijke besluitvorming en optimale zorg. Daarmee wordt een vaste manier van werken beschreven voor de praktijkprofessional waar ook deze Starterskit deels op is gebaseerd. We raden organisaties daarom aan om somatische screening conform de zorgstandaard uit te voeren.

Bestuurlijk commitment

In de ontwikkeling van de Starterskit gaven experts aan dat, naast kartrekkers, ook ‘karduwertjes’ (oftewel: bestuurlijk draagvlak) nodig zijn om somatische screening op een goede manier te implementeren.

Bestuurders kunnen vanuit een breed gedragen visie het belang van somatische screening in de organisatie agenderen, de implementatie van somatische screening prioriteren en hiervoor tijd en middelen vrij maken.

Maar hoe creëer je bestuurlijk commitment en hoe geef je goede opvolging aan de implementatie wanneer er bestuurlijk commitment is? Voor deze vraagstukken kan het 8-fasen model van Kotter¹⁴ helpen. In dit model (zie onderstaand figuur) worden een aantal stappen beschreven over het definiëren van een probleem, ondersteunen bij de implementatie en de borging in een organisatie. We bespreken de 8 fasen kort hieronder.



Figuur. Het 8 fasen model van Kotter

1. Creëren van urgentie. Het bespreken van de noodzaak en urgentie om somatische screening in te zetten is een belangrijke stap om het bestuur te overtuigen hier iets mee te gaan doen. Meer adviezen en argumenten hierover is te vinden in de sectie urgentiebesef.

2. Oprichten van leidende coalitie. Een belangrijke randvoorwaarde voor succes is om een projectgroep op te richten die samen een praktische uitwerking geven aan de implementatie en organisatie van somatische screening.

3. Creëren van een nieuwe visie. Een helder geformuleerde visie met doelen die voor de hele organisatie concreet en helder zijn is helpend om somatische screening op een goede manier in te richten.

4. Creëren van draagvlak. Wanneer het doel gedefinieerd is, is de volgende stap om draagvlak in de organisatie bij het uitvoerend personeel te creëren door hen te overtuigen van het belang en de juiste randvoorwaarden te bieden om dit op een goede manier uit te voeren.

5. Verwijderen van obstakels. Naast het creëren van draagvlak is het ook belangrijk om je te richten op het verwijderen van obstakels die implementatie in de weg kan staan.

6. Zorg voor korte termijn successen. Zorg voor kleinere en haalbare doelstellingen die stimulerend werkt om op verder te bouwen met elkaar.

7. Consolideer verbeteringen. Bouw de korte termijn successen langzaam uit naar concrete veranderingen in de organisatie. Behoud de successen die je hebt behaald en gebruik deze om langzaam uit te bouwen naar een grotere schaal.

8. Borg de veranderingen. Als verbeteringen zijn geconsolideerd is de laatste stap om de somatische screening in de organisatie te borgen.

Commitment vanuit alle lagen in een organisatie is en blijft lastig en vraagt soms een lange adem. Blijf het gesprek aangaan met alle belanghebbenden en raadpleeg gezamenlijk de 8 stappen om de voortgang te evalueren.

Deskundigheidsbevordering

Professionals voelen zich niet altijd voldoende bekwaam in de uitvoering van somatische screening. Deskundigheidsbevordering kan hierbij helpen: het houdt professionals gemotiveerd, biedt ze handvatten om het werk beter of efficiënter uit te voeren en helpt hen te reflecteren op hun vakbekwaamheid. Hieronder bespreken we een aantal vormen van deskundigheidsbevordering die in een organisatie gebruikt kunnen worden.

1. Intervisie

Intervisie is een werkvorm die als 'zelfhulpmethode' kan worden ingezet. Collega's kunnen elkaar in een groepsbijeenkomst helpen beter te worden in hun werk door ervaringen uit te wisselen. Intervisies richten zich op uitdagingen die zich op de werkvloer voordoen en vindt plaats in een gelijkwaardige groep op het gebied van gezag, ervaring en inzet. Er zijn meerdere manieren om een intervisiegroep in te richten. Meer informatie over hoe je een intervisiegroep kan opzetten is [hier](#) te vinden.

2. Referaten en themabijeenkomsten

Referaten en themabijeenkomsten zijn bijeenkomsten waar op een specifiek onderwerp de diepte wordt ingegaan. Dit type bijeenkomst is vaak vooral zendend en weinig interactief en vindt vaak plaats in de vorm van lezingen. Wanneer een dergelijke vorm passend is bij de organisatie is het gangbaar om een coördinator hiervoor vrij te maken die het proces kan aanjagen en organiseren. Lezingen kunnen zowel door interne experts als experts uit andere organisaties worden uitgevoerd. Tot slot is het vaak gangbaar en wenselijk om dergelijke bijeenkomsten laagdrempelig te organiseren op gezamenlijke momenten in een organisatie, zoals tijdens de lunch of tijdens een teambijeenkomst.

3. Kenniskringen

Kenniskringen zijn bijeenkomsten waar professionals vanuit verschillende achtergronden en domeinen samenkomen om over een bepaald onderwerp uit te wisselen. Vaak wordt een kenniskring geleid door een centrale procesbegeleider. Kenniskringen kunnen binnen een organisatie worden georganiseerd, maar ook vanuit een lerend netwerk met aansluiting van meerdere organisaties.

4. Lerende netwerken

Lerende netwerken zijn vaak regionale of landelijke netwerken waarbij verschillende organisaties samenkomen om ervaringen, ontwikkelingen en kennis met elkaar uit te wisselen. Er zijn een aantal netwerken actief in ons land over het onderwerp somatische screening. Deze kan je terugvinden onder het onderdeel [aansluiten bij landelijke ontwikkeling](#).

Doelen somatische screening

Bij de implementatie van somatische screening is het van belang dat de doelen van somatische screening helder zijn binnen de organisatie. In de zorgstandaard somatische screening⁶ zijn meerdere doelen geformuleerd waarom somatische screening belangrijk is. Deze bespreken we hieronder.

1. Inzicht in lichamelijke gezondheid

Somatische screening heeft allereerst als functie om inzicht te bieden in de lichamelijke gezondheid van patiënten met psychische problemen. Daaronder valt ook de relatie met psychische klachten, invloed op de behandeling, identificeren van risicofactoren en op tijd inzetten van passende interventies.

2. Vergroten bewustzijn bij professionals

Professionals die werkzaam zijn in de ggz hebben vaak minder oog voor de lichamelijke problemen van hun patiëntengroep. Somatische screening creëert hier meer bewustwording in en kan integraal onderdeel worden van het behandelplan.

3. Vergroten bewustzijn en faciliteren gedragsverandering patiënt en naaste

Ook patiënten met psychische problemen en hun naasten zijn zich niet altijd bewust van bijkomende lichamelijke problemen bij de psychische klachten. Wanneer hier meer inzicht in wordt geboden zullen patiënten sneller gemotiveerd raken en op zoek gaan naar handvatten om de eigen gezondheid te verbeteren.

4. Monitoren chronische problematiek en het beloop ervan

Psychische klachten zijn soms ook gerelateerd aan langdurige fysieke klachten. Denk bijvoorbeeld aan chronische vermoeidheid, fysieke klachten als gevolg van medicatie of een depressie vanwege langdurige lichamelijke ziekte. Door somatische screening kan je deze fysieke component ook goed monitoren en de behandeling op afstemmen.

5. Monitoren bijwerkingen medicatie

Veel patiënten met psychische problemen gebruiken ook medicatie voor hun psychische klachten. Inname van psychotrope medicatie leidt vaak tot fysieke bijwerkingen. Door het uitvoeren van somatische screening houd je goed bij hoe het gaat met deze bijwerkingen en kan de behandeling hierop worden aangepast.

Gebruik als interventie

Somatische screening kan niet alleen worden ingezet om inzichten in de lichamelijke gezondheid af te stemmen op de behandeling, het kan ook ingezet worden als interventie en als evaluatie en feedbackmoment in samenspraak met de patiënt.

Patiënten hebben adviezen gegeven voor het gebruik van somatische screening als interventie. In de veldraadpleging voor deze starterskit, in eerder onderzoek¹⁵ en in de zorgstandaard somatische screening⁷ is met patiënten afgestemd wat voor hen nodig is om de resultaten van somatische screening optimaal te gebruiken.

1. Voorlichting over bijwerkingen medicatie

Patiënten vinden het belangrijk dat de somatische screening beter wordt ingezet als middel om informatie te geven over de mogelijke bijwerkingen van de medicatie die de patiënt gebruikt. Advies hoe daarmee moet worden omgegaan zou voor de patiënt een gewenste ontwikkeling zijn.

2. Betekenis van de uitslag begrijpelijk communiceren

Patiënten gaven verder aan dat de betekenis van de uitslag van somatische screening beter en in begrijpelijker taal kan worden gecommuniceerd zodat er meer inzicht ontstaat in de gezondheidsproblemen en patiënten zelf ook kunnen werken aan een betere lichamelijke gezondheid. Vraag dus advies bij patiënten en ervaringsdeskundigen hoe de resultaten begrijpelijk kunnen worden gecommuniceerd.

3. Ondersteuning en doorverwijzing leefstijl initiatieven

De uitslagen van de somatische screening kunnen gebruikt worden als basis voor het werken aan een betere leefstijl. Goede ondersteuning aan welke leefstijldoelen er gewerkt moet worden en een adequate doorverwijzing naar geschikte leefstijlinitiatieven zijn daarom wenselijk. Patiënten willen graag advies en begeleiding bij het werken aan een gezonde leefstijl door een ervaringsdeskundige.

4. Reguliere screening voor monitoring en motivatie

De resultaten van de screening kunnen ook gebruikt worden als routinematige outcome monitoring (ROM). Dit betekent dat op regelmatige momenten de lichamelijke gezondheid wordt gemonitord en gebruikt voor de evaluatie van behandeling bij de patiënt.

Gedeelde coördinatie

Bij de implementatie van somatische screening in een organisatie is het gangbaar dat er een centrale coördinator als kartrekker fungeert om het proces in gang te zetten. Deze kartrekker kan een belangrijke schakel zijn tussen bestuur en uitvoeringspraktijk, kan fungeren als klankbord voor het uitvoeringsteam en kan de verantwoordelijkheid nemen voor het neerzetten van een infrastructuur rond somatische screening in de organisatie.

Het kan echter ook kwetsbaar zijn om het agenderen van somatische screening op de schouders te laten rusten van één persoon. Daarom is voor de langere termijn een gedeelde coördinatie en implementatie van somatische screening de meest gewenste situatie. We geven hieronder een aantal aandachtspunten mee hoe deze gedeelde coördinatie gewaarborgd kan worden op basis van interviews met experts, de checklist van Godefrooij en het 8-fasen model¹⁴.

1. Werkgroep met verschillende expertises

Allereerst kan worden overwogen om een werkgroep op te richten bestaande uit experts vanuit verschillende disciplines of onderdelen in de organisatie. Denk hierbij aan een verpleegkundige, psychiater, apotheker, manager of iemand uit het secretariaat. Een dergelijke werkgroep kan gezamenlijk de voortgang monitoren en het werkproces in de organisatie begeleiden.

2. Gedeelde visie en werkproces

Een heldere visie over somatische screening in de organisatie is gewenst. Deze moet breed bekend zijn in de organisatie en vertaalt zich in een helder werkproces. Wanneer deze randvoorwaarden goed op orde zijn en de taak- en rolverdeling helder is, is een centrale contactpersoon minder noodzakelijk.

3. Breed gedragen belang

Het belang voor de inzet van somatische screening met breed gedragen zijn, ook vanuit het bestuur. Het bestuur van de organisatie kan een belangrijke rol vervullen in het faciliteren van het personeel door tijd vrij te maken voor somatische screening en het in te bedden in het beleid en de werkprocessen van de organisatie.

4. Minimaliseren potentiële obstakels

Verschillende obstakels, zoals het vrijmaken van tijd en middelen om hier op in te zetten, een gebrek aan materialen of handelingsverlegenheid kan gedeelde coördinatie en verantwoordelijkheid in de organisatie in de weg staan. Het is van belang deze obstakels op te halen en hier concrete oplossingen in te bieden.

5. Inbedding in het takenpakket

In het verlengde van een gedeeld werkproces en het minimaliseren van obstakels is het ook van belang somatische screening goed in te bedden in het takenpakket van uitvoerend personeel.

Impact organisatie

De implementatie van somatische screening heeft impact op een organisatie. De uitvoering moet worden ingebed in de organisatiestructuur en het vraagt ook veel van de competenties en inzet van het uitvoerend team. Een groot aantal aandachtspunten waar rekening mee moet worden gehouden in de uitvoering van somatische screening is terug te vinden in de [Checklist implementatie somatische screening](#). In deze sectie bespreken we een aantal onderdelen waar als organisatie rekening mee moet worden gehouden.

Inzet personeel

Bij de implementatie van somatische screening wordt ook inzet van personeel gevraagd. Een ggz-organisatie is primair verantwoordelijke voor de patiënt en moet dus zelf de somatische basisscreening uitvoeren. Daarom is de inzet van geschoold personeel (bijvoorbeeld verpleegkundigen) en afstemming met huisarts of ziekenhuis voor aanvullend labonderzoek een belangrijke vereiste. Hoeveel patiënten somatische screening krijgen en hoeveel personeel ingezet moet worden voor somatische screening hangt af van het verwacht aantal patiënten dat wordt gescreend, de tijd die wordt ingeschaald voor somatische screening en het aantal FTE aan personeel dat beschikbaar is. Een formatieberekeningstool ontwikkelen, zoals bij de POH al is gedaan, kan helpen om hier beter zicht op te krijgen.

Materialen

Een somatische basisscreening bestaat, naast uitvraag via een screeningslijst, ook tenminste uit een uitvraag van lengte en gewicht (t.b.v. de BMI), bloeddruk en hartfrequentie. Hiervoor is een afgesloten ruimte met de juiste materialen, in ieder geval een meetlat, weegschaal, meetlint en bloeddrukmeter noodzakelijk. Houdt hierbij rekening dat ook reservematerialen beschikbaar moeten zijn en dat er een mogelijkheid is voor patiënten om ook zelfstandig sommige materialen te gebruiken, wanneer een lichamelijke meting door personeel niet gewenst is. Hiervoor is specifiek materiaal beschikbaar om ook zelfstandig gebruik te faciliteren.

Competentie ontwikkeling

Als organisatie is het ook van belang een lerende omgeving voor het personeel te faciliteren. Onder [Deskundigheidsbevordering](#) worden een aantal mogelijkheden geschetst voor scholing die intern kan worden geboden. Wat betreft extern aanbod kan bijvoorbeeld overwogen worden om de e-learning module somatische screening en leefstijlinterventies van ggz-ecademy te raadplegen (meer informatie via [deze](#) link). Daarnaast kan de GILL basistraining (te vinden via [deze](#) link) worden gevolgd.

Afstemming

Afstemming tussen huisarts en ggz-organisaties is van groot belang om somatische screening in goede afstemming met elkaar te kunnen uitvoeren en verwerken. Deze afstemming is nodig in alle stadia van somatische screening, van aanmelding tot borging en opvolging. Kenniscentrum Phrenos heeft een digitaal overzicht met praktijkvoorbeelden voor afstemming tussen huisarts en ggz ontwikkeld. Deze is via [deze](#) link te vinden. Een goede afstemming tussen beide partijen moet dus gewaarborgd worden in de implementatie van somatische screening. Onder de sectie [Warme overdracht](#) gaan we hier dieper op in.

Protocol

Bij de implementatie van somatische screening is het verder van belang om een protocol op te stellen waarin het werkproces staat beschreven. In dit protocol moet in ieder geval terugkomen op welke momenten en frequentie in de behandeling somatische screening plaatsvindt, wie voor welke stap verantwoordelijk is, welke instrumenten en materialen worden ingezet bij welke stap en hoe de gegevens worden verwerkt en hier vervolg aan wordt gegeven. In de [Roadmap](#) en [Checklist](#) staan verschillende aandachtspunten voor het maken van een dergelijk protocol. Verder kan bij een voorbeeld protocol worden opgevraagd bij de ontwikkelaar van deze Starterskit

Informatie en motivatie patiënten

Het kan zijn dat een patiënt zelf niet wilt meewerken aan somatische screening. Uiteraard staat het een patiënt vrij deze keuze te maken en is het onwenselijk een patiënt tot een somatische screening te dwingen. Het is echter wel belangrijk om patiënten goed te informeren over wat het hen oplevert zodat ze optimaal gemotiveerd zijn deel te nemen.

Uit de spiegelgesprekken van het RET onderzoek¹⁵, de input van patiënten bij de zorgstandaard⁶ en de expert interviews voor de ontwikkeling van deze Starterskit zijn verschillende aandachtspunten naar voren gekomen waar rekening mee moet worden gehouden bij het informeren en motiveren. Deze aandachtspunten bespreken we hieronder.

1. Houdt rekening met schaamte en wantrouwen

Een groot en belangrijk onderdeel waarom patiënten weerstand hebben voor somatische screening is een zekere schaamte voor het lichamelijk onderzoek of wantrouwen richting de professional die het afneemt. Schaamte kan bijvoorbeeld zitten in de fysieke metingen: niet iedere patiënt is comfortabel met lichamelijke aanraking van een professional. Wantrouwen is het meest prominent aanwezig bij aanvullend labonderzoek, in het bijzonder bloedprikken, en wat gebeurt met de verwerking van de resultaten van lichamelijk onderzoek. Maak deze thema's daarom van te voren goed bespreekbaar bij de patiënt, leg uit waarom dit wordt gedaan en biedt alternatieve opties die rekening houdt met de barrières van de patiënt.

2. Let op bewoordingen somatische screening

Hoe een professional het uitlegt en welke woorden worden gebruikt zijn ook belangrijk voor de motivatie van patiënten om deel te nemen. Vermijd gebruik van te medische en vak gerelateerde termen, maak gebruik van visuele hulpmiddelen en gebruik vergelijkingen en metaforen uit het dagelijks leven om het extra begrijpelijk te maken. Op deze manier sluit je optimaal aan bij de belevingswereld van de patiënt.

3. Extra focus op communicatie van de uitslagen

Patiënten gaven in grote getalen aan dat het bespreken van de uitslagen over het algemeen te summier is en meer aandacht nodig heeft. De uitslagen zouden punt voor punt besproken moeten worden, bied daarin ruimte voor vragen en maak duidelijk aan een patiënt wat diegene zelf kan doen om de lichamelijke gezondheid te verbeteren of op peil te houden.

4. Voorlichting over relevante onderwerpen patiënt

Sluit bij de somatische screening aan bij de actuele en relevante onderwerpen van de patiënt in de voor- en nabespreking. Leg bijvoorbeeld extra focus op middelengebruik of medicatiebijwerkingen.

Keuze screeningsinstrument

Er is een grote diversiteit aan screeningsinstrumenten in ons land, die veelal vergelijkbare onderdelen meten maar ook verschillend zijn in gebruik en doelgroep. Voor startende organisaties is het lastig om de verschillende instrumenten van elkaar af te onderscheiden. Er zijn verschillende onderdelen waar rekening mee kan worden gehouden bij de keuze voor screeningsinstrumenten, zoals de onderdelen van de somatische screening die wordt uitgevraagd, de doelgroep waar het screeningsinstrument op gericht is en de tijd die het kost om het screeningsinstrument uit te voeren. In deze sectie bieden we een overzicht van screeningsinstrumenten met al deze informatie. Ook beschrijven we beknopt de verschillende screeningsinstrumenten.

1. Eendagsscreening

De eendagsscreening van UMC Utrecht is zoals de naam het al zegt: een volledige somatische basisscreening, inclusief labonderzoek en activiteitenmeting die in één dag zal worden afgenomen voor mensen met ernstige psychische problemen. Resultaten worden teruggekoppeld aan de behandelaar, waarna vervolgstappen kunnen worden gezet en eventueel kan worden doorverwezen naar het leefstijlprogramma van UMC Utrecht. Deze somatische screening vindt op indicatie plaats bij UMC Utrecht. Voor meer informatie verwijzen we door naar het Zorgprogramma Lijf en Leven via [deze link](#).

2. GILL

Gezond in Lichaam en Leefstijl (GILL) is een online somatische screening en leefstijlmodule die is ontwikkeld door Hogeschool InHolland en wordt aangeboden door Mind District. Het is daardoor een screeningsinstrument waarvoor betaald moet worden en waar een abonnement bij Mind District voor nodig is. GILL bestaat uit twee onderdelen: Our GILL die gaat over de somatische screening met de behandelaar, en My GILL, waar leefstijlfactoren worden uitgevraagd en wordt gewerkt aan een persoonlijk leefstijlplan. Het is een gebruiksvriendelijk en volledig e-health instrument. De ontwikkeling van GILL staat beschreven in een artikel gepubliceerd in Nurse Academy GGZ¹³. Meer informatie over GILL is verder [hier](#) te vinden.

3. MOPHAR en PHAMOUS

MOPHAR en PHAMOUS zijn beide programma's waarin de mentale en fysieke welzijn van mensen met psychische problemen breed in kaart wordt gebracht. Beide programma's vinden voornamelijk bij de grote ggz-organisaties in Noord-Nederland plaats: GGZ Drenthe, Lentis en GGZ Friesland. In beide programma's wordt een volledige somatische screening, naast routine outcome monitoring (ROM) van andere meetinstrumenten over mentale klachten en herstel, regelmatig gemeten. PHAMOUS is daarbij gericht op de doelgroep mensen met ernstige psychische problemen, terwijl MOPHAR meer op de common mental disorders, en in het bijzonder angst- en depressie klachten, is gericht. Resultaten in beide programma's worden momenteel uitgebreid onderzocht. Meer informatie over PHAMOUS is [hier](#) te vinden. Meer informatie over MOPHAR is [hier](#) te vinden.

4. SMS

De Somatische Miniscreen (SMS) is een kort screeningsinstrument bestaande uit een klein aantal items, waardoor invullen van de miniscreen slechts 20 minuten duurt. Hiermee is het een tijdsefficiënt screeningsinstrument. Een mogelijk nadeel is dat het instrument niet alle vereiste onderdelen van de basisscreening uitgebreid meet (zie tabel hieronder). De somatische miniscreen is vrij toegankelijk via [deze link](#).

5. USS

De Utrechtse Somatische Screening (USS) is een uitgebreid screeningsinstrument voor somatische screening en leefstijl. Het instrument is primair gefocust op mensen met verslavingsproblematiek, maar is ook breder voor mensen met psychische problemen beschikbaar. De uitvraag van de USS is relatief kort: 30 tot 40 minuten. Meer informatie over de USS is [hier](#) te vinden. De USS is vrij verkrijgbaar via [deze link](#).

Keuze screeningsinstrument

	Eendagsscreening	GILL	MOPHAR	PHAMOVS	SMS	USS
Organisatie	UMC Utrecht	MIND District	GGZ Drenthe	GGZ Drenthe & Lentis	GGZ Centraal	Jellinek
Validatie	Er is geen validatiestudie bekend	Er is geen validatiestudie bekend	Gebaseerd op gevalideerde schalen	Gebaseerd op gevalideerde schalen	Er is geen validatiestudie bekend	Validatiestudie in behandeling
Primaire doelgroep	Patiënten met multiproblematiek	Mensen met een verhoogd risico op lichamelijke gezondheidsproblemen	Angst- en stemmingsstoornissen	Ernstige psychische problemen	Ernstige psychische problemen	Langdurig verslaafde en of psychiatrische patiënten
Lengte en duur	6 uur verspreid over één dag	55 minuten	2 uur	Onbekend, 15 vragenlijsten, lichamelijk onderzoek en labonderzoek	20 minuten	30-40 minuten
Onderdelen basisscreening						
Voorgeschiedenis	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
Somatische klachten	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Medicatie en therapietrouw	Ja	Ja	Ja	Ja	Deels	Ja
<u>Leefstijl</u>						
• Voeding	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
• Lichamelijke activiteit	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
• Middelengebruik	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Familieanamnese	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Gezondheidsvaardigheden	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Globale indruk	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja
Vitale functies (BMI, bloeddruk en hartfrequentie)	Ja	Ja	Ja	Ja	Deels	Ja
Aanvullende onderdelen die worden uitgevraagd	Calorimetriemeting, tractusanamnese, bloedonderzoek, activiteitenmeting met Fitbit	Labonderzoek, uitvraag over slapen, ontspannen, hygiëne, seksualiteit en sociale steun	Slaapproblemen, prodromale ervaringen, symptomen psychische klachten, herstel en functioneren	Labonderzoek, Sankt Hans Rating Scale, symptomen psychische klachten, herstel en functioneren	Buikomvang, cholestrol, bloedsuiker	Zorggebruik, ontspanning, dag- en nachtritme, hygiëne, seksueel gedrag, contact huisarts

Leefstijl anamnese

Een belangrijk onderdeel van de somatische screening is de leefstijl anamnese. Een goed beeld krijgen van de leefstijl van de patiënt is niet alleen cruciaal voor de verbetering van de lichamelijke gezondheid. Eerder onderzoek wijst uit dat de verbetering van de leefstijl ook een positieve invloed heeft op de verbetering van mentale gezondheid¹⁶.

In de zorgstandaard leefstijl¹⁷ en het handboek Leefstijlpsychiatrie¹⁸ zijn vier leefstijlindicatoren genoemd die de meeste invloed hebben op de mentale en fysieke gezondheid van patiënten met psychische problemen:

1. Beweging
2. Voeding
3. Slaap
4. Middelengebruik

Beweging, voeding en middelengebruik zijn drie indicatoren die in de zorgstandaard somatische screening⁶ ook genoemd zijn als kernonderdelen bij een basisscreening. Meerdere onderzoeken wijzen echter ook uit dat slaap veel invloed heeft op de gezondheid. We raden dus aan hier aanvullend aandacht aan te geven. Onder het kopje Keuze screeningsinstrument is terug te vinden welke screeningsinstrumenten slaap wordt gemeten.

Aanvullende leeftijdsindicatoren die regelmatig gebruikt worden bij een leefstijluitvraag zijn: ontspanning, hygiëne, seksualiteit en verbinding of sociale steun. In de zorgstandaard leefstijl zijn twee praktische hulpmiddelen aangeraden die ondersteunend kunnen zijn aan een leefstijlanamnese:

1. Het **Leefstijlroer**

Dit is een hulpmiddel dat wordt gebruikt ter ondersteuning van het gesprek van de zorgprofessional met de patiënt waarin 6 pijlers worden behandeld: voeding, verbinding, middelen, beweging, ontspanning en slaap.

2. De **LeefstijlCheck**

Dit is een beknopte checklist van 12 vragen over verschillende leefstijlindicatoren die met de patiënt kunnen worden ingevuld en besproken en waarbij gekeken wordt aan welke leefstijlindicatoren kan worden gewerkt.

Opvolging sociaal domein

De inzet van passende gezondheid bevorderende interventies bij een patiënt na afloop van somatische screening is een belangrijk speerpunt in de implementatie. In ggz-organisaties, bij ziekenhuizen en in de huisartsenpraktijk vinden veel initiatieven plaats om te werken aan een gezondere leefstijl en betere lichamelijke gezondheid. Voorbeelden hiervan zijn het [Schakelpunt Gezond Leven](#) bij UMC Utrecht of het programma [Optimaal Leven](#) in Drenthe.

Er is echter niet bij alle ggz-organisaties voldoende capaciteit beschikbaar om een dergelijk gezondheid bevorderend programma op te zetten. In deze gevallen kan aansluiting bij initiatieven buiten de ggz of in de wijk een mooie uitkomst bieden. Zeker op de leefstijldomeinen beweging en voeding zijn veel initiatieven in de regio waar de ggz gebruik van kan maken.

Een overzicht van verschillende initiatieven en kennisbronnen over de verbetering van de leefstijl is terug te vinden via het Loket gezond leven.

Op het gebied van **bewegen** kan voornamelijk gebruik worden gemaakt van de [kennisbank](#) en de [databank erkende interventies](#) die een overkoepelend overzicht geven van de inzet en beschikbaarheid van beweeginterventies in de buurt.

Op het gebied van **voeding** kan gebruik worden gemaakt van de inzet van diëtisten die gespecialiseerd zijn op mensen met psychische problemen via [Diëtetiek Psychiatrie Nederland](#).



Organiseren gedragsverandering

Brede gedragsverandering is vaak een uitdaging in een organisatie. Protocollen of werkprocessen worden niet altijd nageleefd. Hier kunnen meerdere redenen aan ten grondslag liggen, zoals een gebrek aan tijd bij de professional of onvoldoende aandacht voor het belang van somatische screening in een organisatie.

In deze sectie geven we een aantal suggesties wat bredere gedragsverandering in de hand kan helpen. Deze suggesties zijn samengesteld op basis van de gesprekken met experts, de [implementatie checklist](#), het 8-fasen model van Kotter¹⁵ en de informatie uit de zorgstandaarden leefstijl¹⁷ en somatische screening⁶.

1. Maak somatische screening speerpunt in het beleid van een organisatie

Een gebrek aan gedragsverandering in een organisatie hangt vaak samen met handelingsverlegenheid bij de professional of een gebrek aan steun en middelen van bovenaf. Dit kan ondervangen worden door somatische screening prominent terug te laten komen in de beleidsplannen zodat hier voldoende tijd voor vrij kan worden gemaakt en het belang vanuit het management en bestuur ook wordt onderschreven. Onder het kopje [Bestuurlijk commitment](#) wordt hier meer over uitgelegd.

2. Leg de kern van het probleem bloot

Gedragsverandering komt ook moeizaam tot gang wanneer de echte urgentie mist om hierop in te zetten. Daarom is het ook van belang om de kern van het probleem en mogelijke negatieve consequenties van het niet uitvoeren van somatische screening duidelijk te maken binnen de organisatie. Onder het kopje [Urgentiebesef](#) hebben we de argumenten hiervoor uitgebreid uitgewerkt.

3. Toon tussentijdse successen en resultaten

Een belangrijke factor om teams te motiveren om blijvend in te zetten voor somatische screening is het tonen van tussentijdse successen en resultaten. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het monitoren van het aantal patiënten in de organisatie dat somatisch gescreend wordt, lichamelijke gezondheidsproblemen heeft en/of gebruik maakt van specifieke gezondheid bevorderende of leefstijlinterventies. Op deze manier wordt de inzet en impact zichtbaarder voor het uitvoeringsteam.

4. Creëer gedeelde verantwoordelijkheid

Hoe meer verschillende typen professionals verantwoordelijk zijn voor een onderdeel van somatische screening, hoe breder het proces gedragen wordt en hoe groter de kans dat gedragsverandering in de organisatie ontstaat. Zet daarom in op gedeelde uitvoering in het proces en goede afstemming met een huisarts. In de [Roadmap](#) is visueel gemaakt hoe dit eruit kan komen te zien.

Pragmatische keuzes uitvoering

Een volledige somatische basisscreening zoals beschreven in de zorgstandaard⁶ hoeft niet altijd veel tijd te kosten. Toch is een veelgenoemd knelpunt bij de organisaties dat een volledige somatische screening te tijdrovend is en niet mogelijk is. Ondanks dat het uitvoeren van een somatische basisscreening conform de zorgstandaard ook in deze Starterskit wordt aangeraden, heeft een kortere pragmatische uitvraag van lichamelijke gezondheidsproblemen nog steeds wel de voorkeur boven niets doen. Daarom leggen we hieronder een aantal pragmatische keuzes aan organisaties voor zodat ook met minder tijd en middelen nog oog blijft voor de lichamelijke gezondheid bij patiënten.

1. Korte basisscreening

Vanuit de expert interviews werd aangegeven dat een korte basisscreening van maximaal 20 minuten voldoende kan zijn om de 'red flags' te detecteren. Er kan gekozen worden voor een stapsgewijs model waar iedereen een korte screening krijgt die bestaat uit observaties van de patiënt en het uitvoeren van een korte screeningslijst waarin somatische klachten, medicatie en leefstijl worden uitgevraagd. Diegenen waar gezondheidsproblemen bij naar voren komen kunnen dan een uitgebreidere screening conform de onderdelen van een basisscreening in de zorgstandaard ontvangen. Hier moet wel rekening bij worden gehouden dat de kans op het missen van lichamelijke klachten wel groter wordt wanneer deze keuze wordt gemaakt.

2. Verlagen frequentie somatische screening bij patiënten zonder gezondheidsproblemen bij intake

Volgens de zorgstandaard wordt verwacht dat alle patiënten met psychische problemen jaarlijks een somatische basisscreening ontvangen. Er kan ook voor gekozen worden dat bij aanmelding bij een ggz-organisatie een volledige basisscreening wordt afgenomen, maar deze niet jaarlijks wordt herhaald wanneer hier geen gezondheidsproblemen uitkomen. Er kan voor deze patiënten gekozen worden om de frequentie te verlengen naar bijvoorbeeld een somatische basisscreening één keer in de twee jaar.

3. Enkel screening wanneer dit expliciet wens is van patiënt

Niet iedere patiënt zit te wachten op een somatische screening. Er zijn ook stromingen die aangeven dat een somatische screening herstel ondermijnend kan zijn omdat dit een dwingend karakter kan hebben voor de patiënt. Ondanks dat het voor iedere patiënt goed zou zijn om een somatische screening uit te voeren kan er ook voor gekozen worden somatische screening vraaggericht aan te bieden op initiatief van een patiënt en op deze manier de eigen regie van de patiënt te faciliteren.

Routine behandelplanbespreking

Bij de implementatie van somatische screening is het belangrijk dat de resultaten op een goede manier worden verwerkt en worden besproken met de patiënt en in multidisciplinaire overleggen. Hier moet een goed werkproces voor worden ontwikkeld in de organisatie. Op basis van de input van de expert interviews en na raadpleging van de protocollen van somatische screening bij een aantal organisaties kwamen onderstaande cruciale stappen naar voren om de resultaten van somatische screening op een gedegen manier te borgen in de organisatie.

1. Standaard verwerking resultaten somatische screening in elektronisch patiëntendossier

De resultaten van de somatische screening dienen te worden ingebouwd in het standaard elektronische patiëntendossier in de organisatie. Als de resultaten van somatische screening in dezelfde omgeving worden verwerkt waar ook de resultaten en updates van de behandeling van de patiënt staat beschreven, kunnen deze resultaten integraal meegenomen worden in de multidisciplinaire overleggen.

2. Adviesgesprek met patiënt

Na verwerking van de resultaten van de somatische screening worden deze besproken met de patiënt. Hierin ligt de focus op de aandachtspunten, behandelopties en verbeterwensen van de patiënt. Ook worden in het adviesgesprek de vervolgstappen met de patiënt besproken, zoals doorverwijzing naar andere hulpverleners, zoals huisarts of fysiotherapeut, aansluiting bij leefstijl initiatieven en afstemming medicatiegebruik.

3. Verwijsbrief tussen huisarts en ggz

De resultaten van de somatische screening zullen worden afgestemd met de huisarts, wanneer somatische screening door ggz is uitgevoerd, via een standaard verwijsbrief. Een voorbeeld van een dergelijke standaard verwijsbrief is te vinden in het [digitale overzicht](#) praktijkvoorbeelden somatische screening van Kenniscentrum Phrenos.

4. Regelmatige bespreking in multidisciplinaire overleggen

Tot slot moet zorg worden gedragen dat de resultaten van de somatische screening op regelmatige basis terugkomen op de agenda tijdens de behandelplanbesprekingen of multidisciplinaire overleggen en integraal besproken worden met het leefstijl- en ander behandel aanbod.

Urgentiebesef

Urgentiebesef creëren in een organisatie over het belang van somatische screening kan ingewikkeld zijn. Het belang ervan wordt niet altijd goed ingezien door zorgprofessionals of bestuurders. Ook kunnen andere prioriteiten worden gesteld in een organisatie. Uit de interviews met ervaren organisaties kwam naar voren dat het creëren van een 'shock effect' het meest effectief is. Hiermee wordt bedoeld dat het belangrijk is om de organisatie bewust te maken van de feiten over de lichamelijke gezondheid van mensen met psychische problemen, die door sommigen als alarmerend zouden kunnen worden beschouwd. Daarnaast kan een factsheet of een video met een krachtig verhaal van een patiënt of een professional ook bijdragen aan het verbeteren van het urgentiebesef. Hieronder worden de belangrijkste feiten en cijfers op een rij gezet.

Feiten en cijfers

- Mensen met ernstige psychische problemen leven gemiddeld ongeveer **15 jaar** korter dan mensen zonder psychische problemen⁵. Lichamelijke gezondheidsproblemen zijn hier een belangrijke oorzaak voor.
- In Nederland krijgen **minder dan 8%** van de mensen met ernstige psychische problemen in de specialistische ggz een volledige somatische screening⁸.
- Bijna **de helft** van alle mensen met ernstige psychische problemen in Nederland hebben meerdere belemmerende gezondheidsproblemen en voldoen aan de criteria voor metabool syndroom⁸.
- Minder beweging, ongezondere voeding, minder slaap en meer middelengebruik hebben allemaal een substantiële negatieve invloed op de verbetering van de mentale gezondheid van mensen met psychische problemen¹⁷.
- Fysieke en mentale gezondheid zijn dus onlosmakelijk met elkaar verbonden en voor beiden moet voldoende aandacht zijn bij de zorg en ondersteuning van mensen met psychische problemen.

Warme overdracht

Een goede afstemming tussen ggz-organisaties en andere domeinen, in het bijzonder de huisarts, is belangrijk in alle fasen van implementatie van somatische screening. Deze afstemming is over het algemeen een aandachtspunt in de implementatie van somatische screening.

Er zijn al meerdere stappenplannen ontwikkeld over hoe de afstemming en organisatie van somatische screening moet worden vormgegeven. In de [zorgstandaard somatische screening](#)⁶ zijn een aantal visualisaties ontwikkeld voor de organisatie en afstemming van somatische screening in klinische en ambulante setting. Ook in de [Utrechtse somatische screening](#)¹⁹ is een overzichtelijke flowchart over het proces van somatische screening gedeeld. Specifieke praktijkvoorbeelden over goede afstemming tussen huisarts en ggz is terug te vinden in het [digitale overzicht praktijkvoorbeelden somatische screening](#)²⁰. We hebben voortgebouwd op deze documenten en in onderstaand [overzicht afstemming en overdracht somatische screening](#) het proces van afstemmen en overdragen tijdens de implementatie van somatische screening in alle stadia gevisualiseerd. De stappen en aandachtspunten lichten we hieronder toe.

1. Aanmelding

Wanneer een patiënt met psychische problemen zich aanmeldt bij de ggz is het van belang dat de contactgegevens van de huisarts worden opgevraagd en overlegd of een recente somatische screening van minder dan 6 maanden geleden heeft plaatsgevonden. Dit kan het geval zijn wanneer een patiënt onder behandeling is in de eerste lijn vanwege lichamelijke gezondheidsproblemen zoals een verhoogde bloeddruk of diabetes. Wanneer dit het geval is worden de resultaten gedeeld en meegenomen in de verwerking.

2. Uitvoering

Somatische screening wordt in principe uitgevoerd door de ggz-organisatie. Wanneer toch een recente somatische screening heeft plaatsgevonden door de huisarts, dan kan een ggz-organisatie advies geven over de aard van psychische problemen en medicatiegebruik aan de huisarts. Resultaten van somatische screening kunnen via een standaardbrief onderling worden uitgewisseld. Een voorbeeld van een dergelijke brief is te vinden in het [digitale overzicht praktijkvoorbeelden somatische screening](#)²⁰.

3. Verwerking

Afhankelijk van wie de somatische screening heeft uitgevoerd kan huisarts of ggz-organisatie een behandeladvies geven. Het is van belang dat een behandeladvies vanuit de huisarts of ggz-organisatie wordt afgestemd met de andere partij. Aandachtspunt bij de interpretatie van de resultaten is dat de [CVRM richtlijn](#) van de huisarts andere waarden hanteert dan de [zorgstandaard somatische screening](#) als het gaat om risicofactoren. Hier moet goede afstemming over zijn tussen beide partijen.

4. Opvolging

Op basis van de behandeladviezen worden de juiste stappen gezet in de opvolging. Zoek daarbij goede afstemming met het leefstijlaanbod, geef patiënten adviezen over wat ze zelf kunnen doen om hun lichamelijke gezondheid te verbeteren (hierover meer onder [zelfmanagement en shared decision making](#)). Tot slot is afstemming met het medisch domein, zoals apotheker, fysiotherapeut, diëtist of het ziekenhuis, belangrijk om goede opvolging te geven wanneer sprake is van een gezondheidsrisico.

Een overzicht van alle stappen die gezet moeten worden voor een optimale afstemming is te vinden onder [overzicht afstemming en overdracht somatische screening](#) in de pagina hieronder.

Overzicht afstemming en overdracht resultaten somatische screening



Zelfmanagement en samen keuzes maken

De belangrijkste factor voor gezondheidsverbetering naar aanleiding van de resultaten van somatische screening is de patiënt zelf. De rol van een behandelaar is om de patiënt zo goed mogelijk te informeren, adviseren en motiveren. Een aantal adviezen hiervoor is te vinden onder de sectie informatie en motivatie patiënten. Het is vanzelfsprekend altijd aan de patiënt zelf welke keuzes worden gemaakt in de verbetering van de lichamelijke gezondheid. Hiervoor kan ondersteuning in de zelfmanagement van een patiënt en een proces van samen keuzes maken over de vervolgstappen helpend zijn. Hieronder bespreken we een aantal aanbevelingen en hulpmiddelen die hieraan bijdragen.

1. Adviseren over vervolgstappen en doorverwijzing

Wanneer uit een somatische screening blijkt dat patiënt verhoogd risico loopt op of al last heeft van lichamelijke gezondheidsproblemen, is het van belang bespreekbaar te maken wat de juiste vervolgstappen zijn. Bij voorkeur vindt een dergelijk adviesgesprek in ieder geval plaats tussen regiebehandelaar, patiënt en huisarts. In een dergelijk adviesgesprek wordt met de patiënt besproken wat de risico's zijn en waar de patiënt terecht kan om de situatie te verbeteren. Het is van belang dat er ook goed contact is met domeinen waarnaar kan worden doorverwezen in de regio, zoals diëtist, fysiotherapeut, specialistisch ziekenhuis of apotheker. Op deze manier kan de patiënt een geïnformeerde afweging maken wat diegene wilt doen met deze vervolgstappen.

2. Bespreken leefstijlgedrag

Ook kan met de patiënt besproken worden hoe het staat met het leefstijlgedrag van de patiënt. Twee gesprekshandreikingen die hierin kunnen ondersteunen zijn het [Leefstijlroer](#) en de [LeefstijlCheck](#). Deze worden ook besproken in de sectie *Leefstijl anamnese*. Aan de hand van het gesprek krijgt de patiënt inzicht en motivatie aan welke leefstijldoelen gewerkt kan worden. Mind District heeft een aantal [modules](#) ontwikkeld die patiënten hierin kunnen ondersteunen.

3. Inzet ervaringsdeskundigen

Uit eerdere uitvraag bij een patiëntenpanel¹⁵ kwam naar voren dat de voorkeur uitging dat leefstijladvies en -ondersteuning wordt aangeboden door een ervaringsdeskundige, zeker wanneer intern leefstijlinterventies worden aangeboden. Overweeg als organisatie dit toe te passen wanneer de keuze wordt gemaakt om leefstijl interventies aan te bieden.

4. Informeren over leefstijlaanbod

Er zijn verschillend initiatieven die de leefstijl bevorderen, zowel in ggz-organisaties als in de wijk. Bij [Kenniscentrum Sport en Bewegen](#) wordt hier een overzicht in geboden voor beweeginterventies. Ook op andere gebieden, zoals voeding en slaap, is in de regio of in de behandelpraktijk vaak veel te vinden. We raden organisaties daarom aan een goed overzicht te maken van het leefstijlaanbod in de buurt zodat de patiënt hier zelf gebruik van kan maken.

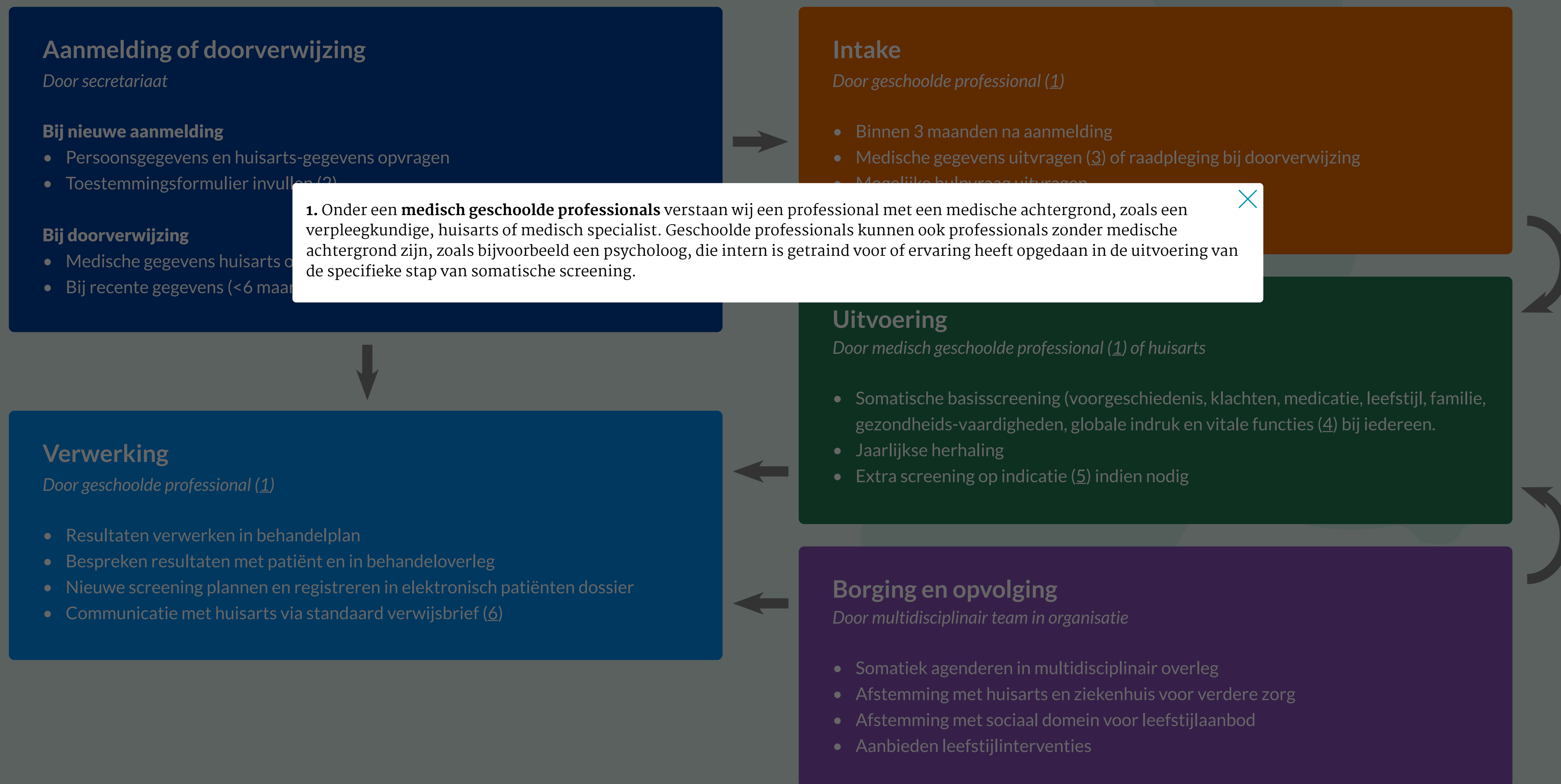
5. Geef als organisatie het goede voorbeeld

Tot slot blijkt uit veel onderzoek dat het verminderen van de toegankelijkheid effectief is om ongezond gedrag tegen te gaan. Wanneer een patiënt in een ggz-organisatie, ziekenhuis of huisartsenpraktijk behandeld wordt is het van belang om kritisch te kijken naar de beschikbaarheid van gezonde voeding en het beleid rondom middelengebruik in de organisatie. Kijk daarnaast ook kritisch naar de eigen rol als behandelaar wat betreft leefstijlgedrag en wat je wilt uitstralen richting de patiënt. Een motiverende en simulerende omgeving is erg belangrijk om patiënten die aan een verbeterde leefstijl willen werken de juiste randvoorwaarden hiervoor te bieden.

Referenties

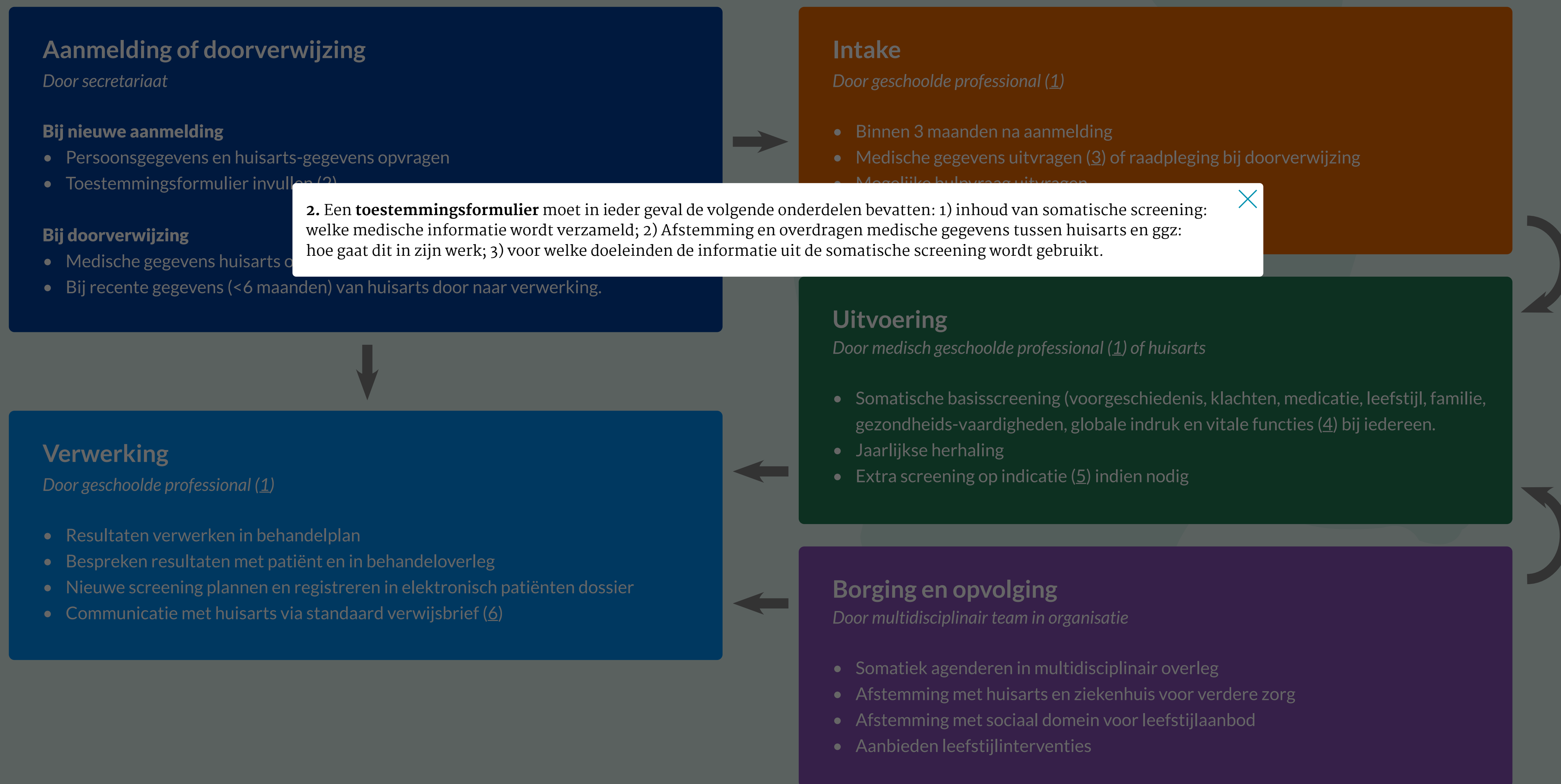
1. Alberti, K. G., Eckel, R. H., Grundy, S. M., Zimmet, P. Z., Cleeman, J. I., Donato, K. A., ... & Smith Jr, S. C. (2009). Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the international diabetes federation task force on epidemiology and prevention; national heart, lung, and blood institute; American heart association; world heart federation; international atherosclerosis society; and international association for the study of obesity. *Circulation*, 120(16), 1640-1645.
2. Firth, J., Siddiqi, N., Koyanagi, A. I., Siskind, D., Rosenbaum, S., Galletly, C., ... & Stubbs, B. (2019). The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 6(8), 675-712.
3. Vancampfort, D., Stubbs, B., Mitchell, A. J., De Hert, M., Wampers, M., Ward, P. B., ... & Correll, C. U. (2015). Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World psychiatry*, 14(3), 339-347.
4. Laursen, T. M., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2014). Excess early mortality in schizophrenia. *Annual review of clinical psychology*, 10, 425-448.
5. Hjorthøj, C., Stürup, A. E., McGrath, J. J., & Nordentoft, M. (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 295-301.
6. GGZ Standaarden (2024). Zorgstandaard somatische screening. Verkregen op 8-10-2024 via: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/somatische-screening>
7. Nederlands Huisartsen Genootschap (2019). NHG richtlijn cardiovasculair risicomanagement. Verkregen op 8-10-2024 via: <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/cardiovasculair-risicomanagement>.
8. Noortman, L., de Winter, L., van Voorst, A., Cahn, W., & Deenik, J. (2023). Screening and prevalence of cardiometabolic risk factors in patients with severe mental illness: A multicenter cross-sectional cohort study in the Netherlands. *Comprehensive Psychiatry*, 126, 152406.
9. De Winter, L & Van Duin, D. (2022). Digitaal overzicht praktijkvoorbeelden voor toepassing van somatische scree
10. De Boer, J.N., Brand, B.A. & Sommer, I.E.C. (2023). Antipsychotica voor vrouwen: overzicht van literatuur en praktijkadviezen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 65(2), 87-94.
11. Szeliga, A., Stefanowski, B., Meczekalski, B., et al. (2021). Menopause in women with schizophrenia, schizoaffectieve disorder and bipolar disorder. *Maturitas*, 152, 57-62.
12. Delespaul, P. H. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland [Consensus on the definition of people with severe mental illness (EPA) and their number in the Netherlands]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(6), 427-438.
13. Van Meijel, B., Van Kellen, D. & Van Hamersveld, S. (2020). Gezond in lichaam en leefstijl. Nurse Academy GGZ, nummer 2.
14. Kotter, J.P. (2012). Leading Change. Ingram Publisher Services.
15. Regionaal Expert Team (RET) Amsterdam en Noord-Holland (2014). Eindrapport somatische zorg in de GGz. Verkregen via: <https://www.clientenbelangamsterdam.nl/plaatjes/user/files/1402%20Somatische%20zorg%20in%20de%20GGz.pdf>
16. Firth, J., Solmi, M., Wootton, R. E., Vancampfort, D., Schuch, F. B., Hoare, E., ... & Stubbs, B. (2020). A meta-review of "lifestyle psychiatry": the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World psychiatry*, 19(3), 360-380.
17. GGZ Standaarden (2024). Zorgstandaard Leefstijl. Verkregen op 8-10-2024 via: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/leefstijl/inleiding>
18. Cahn, W., Deenik, J., & Vermeulen, J. (Eds.). (2022). *Leefstijlpsychiatrie*. Springer Nature.
19. Koerts Janmaat, J., Middeldorp, J., Moesker, S. & Smit, R. (2018). Utrechtse Somatische Screeningslijst (USS) 2.0. Verkregen op 17-10-2024 via: <https://www.jellinek.nl/pdf-content/2018/03/USS-Document-HR-2018.pdf>.
20. De Winter, L. & Van Duin, D. (2022). Digitaal overzicht praktijkvoorbeelden voor toepassing van somatische screening bij mensen met een psychose of een andere ernstige psychische aandoening. Verkregen op 17-10-2024 via: <https://kenniscentrumphrenos.nl/assets/2022/07/Digitaal-overzicht-project-praktijkvoorbeelden-somatische-screening-definitieve-versie.pdf>

Roadmap uitvoering en organisatie somatische screening



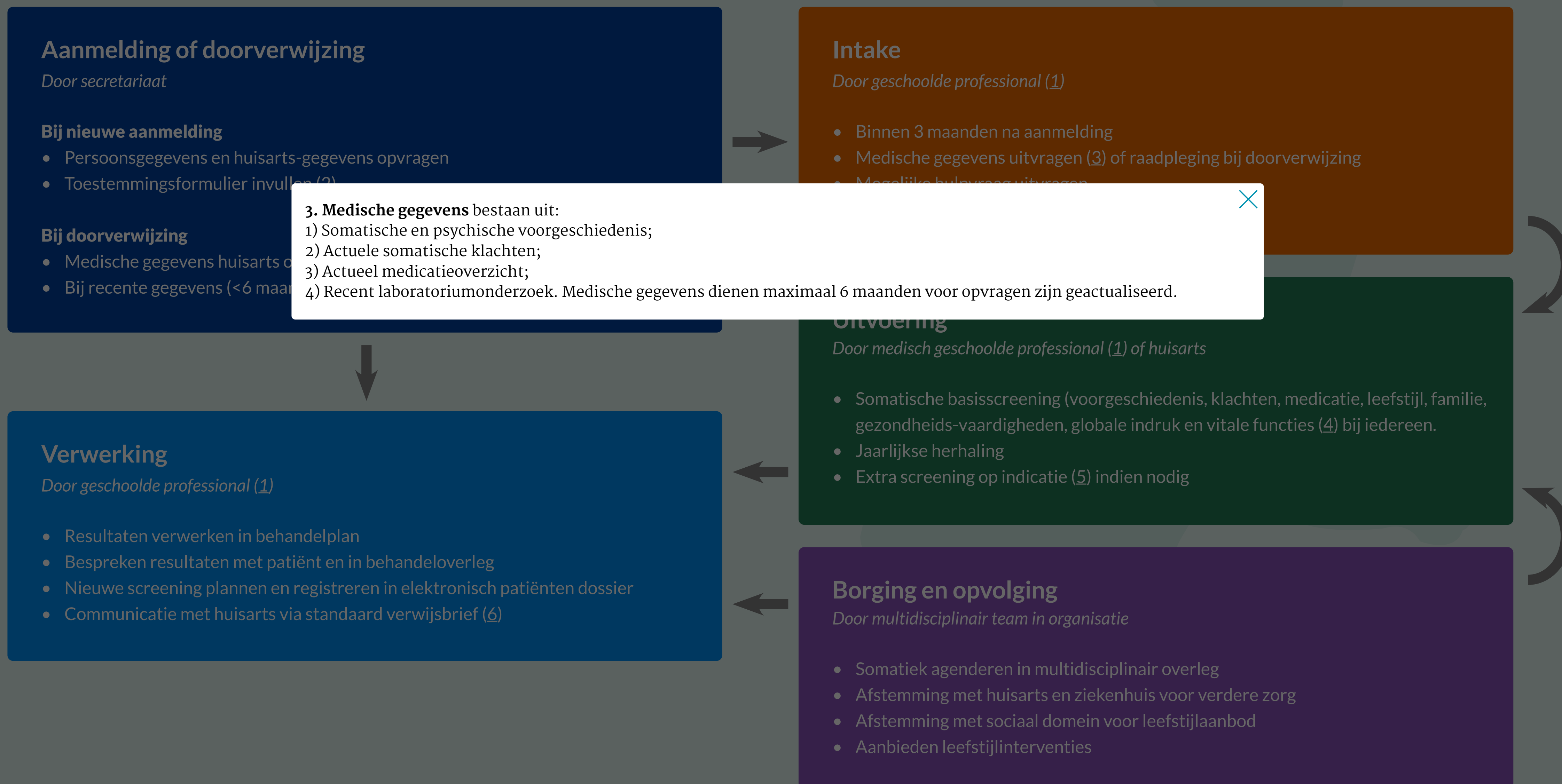
1. Onder een **medisch geschoolde professionals** verstaan wij een professional met een medische achtergrond, zoals een verpleegkundige, huisarts of medisch specialist. Geschoolde professionals kunnen ook professionals zonder medische achtergrond zijn, zoals bijvoorbeeld een psycholoog, die intern is getraind voor of ervaring heeft opgedaan in de uitvoering van de specifieke stap van somatische screening.

Roadmap uitvoering en organisatie somatische screening



2. Een **toestemmingsformulier** moet in ieder geval de volgende onderdelen bevatten: 1) inhoud van somatische screening: welke medische informatie wordt verzameld; 2) Afstemming en overdragen medische gegevens tussen huisarts en ggz: hoe gaat dit in zijn werk; 3) voor welke doeleinden de informatie uit de somatische screening wordt gebruikt.

Roadmap uitvoering en organisatie somatische screening



Roadmap uitvoering en organisatie somatische screening

Aanmelding of doorverwijzing

Door secretariaat

Bij nieuwe aanmelding

- Persoonsgegevens en huisarts-gegevens opvragen
- Toestemmingsformulier invullen (2)

Bij doorverwijzing

- Medische gegevens huisarts opvragen
- Bij recente gegevens (<6 maanden)

Intake

Door geschoolde professional (1)

- Binnen 3 maanden na aanmelding
- Medische gegevens uitvragen (3) of raadpleging bij doorverwijzing
- Mogelijke hulpvraag uitvragen

4. Onderdelen basisscreening:

- 1) Somatische en psychiatrische voorgeschiedenis: beeld van gezondheidsstatus en –risico's van patiënt;
- 2) Actuele somatische klachten: lokalisatie, aard, ernst, duur, beloop en beïnvloedende factoren lichamelijke klachten;
- 3) Medicatie: overzicht (vaak via apotheker), gebruik en bijwerkingen;
- 4) Leefstijl: informatie over voeding, lichamelijke activiteit en middelengebruik;
- 5) Familieanamnese: informatie over specifieke aandoeningen van directe, eerste kring familieleden;
- 6) Gezondheidsvaardigheden: De mate waarin patiënt gezondheidsinformatie kan vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen;
- 7) Globale indruk: Observaties van bijvoorbeeld uiterlijk, verzorgdheid, vermoeidheid, postuur, motoriek en hygiëne;
- 8) Vitale functies: meting van BMI, bloeddruk en hartfrequentie.

Meer informatie: ga naar de Zorgstandaard Somatische screening.



Verwerking

Door geschoolde professional (1)

- Resultaten verwerken in behandelplan
- Bespreken resultaten met patiënt en in behandeloverleg
- Nieuwe screening plannen en registreren in elektronisch patiënten dossier
- Communicatie met huisarts via standaard verwijsbrief (6)

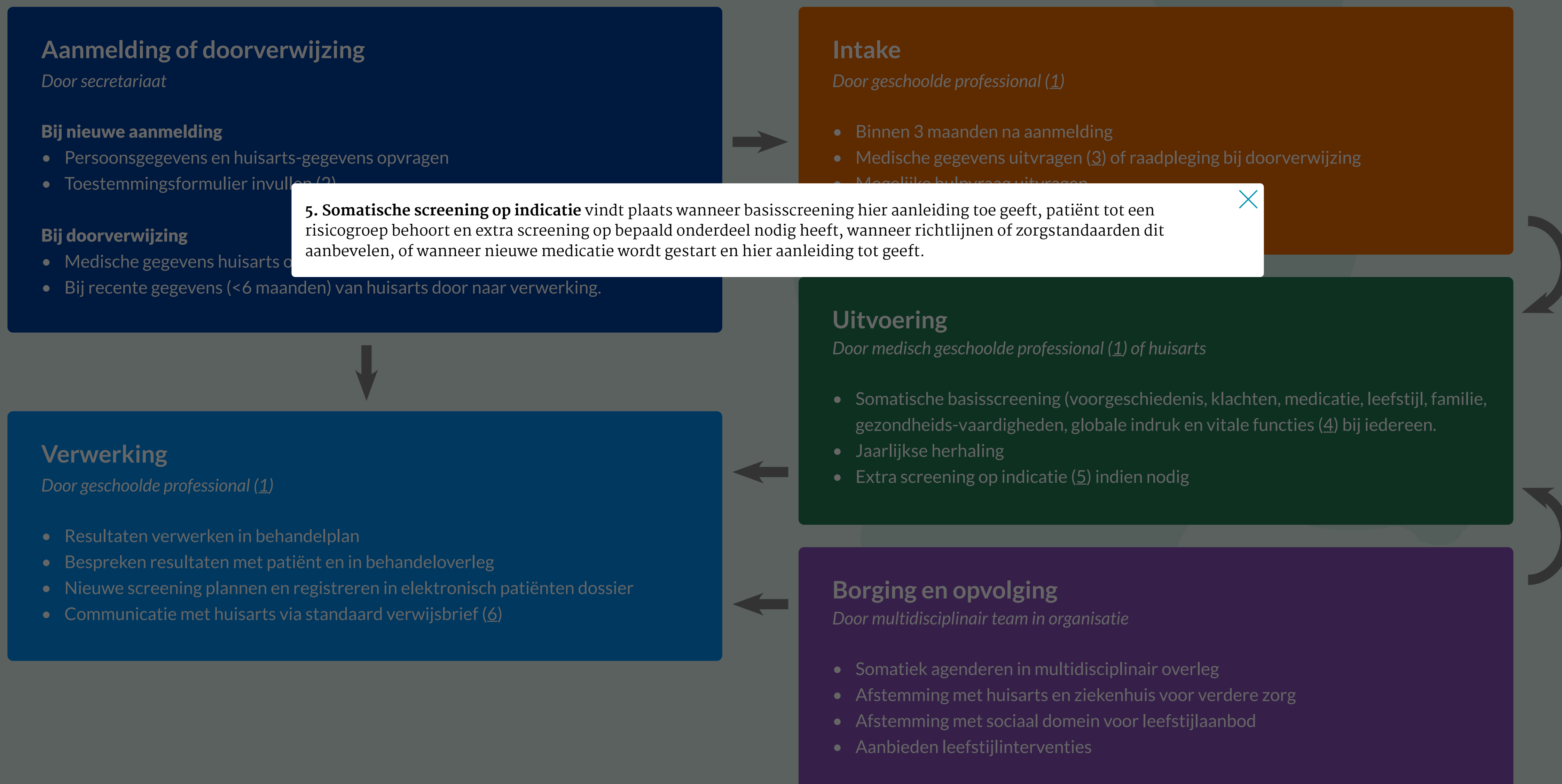
- Jaarlijkse herhaling
- Extra screening op indicatie (5) indien nodig

Borging en opvolging

Door multidisciplinair team in organisatie

- Somatiek agenderen in multidisciplinair overleg
- Afstemming met huisarts en ziekenhuis voor verdere zorg
- Afstemming met sociaal domein voor leefstijlaanbod
- Aanbieden leefstijlinterventies

Roadmap uitvoering en organisatie somatische screening



5. Somatische screening op indicatie vindt plaats wanneer basisscreening hier aanleiding toe geeft, patiënt tot een risicogroep behoort en extra screening op bepaald onderdeel nodig heeft, wanneer richtlijnen of zorgstandaarden dit aanbevelen, of wanneer nieuwe medicatie wordt gestart en hier aanleiding tot geeft.

Roadmap uitvoering en organisatie somatische screening

Aanmelding of doorverwijzing

Door secretariaat

Bij nieuwe aanmelding

- Persoonsgegevens en huisarts-gegevens opvragen
- Toestemmingsformulier invullen (2)

Bij doorverwijzing

- Medische gegevens huisarts opvragen
- Bij recente gegevens (<6 maanden) van huisarts door naar verwerking.

Intake

Door geschoolde professional (1)

- Binnen 3 maanden na aanmelding
- Medische gegevens uitvragen (3) of raadpleging bij doorverwijzing
- Mogelijke hulpvraag uitvragen

6. Standaard verwijsbrief is [hier](#) en via [deze](#) link te vinden.

Uitvoering

Door medisch geschoolde professional (1) of huisarts

- Somatische basisscreening (voorgeschiedenis, klachten, medicatie, leefstijl, familie, gezondheids-vaardigheden, globale indruk en vitale functies (4) bij iedereen.
- Jaarlijkse herhaling
- Extra screening op indicatie (5) indien nodig

Verwerking

Door geschoolde professional (1)

- Resultaten verwerken in behandelplan
- Bespreken resultaten met patiënt en in behandeloverleg
- Nieuwe screening plannen en registreren in elektronisch patiënten dossier
- Communicatie met huisarts via standaard verwijsbrief (6)

Borging en opvolging

Door multidisciplinair team in organisatie

- Somatiek agenderen in multidisciplinair overleg
- Afstemming met huisarts en ziekenhuis voor verdere zorg
- Afstemming met sociaal domein voor leefstijlaanbod
- Aanbieden leefstijlinterventies