

GGZ Standarden

Deze pdf is gepubliceerd op 14-10-2025 om 14:17. Bekijk de meest actuele versie op
<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/somatische-screening>

Auteur: Akwa GGZ Autorisatiedatum: 07-10-2024 Beoordelingsdatum: 07-10-2024

Zorgstandaard
Somatische screening

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	5
1.1 Introductie	5
2. Inleiding	6
2.1 Waarom is somatische screening belangrijk?	6
2.1.1 Wat is de definitie van somatische screening?	7
2.1.2 Wat is het doel van somatische screening?	7
2.1.3 Welke rol speelt zelfmanagement en eigen regie?	8
2.2 Wat is de scope van de zorgstandaard?	9
3. Patiënten- en naastenperspectief	10
3.1 Wat zijn de ervaringen van patiënten en naasten?	10
3.2 Wat vinden patiënten en naasten belangrijk?	10
4. Somatische screening in de ggz	12
4.1 Somatische screening in de ggz: bij wie, wanneer en hoe vaak?	12
4.1.1 Somatische screening: bij wie?	13
4.1.2 Somatische screening: wanneer en hoe vaak?	13
4.2 Somatische basisscreening	14
4.2.1 Waaruit bestaat de somatische basisscreening?	15
4.2.2 Somatische en psychiatrische voorgeschiedenis	16
4.2.3 Actuele somatische klachten	16
4.2.4 Medicatie	16
4.2.5 Familieanamnese	17
4.2.6 Gezondheidsvaardigheden	17
4.2.7 Leefstijl (incl middelengebruik)	18
4.2.8 Globale indruk	18
4.2.9 Vitale functies	18
4.3 Somatische screening op indicatie	19
4.3.1 Waaruit bestaat de screening op indicatie?	19
4.3.2 Tractus anamnese	20
4.3.3 Uitbreider somatisch onderzoek (incl. vitale functies)	20

4.3.4 Laboratoriumonderzoek	20
4.3.5 ECG	21
4.3.6 Cognitieve screening	21
4.3.7 Beeldvormend onderzoek	21
4.4 Hoe kunnen (meet)instrumenten helpen?	21
4.5 Wat doe je met de uitkomsten van de somatische screening?	22
4.6 Welke aandachtspunten gelden bij verschillende patiëntkenmerken?	24
4.6.1 Sekseverschillen en levensfase	24
4.6.2 Lage sociaaleconomische status, lage gezondheidsvaardigheden en zorg mijden	28
4.6.3 Etniciteit en migratieachtergrond	29
4.6.4 (Licht) verstandelijke beperking (LVB)	30
4.6.5 Stoornis in het gebruik van middelen	30
4.6.6 Multimorbiditeit (chronische) somatische aandoeningen en polyfarmacie	31
4.6.7 Ernstige psychische aandoeningen en psychofarmaca	32
4.7 Welke rol speelt somatische screening in de verschillende fasen van het zorgproces?	33
4.7.1 Somatische screening bij start: vroege onderkenning en preventie	34
4.7.2 Somatische screening bij herstel, participatie en re-integratie	35
5. Organisatie van zorg	36
5.1 Hoe ziet het zorgproces eruit?	36
5.1.1 Hoe ziet het zorgproces eruit zonder medisch geschoolde professionals?	36
5.1.2 Hoe ziet het zorgproces eruit met medisch geschoolde professionals?	37
5.2 Welke professionals zijn betrokken?	38
5.2.1 Huisarts	38
5.2.2 (Kinder- en jeugd) psychiater	39
5.2.3 Verpleegkundig specialist GGZ	39
5.2.4 Physician assistant	39
5.2.5 Verpleegkundige	39
5.2.6 Klinische geriater, internist ouderengeneeskunde en specialist ouderengeneeskunde	40
5.2.7 Apotheker	41
5.2.8 Verslavingsarts	41
5.2.9 Medisch specialist	41
5.2.10 Niet-medisch geschoolde professional in de ggz	41

5.3 Wat zijn randvoorwaarden voor een goede samenwerking?	42
5.4 Welke competenties zijn nodig?	44
5.5 Welke onderdelen zijn belangrijk in het kwaliteitsbeleid?	44
5.5.1 Kwaliteit en scholing	45
5.5.2 Kwaliteit en organisatie	45
5.5.3 Kwaliteit en professionals	46
5.6 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	46
5.7 Hoe wordt somatische screening gefinancierd?	47
6. Kwaliteitsindicatoren	48
6.1 Wat zijn kwaliteitsindicatoren?	48
6.1.1 Procesindicatoren	48
6.1.2 Structuurindicatoren	48
6.1.3 Uitkomstindicatoren	49
7. Achtergronddocumenten	50
7.1 Vragenlijst therapietrouw	50
7.2 Somatische screening bij oudere volwassenen	50
7.2.1 Kwetsbaarheid	51
7.2.2 Voedingsstatus	51
7.2.3 Algemeen functioneren	51
7.2.4 Cognitief functioneren	51
7.2.5 Wat te doen bij positieve scores?	52
7.3 Somatische screening bij EPA	52
7.3.1 Aanbevelingen algemene somatische screening	52
7.3.2 Aanbevelingen medicatiemonitoring	53
7.3.3 Aanbevelingen leefstijlanamnese	53
7.3.4 Aanbevelingen frequentie screening en monitoring	55
8. Referentielijst	58

1. Introductie

Autorisatiedatum 07-10-2024 Beoordelingsdatum 07-10-2024

1.1 Introductie

In de ggz wordt in toenemende mate belang gehecht aan somatische screening. Lichamelijke gezondheid kan bijdragen aan het verbeteren van de (algehele) geestelijke gezondheid, het verminderen van symptomen van psychische aandoeningen. Het kan ook de veerkracht vergroten, het welzijn bevorderen en de levensverwachting verhogen.

We krijgen steeds meer inzicht in de invloed van somatische klachten en aandoeningen zoals cardiovasculaire risico's, metabole stoornissen, infecties en hormonale veranderingen op het ontstaan en de voortgang van psychische klachten en aandoeningen. Omgekeerd is bekend dat psychische klachten aanleiding kunnen geven tot een verslechtering van de lichamelijke gezondheid. Het is duidelijk dat soma en psyche niet los van elkaar kunnen worden gezien. Dit vraagt om een integrale aanpak in de behandeling van mensen met psychische aandoeningen, waarin beide aspecten worden meegenomen. Het uitvoeren van een effectieve somatische screening wordt zowel preventief als curatief ingezet in de ggz, naast medicamenteuze en psychologische interventies.

Desondanks ervaren zorgverleners vaak uitdagingen bij het implementeren van somatische screening in hun dagelijkse praktijk. Daarom biedt deze Zorgstandaard Somatische screening praktische handvatten voor het adequaat in kaart brengen van de lichamelijke gezondheid in verschillende [zorgfasen](#) en geeft het een overzicht van welke [zorgverleners hierbij betrokken](#) zijn.

De zorgstandaard is vastgesteld in 2024.

- Hier staan de [8 kernaanbevelingen](#) van de standaard beschreven.
- Lees hier de [samenvatting van de standaard](#)
- Aan de zorgstandaard ligt de [algemene visie op zorg](#) ten grondslag.
- De zorgstandaard is samengesteld door een werkgroep van professionals, patiënten en hun naasten. In het [document Totstandkoming en methoden](#) is informatie te vinden over de makers van de standaard, hoe deze tot stand is gekomen en op welke inhoudelijke gronden.

De zorgstandaard gebruiken

- Op het tabblad hulpmiddelen vind je twee werkkaarten:
 - De werkkaart over het [proces van somatische screening](#).
 - De werkkaart over de [somatische basisscreening en screening op indicatie](#).
- Op [Thuisarts.nl](#) vind je de patiëntenversie van deze standaard.

2. Inleiding

Autorisatiedatum 07-10-2024 Beoordelingsdatum 07-10-2024

2.1 Waarom is somatische screening belangrijk?

Psychische aandoening verhoogt risico op een somatische aandoening

Mensen met een psychische aandoening hebben vergeleken met leeftijdsgenoten in de algemene bevolking een verhoogd risico om een of meer somatische aandoeningen te ontwikkelen¹. Dat heeft verschillende oorzaken, onder andere:

1. Sommige aandoeningen zijn met elkaar geassocieerd, zoals depressie en hart- en vaatziekten.
2. Bijwerkingen als gevolg van medicatie (psychofarmaca) kunnen zorgen voor somatische aandoeningen. Deze kunnen bijvoorbeeld gepaard gaan met veranderingen in eetlust, gevoel van verzadiging en/of gewicht die kunnen resulteren in obesitas².
3. De aanwezigheid van een psychische aandoening kan ervoor zorgen dat de patiënt somatische symptomen niet goed herkent of geen adequate hulp zoekt. Zorgprofessionals op hun beurt herkennen somatische symptomen vaak niet of laat, maar schrijven ze toe aan psychische klachten.
4. Een ongezonde leefstijl kan het risico op verschillende aandoeningen verhogen. Middelengebruik (o.a. roken, alcoholgebruik), weinig bewegen, problemen met slapen en een ongezondere voedingsinname en voedingspatronen. Deze factoren kunnen het risico op bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, diabetes mellitus, longaandoeningen en schildklier- of nieraandoeningen verhogen (zie [Zorgstandaard Leefstijl](#)).

Somatische problematiek kan een negatief effect hebben op psychische aandoening

Naast het feit dat een psychische aandoening het risico op een somatische aandoening verhoogt, kan somatische problematiek een negatief effect hebben op bestaande psychische aandoeningen. Somatische klachten, eventueel gekoppeld aan een ongezonde leefstijl, kunnen de oorzaak zijn van psychische klachten of deze klachten in stand houden of verergeren.

Mensen met een psychische aandoening hebben een lagere leeftijdsverwachting

Dit betekent concreet dat de levensverwachting van mensen met psychische aandoeningen aanzienlijk lager is dan die van leeftijdsgenoten zonder psychische aandoeningen. Mensen met een psychische aandoening hebben een 1,4 tot 2 maal hogere kans op cardiometabole ziekten dan mensen zonder psychische aandoening, ongeacht de diagnoseclassificatie³. In 2015 was de levensverwachting gemiddeld voor alle diagnoses in de ggz 8,3 jaar lager dan die van de algemene bevolking⁴.

Onderzoeken die representatief zijn voor Europa laten zien dat de levensverwachting van patiënten met een ernstige psychische aandoening naar schatting 11 tot 15 jaar lager is dan die van de algemene bevolking^{5 6 7 8}

Somatische screening zorgt voor tijdige herkenning, preventie, monitoring en behandeling

Het samengaan van psychische en somatische klachten is eerder regel dan uitzondering. Professionals

dienen hier structureel aandacht aan te besteden. Somatische screening is een onmisbaar hulpmiddel om de integrale blik op psyche en somatiek binnen de ggz al bij aanmelding van een patiënt op het netvlies te hebben. Met somatische screening wordt er bewustzijn gecreëerd van gezondheidsrisico's, waar een patiënt waar mogelijk zelf, eventueel met diens naasten, actief aan kan werken.

Het is van belang dat professionals bewust zijn van eventuele vooroordelen en blinde vlekken rondom somatiek. Stigma rond bijvoorbeeld overgewicht bij zorgprofessionals kan resulteren in slechtere somatische zorg, waarbij klachten aan het overgewicht worden toegeschreven zonder andere oorzaken te onderzoeken. Dit vermindert de toegang tot zorg en verhoogt het risico op gezondheidsproblemen. Zie [Zorgstandaard Destigmatisering](#).

Somatische screening zorgt voor tijdige herkenning, preventie, monitoring en behandeling van somatische klachten en aandoeningen en kan verergering voorkomen. Dit heeft een positief effect op de behandeling van de psychische aandoening, de levensverwachting, algehele gezondheidstoestand en de kwaliteit van leven. Daarnaast kan somatische screening mogelijk inzicht geven in de oorzaken van de psychische klachten en in gezondheidsvaardigheden * van de patiënt. Begrip van de mogelijke complexiteit van de onderlinge verbanden tussen psychische, somatische en sociale aspecten maakt het mogelijk om te werken met een geïntegreerd behandelplan.

* Toelichtingen

gezondheidsvaardigheden : Met gezondheidsvaardigheden bedoelen we het vinden, begrijpen, beoordelen en het toepassen van gezondheidsinformatie.

2.1.1 Wat is de definitie van somatische screening?

Somatische screening voor mensen met psychische aandoeningen is een systematische beoordeling. Hiermee wordt een algemeen beeld van de somatische gezondheid en risicofactoren op lichamelijke gezondheidsproblemen van een patiënt in kaart gebracht. Voer bij alle patiënten in de ggz minimaal 1 somatische basisscreening uit tijdens de diagnostiek. De frequentie van herhaling hangt af van een aantal factoren, maar is minimaal jaarlijks ([zie Somatische screening: wanneer en hoe vaak?](#)). Wanneer nodig wordt screening op indicatie toegevoegd.

Soms wordt er onderscheid gemaakt tussen somatische screening en somatisch onderzoek. In deze zorgstandaard is ervoor gekozen om dit niet te doen en de term somatische screening te gebruiken voor alle activiteiten die te maken hebben met het op gestructureerde wijze in kaart brengen van de somatische gezondheid van een patiënt.

Onder lichamelijke gezondheidsproblemen worden niet alleen somatische klachten en aandoeningen verstaan, maar ook tijdelijke of blijvende cognitieve klachten. Daarnaast worden gezondheidsvaardigheden en leefstijl in kaart gebracht (zie [Zorgstandaard Leefstijl](#)). Er wordt beoordeeld hoe somatische klachten het psychisch functioneren, het algemeen functioneren en de kwaliteit van leven beïnvloeden.

2.1.2 Wat is het doel van somatische screening?

In brede zin bevordert somatische screening de integrale kijk op mensen met psychische klachten en helpt deze de behandelaar samen met de patiënt een integraal behandelplan op te stellen. Somatische screening geeft een algemeen beeld van de lichamelijke gezondheid van de patiënt. Deze informatie kan gebruikt worden bij het:

1. beoordelen of er somatische klachten en aandoeningen zijn die een relatie hebben met de psychische aandoening;
2. beoordelen of de somatische klachten en/of aandoeningen van invloed zijn op de behandeling van de psychische aandoening;
3. tijdig opsporen van somatische aandoeningen om somatische behandeling op tijd te kunnen starten. Hiermee wordt voorkomen dat mensen niet of laat medische zorg zoeken;
4. identificeren van risicofactoren voor lichamelijke gezondheid, zoals roken, afhankelijkheid van middelen, ongezondere voeding, gebrek aan lichaamsbeweging of zelfzorg (denk aan mondzorg) (zie [Zorgstandaard Leefstijl](#));
5. inzetten en evalueren van passende interventies als onderdeel van het integraal behandelplan, of doorverwijzen als de onderzoeksresultaten daar aanleiding toe geven.

De informatie uit de somatische screening en de screening zelf kan niet alleen worden ingezet voor verschillende acties, maar dient ook een aantal andere doelen:

1. Het vergroten van het bewustzijn bij professionals dat aandacht voor somatische klachten en aandoeningen een belangrijk onderdeel van de behandeling is en, indien relevant, integraal onderdeel van het behandelplan moet zijn.
2. Het uitvoeren van een somatische screening en het bespreken van de resultaten kan het bewustzijn vergroten bij de patiënt en diens naasten en resulteren in actieve gedragsverandering op het vlak van somatiek en leefstijl. Dit kan een belangrijke factor zijn om te komen tot gezondheidsverbetering.
3. Monitoring van chronische somatische problematiek die gerelateerd is aan psychische aandoeningen of aan (medicamenteuze) behandelingen daarvoor.
4. Periodieke beoordeling en evaluatie van somatische bijwerkingen als gevolg van medicatie, in het bijzonder psychofarmaca, en het beoordelen of interventies nodig zijn. Dit kan onder andere door middel van spiegelbepaling en het uitvragen van bijwerkingen. Dit is ook onderdeel van de medicatiereview.*

* Toelichtingen

medicatiereview.: Wanneer mensen meer dan 5 geneesmiddelen gebruiken vindt er een medicatie review plaats door de apotheek. Het kan per verzekering verschillen of iemand hiervoor in aanmerking komt.

2.1.3 Welke rol speelt zelfmanagement en eigen regie?

Het is voor mensen met psychische klachten niet altijd makkelijk om zelf de regie te nemen over hun gezondheid. Door een somatische screening af te nemen, beoogt de professional met de patiënt en eventueel diens naasten in gesprek te gaan over zijn of haar lichamelijke gezondheid. Wanneer patiënten minder gemotiveerd zijn, kunnen motiverende gespreksvaardigheden worden ingezet. Het gaat om

herstel van evenwicht en het zoeken naar de waarde van een gezonder leven. De professional dient daarbij altijd rekening te houden met de 3 voorwaarden voor zelfmanagement:

1. De patiënt is gemotiveerd en ziet het belang in van zelfmanagement.
2. De patiënt is ertoe in staat.
3. De randvoorwaarden voor de juiste ondersteuning zijn aanwezig ⁹.

Een geschikt instrument om de mate van zelfmanagement te meten is de Patiënt Activation Measure (PAM-13) ¹⁰. De PAM beoordeelt de zelf gerapporteerde kennis, vaardigheden en het vertrouwen van de patiënt voor zelfmanagement van zijn/haar gezondheid of chronische aandoening.

Zie [Zorgstandaard Zelfmanagement](#) voor uitgebreide informatie en praktische handvatten rondom zelfmanagement.

2.2 Wat is de scope van de zorgstandaard?

De Zorgstandaard Somatische screening is van toepassing op patiënten met psychische klachten van alle leeftijden (kinderen, volwassenen en ouderen) die behandeld worden in de ggz (zowel ambulant als klinische setting). Huisartsenzorg is geen onderdeel van deze zorgstandaard. De huisarts heeft eigen richtlijnen, maar speelt wel een belangrijke rol bij een integrale aanpak. De samenwerking met huisarts, POH-somatiek en POH-GGZ spelen dan ook een belangrijke rol in deze zorgstandaard. Daarnaast is er ook aandacht voor de samenwerking met de apothekers.

In deze zorgstandaard worden de volgende thema's en knelpunten besproken:

1. definitie van somatische screening;
2. doel van somatische screening;
3. aandachtspunten bij verschillende patiëntkenmerken;
4. frequentie van somatische screening;
5. het toepassen van de uitkomsten van somatische screening;
6. het interpreteren van de uitkomsten van somatische screening.
7. welke zorgprofessionals zijn betrokken en hoe werk je samen.

3. Patiënten- en naastenperspectief

Autorisatiedatum 07-10-2024 Beoordelingsdatum 07-10-2024

3.1 Wat zijn de ervaringen van patiënten en naasten?

In het hoofdstuk Patiëntenperspectief gaat het om het patiënten- en naastenperspectief. Dat zijn de ervaringen en inzichten die patiënten en naasten hebben met betrekking tot somatische screening.

Patiëntenorganisatie Mind heeft in een denktank vooraf gespreksthema's geïnterviewd. Met een aantal patiënten en naasten is een interview gehouden met deze thema's als kapstok. Voor de accenten die uit de interviews naar voren kwamen zie [Wat vinden patiënten en naasten belangrijk?](#) en [Somatische screening bij herstel, participatie, re-integratie](#).

Een duidelijke ervaring van patiënten en hun naasten is dat een combinatie van klachten op het gebied van lichaam en psyche veel voorkomt. Lichaam en geest werken vaker op elkaar in dan wordt gedacht. Het valt op dat somatische aspecten binnen de ggz nog onvoldoende aandacht krijgen. Ook is bekend dat oorzaak en gevolg divers kunnen zijn. Het werken met een beslisboom werkt dan ook niet in alle situaties. Professionals dienen daarom alert te zijn op alle mogelijke somatische factoren die van invloed kunnen zijn op het psychisch welbevinden.

3.2 Wat vinden patiënten en naasten belangrijk?

Hieronder volgen de belangrijkste aspecten vanuit patiëntenperspectief:

- Het is belangrijk om in de eerste fase van de zorgcyclus, de diagnostiek, een somatische screening uit te voeren om somatische risicofactoren te identificeren. Dit kan helpen om psychische klachten die door somatische aandoeningen worden veroorzaakt te identificeren en te behandelen. De diepgang van de screening is maatwerk en moet zo licht mogelijk zijn, maar zo zwaar als noodzakelijk (stepped care). Patiënten mogen van hun huisarts een integrale werkwijze verwachten. Echter kunnen patiënten soms het gevoel hebben dat een onderscheid wordt gemaakt tussen somatische en psychische aspecten waarbij de samenhang onvoldoende wordt opgemerkt.
- De somatische screening dient met een bepaalde frequentie, bij voorkeur 1 keer per jaar, te worden herhaald. Dit betreft een minimale frequentie die overigens per aandoening of medicatie kan verschillen.
- In de evaluatiegesprekken vinden patiënten en naasten aandacht voor de somatische gezondheidssituatie van belang. Mede vanwege de eigen regie die ze daarin willen uitoefenen.
- Daar waar de behandeling gepaard kan gaan met somatische risico's, zoals het gebruik van psychofarmaca, dienen de professionals, zoals psychiaters en verpleegkundigen, de patiënt en diens naasten te informeren over de mogelijke gevolgen, bijwerkingen en risico's op somatisch gebied. Ook dienen alternatieven* voor de gebruikte geneesmiddelen te worden besproken. Hierdoor kan de patiënt een verantwoorde keuze te maken. Risico's blijven ook bij een langdurige behandeling van belang. Zie ook de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).
- Het is belangrijk dat professionals, zoals psychiaters en verpleegkundigen, toegang hebben tot een netwerk waardoor ze eenvoudiger kunnen afstemmen met medisch specialisten.

- Patiënten en naasten mogen van professionals, zoals psychiaters en verpleegkundigen, verwachten dat zij hun medische kennis op het gebied van somatische screening op peil houden.
- Somatische screening bevordert de preventie, tijdige herkenning en behandeling van somatische klachten en aandoeningen. Het is ook belangrijk dat bij de somatische screening aandacht wordt besteed aan het onderwerp leefstijl en de invloed die de patiënt daar zelf op heeft (zie [Zorgstandaard Leefstijl](#)).
- Eigen regie en ervaringsdeskundigheid spelen een rol bij somatische screening, vooral wanneer begrippen als compliance en medicatietrouw worden gebruikt. In het kader van samen beslissen is het belangrijk dat het taalgebruik aansluit bij het perspectief en de beleving van de patiënt. Om eigen regie te bevorderen is het van belang dat de professionals het vermogen versterken van de patiënt om om te gaan met de uitdagingen en daarvoor verantwoordelijkheid te nemen (zie [Zorgstandaard Zelfmanagement](#)).
- Het is van belang om ervaringsdeskundigheid te verankeren binnen het professionele kader (zie [Zorgstandaard Ervaringsdeskundigheid](#)).

* Toelichtingen

alternatieven: Alternatieven voor de (gebruikte) geneesmiddelen, dat wil zeggen dat er een ander werkzaam geneesmiddel voor de aandoening is, aanpassingen in het aantal voorgeschreven geneesmiddelen of de wijze van toediening (depot, oraal), maar ook dat de dosering kan worden aangepast. Denk ook aan niet-medicamenteuze alternatieven (denk aan white noise, verzwaringsdeken en psychotherapeutische opties). Bij langdurig gebruik dient de medicatie en bovengenoemde aspecten standaard geëvalueerd te worden.

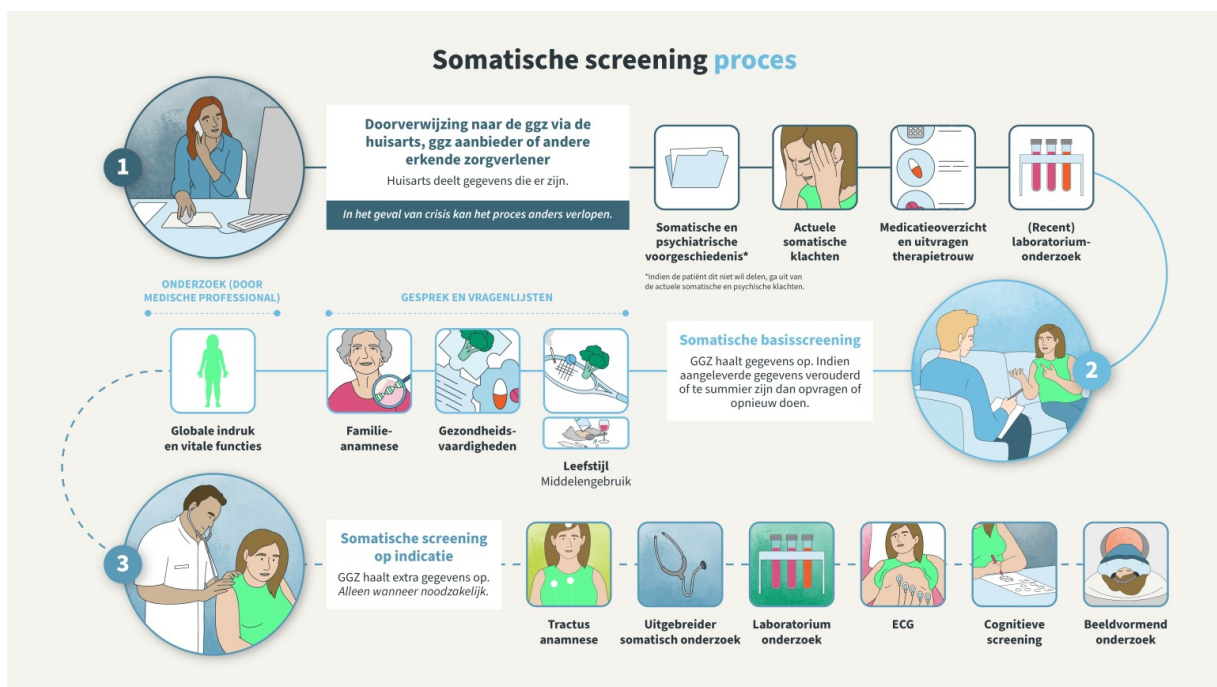
4. Somatische screening in de ggz

Autorisatiedatum 07-10-2024 Beoordelingsdatum 07-10-2024

4.1 Somatische screening in de ggz: bij wie, wanneer en hoe vaak?

Binnen de zorgstandaard worden 2 niveaus van somatische screening aangehouden:

1. [basisscreening](#)
2. [screening op indicatie](#)



De afbeelding is ook te downloaden als [werkkaart](#).

In het [hoofdstuk Organisatie van zorg](#) komen adviezen over de inzet van diverse professionals en hoe de organisatie van de zorg kan worden vormgegeven uitgebreider aan bod. Daarin is expliciet aandacht voor de verbinding met de huisarts. Ook is verder uitgewerkt wat onder medisch en niet-medisch geschoolde professionals* valt. Indien er allen niet-medische professionals werkzaam zijn, wordt de huisarts betrokken vooral bij de screening op indicatie.

* Toelichtingen

medisch en niet-medisch geschoolde professionals: De volgende indeling wordt aangehouden: - Medisch geschoold en kunnen ook interpreteren: medisch specialisten (incl. psychiater en verslavingsarts), verpleegkundig specialist en physician assistant. - Medisch geschoold, maar niet interpreteren van vitale functies en screening op indicatie: verpleegkundigen. - Niet medisch geschoold, niet interpreteren van vitale functies en screening op indicatie: overige zoals psychologen, klinisch psychologen, GZ-psychologen, POH-GGZ (tenzij verpleegkundige achtergrond).

4.1.1 Somatische screening: bij wie?

De somatische basisscreening is een screening die belangrijk is voor iedereen die in de ggz wordt behandeld en is voor iedere patiënt hetzelfde.

De somatische screening op indicatie omvat onderdelen die alleen worden ingezet als dat nodig is. Er kunnen verschillende redenen zijn om de somatische screening uit te breiden met een screening op indicatie:

1. Als de resultaten van de basisscreening aanleiding geven om somatische of psychische bevindingen verder te onderzoeken.
2. Bij een aantal patiëntspecifieke kenmerken zoals, zwangerschap of zwangerschapswens, kwetsbare ouderen, EPA en een dubbele diagnose (zie [Welke aandachtspunten gelden bij verschillende patiëntkenmerken](#)).
3. Wanneer in aandoeningspecifieke richtlijnen en zorgstandaarden aanbevelingen staan beschreven.
4. Het voorschrijven en starten van nieuwe medicatie kan aanleiding zijn voor verder onderzoek.

4.1.2 Somatische screening: wanneer en hoe vaak?

Voer bij alle patiënten in de ggz minimaal 1 somatische basisscreening uit tijdens de diagnostiek. De frequentie van herhaling hangt af van een aantal factoren, maar is minimaal jaarlijks. Wanneer nodig wordt screening op indicatie toegevoegd.

De somatische basisscreening vindt plaats tijdens het diagnostiekproces. Tijdens de psychische behandeling wordt (een deel van) de somatische screening herhaald om de patiënt te monitoren en de behandeling te optimaliseren. Somatische klachten en aandoeningen kunnen een belangrijke oorzaak zijn voor een terugval in de psychische stoornis. Herhaling van somatische screening is belangrijk om het risico van terugval te beperken. Daarnaast kunnen als gevolg van een ingezette behandeling (nieuwe) somatische problemen ontstaan. Ook om deze tijdig te herkennen, is herhaling van somatische screening van belang.

Vraag bij aanvang van de behandeling aan de patiënt om de ggz- behandelaar ook in te lichten gedurende het zorgtraject als er veranderingen zijn in somatische behandeling door andere specialisten.

Frequentie afhankelijk van aantal factoren

De frequentie van de somatische screening hangt af van enkele factoren zoals de fase van de behandeling of de gestelde diagnose. Andere factoren zijn:

1. Een aantal zorgstandaarden en/of richtlijnen adviseren een frequentie van minimaal 1 x per jaar of vaker, zoals de [Zorgstandaard Psychose](#) en de [Zorgstandaard Bipolaire stoornissen](#).
2. Bij medicatiegebruik of aanpassingen daarin is het van belang om goed op bijwerkingen te letten. Vooral in de beginperiode kan er extra monitoring nodig zijn. Overleg met een apotheker bij vragen over bijwerkingen, interacties, spiegels en/of farmacogenetica is aanbevolen (zie [Zorgstandaard Bijwerkingen](#)).
3. Eerder uit de screening gevonden aandachtspunten blijven aandacht krijgen en worden opgevolgd en gemonitord.
4. Bij een bijkomende chronische of acute somatische aandoening en/of een complicatie is extra screening geïndiceerd. Dit zal worden afgestemd met de huisarts of medisch specialist. Ook om dubbel werk te voorkomen, bijvoorbeeld bij screening van CVRM.

Scope van somatische screening kan veranderen

Bij (langdurige) begeleiding kan de scope van de somatische screening veranderen. Er is dan meer aandacht voor het vroeg signaleren van klachten en risicofactoren. Somatische screening kan bij deze groep periodiek worden uitgevoerd, bij voorkeur in een vooraf afgesproken interval.

Andere focuspunten kunnen zijn: bevordering van kwaliteit van leven, participatie in de maatschappij en gezondheidsvaardigheden. Het behandeldoel kan ook gericht zijn op harm reduction of palliatieve zorg. Voor meer informatie over palliatieve zorg zie [Palliaweb](#).

4.2 Somatische basisscreening

De basisscreening is zo opgezet dat deze door regiebehandelaren in de ggz uitgevoerd kan worden (exclusief vitale functies). Wanneer er medisch geschoolde professionals *werkzaam zijn in de organisatie voeren zij de somatische screening uit. Wanneer er geen medisch geschoolde professionals in een ggz organisatie werken, is extra aandacht voor samenwerking met de huisarts belangrijk. Bij screening op indicatie is in het algemeen wél medisch geschoold personeel betrokken (zie [Somatische screening op indicatie](#)). Het inzetten van screening op indicatie zal in de ambulante setting vaker in overleg met de huisarts gebeuren dan in de klinische setting.

In het [hoofdstuk Organisatie van zorg](#) komen adviezen over de inzet van diverse professionals en hoe de organisatie van de zorg kan worden vormgegeven uitgebreider aan bod. Daarin is expliciet aandacht voor de verbinding met de huisarts.

*** Toelichtingen**

medisch geschoolde professionals : De volgende indeling wordt aangehouden: - Medisch geschoold en kunnen ook interpreteren: medisch specialisten (incl. psychiater en verslavingsarts), verpleegkundig specialist en physician assistant. - Medisch geschoold, maar niet interpreteren van vitale functies en screening op indicatie: verpleegkundigen. - Niet medisch geschoold, niet interpreteren van vitale functies en screening op indicatie: overige zoals psychologen, klinisch psychologen, GZ-psychologen, POH-GGZ (tenzij verpleegkundige achtergrond).

4.2.1 Waaruit bestaat de somatische basisscreening?

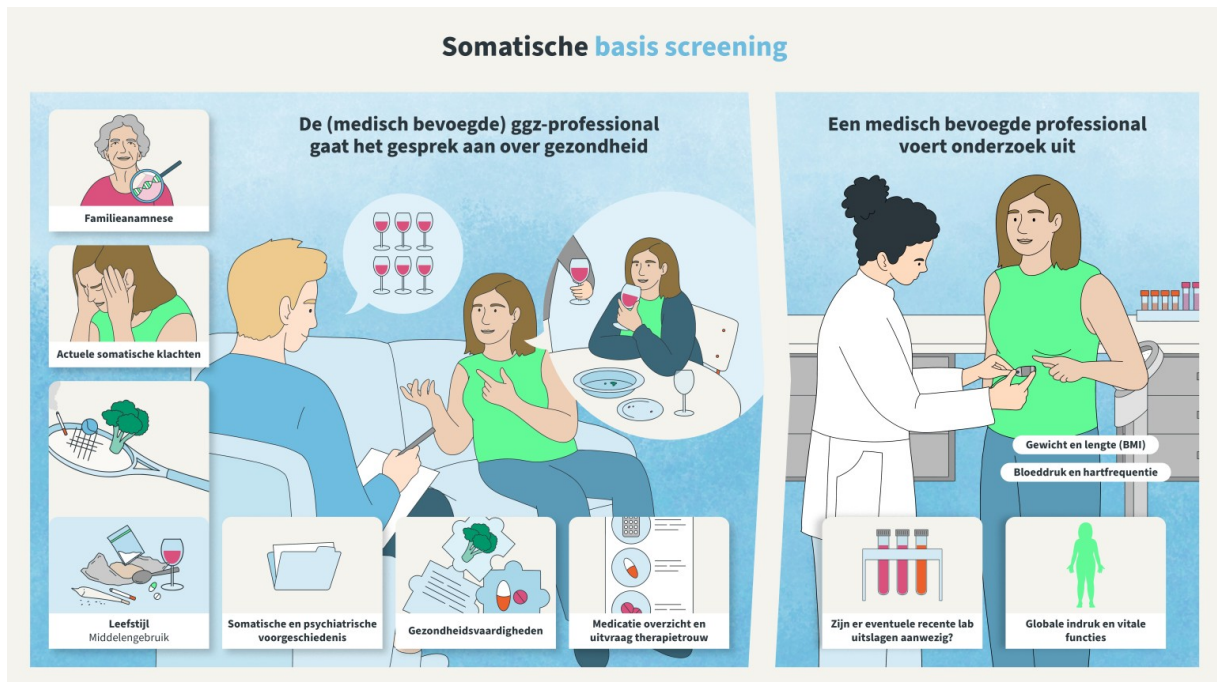
Bij verwijzing naar de ggz is het gewenst dat de huisarts de volgende zaken meestuurt:

1. relevante somatische en psychische voorgeschiedenis;
2. actuele somatische klachten;
3. actueel medicatie overzicht;
4. recent laboratoriumonderzoek.

Dit is het startpunt. Hiermee zijn meteen een aantal gegevens beschikbaar om een start te maken met de somatische basisscreening (zie [Zorgstandaard Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz \(LGA\)](#)).

Een somatische basisscreening bestaat uit de volgende onderdelen:

1. somatische en psychiatrische voorgeschiedenis
2. actuele somatische klachten
3. medicatie en therapietrouw
4. leefstijl
 1. voeding
 2. lichamelijke activiteit
 3. middelengebruik
6. familieanamnese
7. gezondheidsvaardigheden
8. globale indruk
9. vitale functies



De afbeelding is ook te downloaden als [werkkaart](#).

4.2.2 Somatische en psychiatrische voorgeschiedenis

Het is van belang om de somatische en psychiatrische voorgeschiedenis goed uit te vragen. Enerzijds om een integraal beeld te krijgen van de gezondheidstatus en eventuele gezondheidsrisico's bij de patiënt. Anderzijds om eventuele somatische comorbiditeit mee te nemen in de afweging bij de diagnostiek en behandeling van de psychische klachten, zoals bij de keuze en het instellen van medicatie (zie [Zorgstandaard Comorbiditeit](#)).

De voorgeschiedenis wordt verstrekt door de huisarts of de verwijzer. Deze wordt vervolgens met de patiënt en eventueel diens naasten doorgenomen en kan dan worden aangevuld. Er kan aanleiding zijn om contact op te nemen met eerdere behandelaars om een volledig beeld te krijgen.

4.2.3 Actuele somatische klachten

Om een adequate inschatting te maken van de actuele gezondheidstoestand wordt een uitvraag gedaan van de somatische klachten die op dat moment aan de orde zijn. Denk daarbij ook om navraag te doen naar allergieën. Deze klachten kunnen worden gespecificeerd door te vragen naar aspecten zoals lokalisatie, aard, ernst, duur, beloop en beïnvloedende factoren. Daarnaast is het van belang te informeren of deze klachten al eerder zijn onderzocht of behandeld door een arts.

Het is van belang om de somatische klachten af te zetten tegen de aanwezige psychische klachten.

Indien uit de informatie blijkt dat de actuele somatische klachten niet in beeld zijn bij de behandelend arts of huisarts, maar wel aandacht behoeven, dient de patiënt hiervoor verwezen te worden naar de behandelend arts of huisarts. Eventueel kan er overleg plaatsvinden om de somatische klachten te duiden of om de patiënt te ondersteunen in de hulpvraag aan de arts.

4.2.4 Medicatie

Medicatie kan invloed hebben op psychische en somatische aandoeningen. Het overzicht dat bij aanmelding door de huisarts is meegestuurd, kan bij twijfel door de patiënt zelf worden opgevraagd bij de apotheek. Ook kan dit, met toestemming van de patiënt, bij de apotheek worden opgevraagd door de professional.

Doorgaans zijn de medicatieoverzichten van de apotheek het meest compleet, omdat de uitgifte van receptplichtige geneesmiddelen van zowel de huisarts als andere voorschrijvers in de ggz of het ziekenhuis in de apotheek wordt vastgelegd. Daarnaast voert de apotheker regelmatig medicatieverificatie uit waarin het actuele medicatiegebruik, het gebruik van zelfzorgmiddelen, eventuele bijwerkingen, allergieën en contra-indicaties worden besproken. Op die manier wordt het medicatiedossier van de patiënt steeds geactualiseerd. Voor de overdracht van medicatiegegevens zie richtlijn [“Overdracht van medicatiegegevens in de keten”](#) ¹¹

Het is essentieel om het medicatieoverzicht te verifiëren met de patiënt. Hierbij worden de volgende zaken systematisch besproken en vastgelegd: het actuele medicatiegebruik (inclusief anticonceptie) en therapietrouw, het gebruik van zelfzorgmiddelen, kruidenpreparaten en supplementen, allergieën, contra-indicaties en bijwerkingen (zie [Zorgstandaard Bijwerkingen](#)). Bij het voorschrijven van medicatie is er aandacht voor eventuele wisselwerkingen tussen de nieuwe geneesmiddelen en de medicatie die de patiënt al gebruikt.

Therapietrouw

30 tot 40% van de Nederlanders die medicatie gebruikt, gebruikt deze niet volgens voorschrift (therapieontrouw) ¹². Bij de intake en diagnostiek is het van belang om te achterhalen welke medicatie de patiënt daadwerkelijk gebruikt ¹³. Een aantal vragen kunnen hierbij helpen zie [Vragenlijst therapietrouw](#).

4.2.5 Familieanamnese

De familieanamnese verwijst naar het inventariseren van informatie over specifieke aandoeningen van directe, eerste kring familieleden van de patiënt. Er wordt in ieder geval gevraagd naar aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, diabetes, hoge bloeddruk, kanker, psychische aandoeningen, neurologische aandoeningen of genetische aandoeningen die in de familie voorkomen.

Door de familieanamnese te verzamelen, krijgt de zorgprofessional inzicht in mogelijke (genetische) risicofactoren die van invloed kunnen zijn op de psychische en lichamelijke gezondheid van de patiënt.

Als uit de informatie blijkt dat positieve bevindingen in de familieanamnese niet bekend zijn bij de behandelend arts of huisarts, dient deze hierover geïnformeerd te worden (met toestemming van de patiënt). Eventueel kan er overleg plaatsvinden om deze informatie te duiden of om de patiënt te ondersteunen in de hulpvraag aan de arts.

4.2.6 Gezondheidsvaardigheden

Met gezondheidsvaardigheden bedoelen we het vinden, begrijpen, beoordelen en het toepassen van gezondheidsinformatie ¹⁴. Het is bekend dat stress van invloed kan zijn op het inzetten van gezondheidsvaardigheden ^{15 16}. Beperkte gezondheidsvaardigheden kunnen het vermogen van een patiënt beperken om gezondheidsproblemen te voorkomen, te begrijpen en effectief te beheren. Dit kan

een negatief effect hebben op de gezondheid.

Gezondheidsvaardigheden kunnen worden uitgevraagd door middel van vragenlijsten zoals de Health Literacy Questionnaire (HLQ) of de Utrechtse Somatische Screening (USS). De checklist van Pharos kan ook ondersteuning bieden in het herkennen van laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden ¹⁷.

4.2.7 Leefstijl (incl middelengebruik)

Parallel aan deze zorgstandaard is de afzonderlijke [Zorgstandaard Leefstijl](#) ontwikkeld. Om die reden heeft de Zorgstandaard Somatische screening geen uitgebreide beschrijving van leefstijlaspecten. Toch is het goed te realiseren dat psychische aandoeningen vaak gepaard gaan met een relatief ongezondere leefstijl, met de daaruit voortvloeiende somatische klachten. Deze 2 zorgstandaarden zijn dan ook complementair aan elkaar.

Bij de uitvraag naar leefstijl tijdens de somatische screening worden vragen gesteld om inzicht te krijgen in het gedrag en de gewoonten van een individu die van invloed kunnen zijn op de lichamelijke gezondheid. De uitvraag omvat verschillende aspecten van iemands leefstijl die relevant zijn voor de gezondheid, zoals voeding, lichamelijke activiteit, middelengebruik (onder andere rook- en alcoholgebruik) en slaappatronen.

Middelengebruik

Onderdeel van de leefstijl is het middelengebruik. In de ggz-populatie komt het gebruik van middelen veel voor, maar wordt het vaak over het hoofd gezien. Er heerst ook nog een zeker taboe op het bespreken van middelen in de spreekkamer. Omdat het gebruik van middelen verband houdt met verschillende somatische risico's en psychische klachten, is het uitvragen hiervan bij een somatische screening aangewezen. Denk hierbij aan middelen zoals nicotine, alcohol, cannabis, cocaïne, GHB, amfetaminen, designer drugs en benzodiazepines. Van belang hierbij is dat er een open en niet-veroordelend gesprek ontstaat over het gebruik van middelen en de eventuele risico's hiervan. Vragenlijsten die hierbij kunnen helpen zijn onder andere.: AUDIT-C, CAGE, ASSIST(-lite) en CRAFFT.

4.2.8 Globale indruk

De algemene indruk van de somatische gezondheid wordt bepaald aan de hand van factoren zoals uiterlijk, verzorgdheid, vermoeidheid, lichaamsgewicht/postuur, motoriek en (mond)hygiëne.

4.2.9 Vitale functies

Onder vitale functies vallen in de basisscreening:

1. gewicht en lengte om de Body Mass Index (BMI) te berekenen
2. bloeddruk
3. hartfrequentie

Als er in de behandelsetting geen medisch geschoolde professionals werkzaam zijn, is het niet nodig om de vitale functies te meten. Wanneer de algemene indruk aanleiding geeft tot zorgen over de gezondheid en deze niet bekend zijn bij de behandeld arts of huisarts, is het advies aan de patiënt om zich te melden bij de huisarts. Eventueel kan er overleg plaatsvinden om de klachten te duiden of om de patiënt te

ondersteunen bij het bespreken van zijn hulpvraag met de arts. Wanneer er wel medisch geschoolde professionals werkzaam zijn, geldt dat zij bij voorkeur de somatische screening zelf uitvoeren en bovengenoemde vitale functies meten.

4.3 Somatische screening op indicatie

De screening op indicatie wordt uitgevoerd door een medisch geschoolde professional. Er zijn verschillende redenen om een somatische basisscreening uit te breiden met (een deel van) de somatische screening op indicatie:

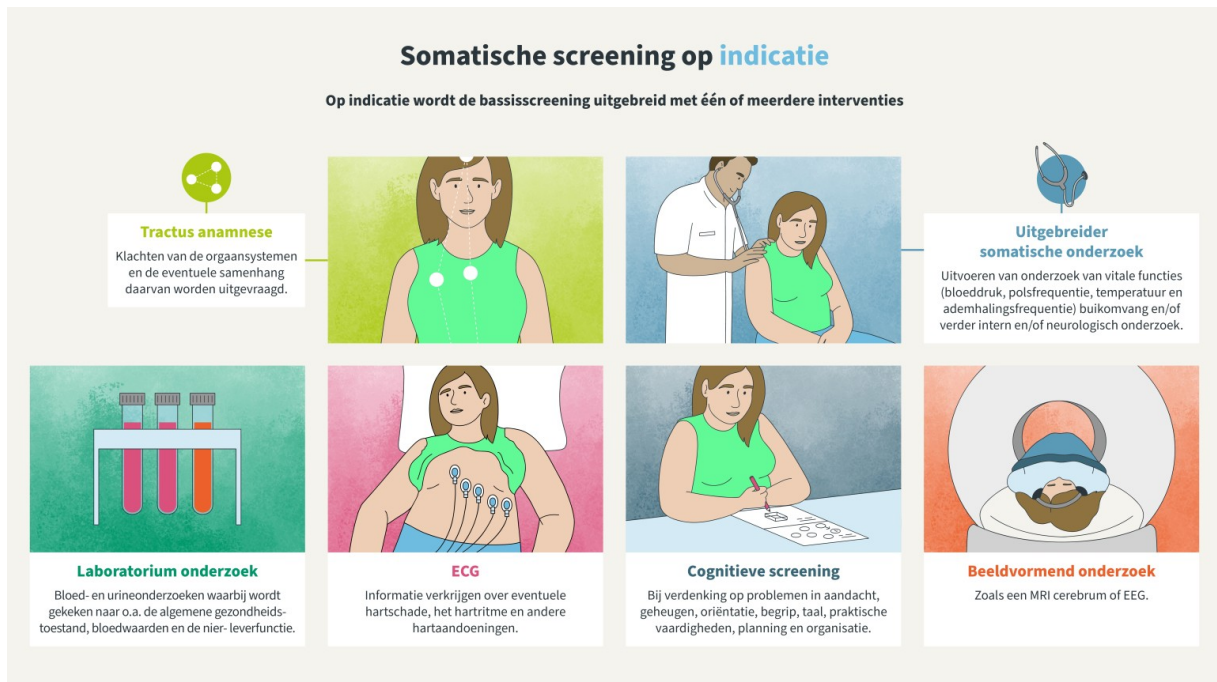
1. als resultaten van de basisscreening aanleiding geven om somatische of psychische bevindingen verder te onderzoeken;
2. als de patiënt tot een specifieke groep behoort waarbij sprake is van verhoogd risico, zoals zwangerschap/zwangerschapswens, kwetsbare ouderen, EPA en dubbele diagnose (zie [Welke aandachtspunten gelden bij verschillende patiëntkenmerken?](#));
3. wanneer bij aandoening specifieke richtlijnen en zorgstandaarden aanbevelingen staan beschreven;
4. wanneer het voorschrijven en starten van nieuwe medicatie aanleiding geeft tot verder onderzoek.

Somatische bevindingen kunnen verband houden met de psychische klacht waarmee de patiënt zich heeft gemeld in de ggz, bijvoorbeeld bij een vermoeden van een somatische oorzaak van depressieve klachten. Er kan echter ook een niet aan de psychische klacht gerelateerde nevenbevinding zijn die aandacht behoeft. In deze beide gevallen kan een uitgebreidere screening worden ingezet. Deze uitgebreidere screening kan volledig worden uitgevoerd binnen de ggz, maar zal, met name in de ambulante setting, ook met de huisarts worden afgestemd. Eventueel kan (terug)verwijzen aan de orde zijn (zie [Hoe ziet het zorgproces eruit?](#)).

4.3.1 Waaruit bestaat de screening op indicatie?

De basisscreening kan worden uitgebreid met de volgende onderdelen:

1. tractus anamnese
2. uitgebreider somatisch onderzoek
 1. vitale functies zoals: ademfrequentie, saturatie, temperatuur of buikomvang
4. laboratoriumonderzoek
5. ECG
6. cognitieve screening
7. beeldvormend onderzoek



De afbeelding is ook te downloaden als [werkkaart](#).

4.3.2 Tractus anamnese

Bij de tractus anamnese worden klachten van de verschillende orgaansystemen geïnterviewd, zoals het hart- en vaatstelsel, de ademhaling, het spijsverteringsstelsel, de urinewegen en geslachtsorganen, het bewegingsapparaat, het centrale zenuwstelsel en de hormonale en bloedstatus. Daarnaast wordt er gekeken naar de onderlinge samenhang van deze klachten en beoordeeld of ze al dan niet gerelateerd zijn aan somatische en/of psychische aandoeningen.

4.3.3 Uitgebreider somatisch onderzoek (incl. vitale functies)

Denk aan vitale functies zoals:

1. ademhalingsfrequentie en saturatie (geven aan hoeveel procent van hemoglobine in de rode bloedcellen zuurstof aan zich heeft gebonden. Het zegt dus iets over het zuurstofgehalte in het bloed)
2. temperatuur
3. buikomvang

De buikomvang geeft samen met de BMI een betere indruk van het gezondheidsrisico dan enkel de BMI. De buikomvang zegt iets over hoe het vet over het lichaam is verdeeld. Iemand met veel vet rond de buik (appeltipe) loopt meer gezondheidsrisico's (bijvoorbeeld meer kans op diabetes en hart- en vaatziekten) dan iemand met vooral vet rond de heupen en de dijen (peertipe).

Op indicatie kan het nodig zijn om naast onderzoek naar de hierboven beschreven vitale functies verder intern en/of neurologisch onderzoek uit te voeren of te kijken naar bewegingsstoornissen.

4.3.4 Laboratoriumonderzoek

Met laboratoriumonderzoek worden verschillende bloed- en urineonderzoeken uitgevoerd. Hierbij wordt gekeken naar de algemene gezondheidstoestand. Gemeten worden bloedwaarden zoals hemoglobine, cholesterol en bloedsuikerspiegel, de nier-, lever-, en schildklierfunctie en zouten en mineralen.

Daarnaast kunnen specifieke tests worden uitgevoerd om eventuele vitaminetekorten te identificeren, risico's in verband met het gebruik van psychofarmaca te monitoren en om eventuele infecties, ontstekingen of hormonale afwijkingen op te sporen.

Het laboratoriumonderzoek biedt waardevolle informatie om de fysieke gezondheid van de patiënt te beoordelen en eventuele onderliggende somatische aandoeningen te detecteren die van invloed kunnen zijn op de psychische aandoening.

4.3.5 ECG

Een ECG (hartfilmpje) wordt gemaakt om informatie te verkrijgen over eventuele hartschade, het hartritme en andere hartaandoeningen. In de ggz is controle met name belangrijk bij risicogroepen, zoals ouderen en vrouwen, bij medicijnen die het QT-interval verlengen, waaronder antipsychotica en bepaalde antidepressiva, bij combinaties van medicijnen en excessief alcoholgebruik (zie [Zorgstandaard Bijwerkingen](#)). Het uitvoeren van een ECG gebeurt in overleg met een medisch specialist.

4.3.6 Cognitieve screening

Bij verdenking op problemen met aandacht, geheugen, oriëntatie, begrip, taal, praktische vaardigheden, planning en organisatie, wordt aanbevolen een cognitieve screening uit te voeren. Hiervoor kan de Montreal Cognitive Assessment (MoCA) worden gebruikt, die ook geschikt is voor mensen met psychische aandoeningen ^{18 19}

Als er vermoeden is van lage intelligentie, kan de SCIL ²⁰ worden afgenomen. Als deze lijst het vermoeden ondersteunt, kan een uitgebreider intelligentieonderzoek worden gedaan om beter zicht te krijgen op de intellectuele vaardigheden. De ADAPT wordt aanvullend afgenomen om de mate van adaptief functioneren in kaart te brengen, dus in hoeverre de patiënt zich redt in het dagelijks leven. Dit is ook van belang voor het eventueel stellen van de diagnose zwakbegaafdheid of LVB. Beide lijsten kunnen door alle disciplines worden afgenomen. Voor meer informatie over ZB/LVB zie [Zorgstandaard Psychische aandoeningen en ZB/LVB](#).

4.3.7 Beeldvormend onderzoek

Op indicatie kan beeldvormend onderzoek, zoals een MRI-cerebrum of EEG, nodig zijn. Dit wordt in overleg met andere medisch specialisten aangevraagd.

4.4 Hoe kunnen (meet)instrumenten helpen?

Er zijn diverse instrumenten ontwikkeld die ingezet kunnen worden voor somatische screening om vroegtijdige afwijkingen te signaleren. Deze meetinstrumenten bevatten meerdere instrumenten en vragenlijsten die verschillende onderdelen van de somatische screening uitvragen. Deze kunnen (deels) door patiënten worden ingevuld. Het is aan de zorgprofessional en instelling zelf om te bepalen welke meetinstrumenten worden gebruikt. Sommige meetinstrumenten zijn uitgebreider dan de basisscreening, maar kunnen wel helpend zijn. Een overzicht (niet uitputtend) van mogelijke meetinstrumenten is als

volgt:

Specifieke vragenlijsten:

1. SRA-34 en SRA-37: Subjectieve Reactie op Antipsychotica. Onderzoekt de werking en de bijwerking(en) die patiënten ervaren door het gebruik van antipsychotica. De lijst vraagt naar gebruikte middelen en de tevredenheid ermee, de dosering en de therapietrouw ^{21 22}
2. MoCA : Montreal Cognitive Assessment. Voor het screenen op cognitieve problematiek. Is ook geschikt voor mensen met psychische aandoeningen ¹⁸
3. ASFQ: Antipsychotics and Sexual Functioning Questionnaire. Voor het uitvragen van seksuele problemen ²³.
4. EPS-Tool: Voor het uitvragen van bewegingsstoornissen en andere extrapiramidale bijwerkingen bij antipsychoticagebruik ²⁴.
5. Bristolstoelgangschaal: Plaatjeskaart waarin de aard van de ontlasting wordt nagevraagd ²⁵

Meetinstrumenten die meerdere onderdelen van de somatische screening omvatten en dus ook meerdere vragenlijsten gebruiken:

1. SmS: Somatische mini Screen
 1. Is een screeningsinstrument voor somatiek, leefstijl en bijwerkingen. Deze is ontwikkeld vanuit de praktijk van het expertisecentrum bijwerkingen. De SmS is beoordeeld door een Delhipanel en onderbouwd met wetenschappelijke literatuur op basis waarvan het algoritme van de sms is bepaald. Voor meer informatie en de lijst zelf, bezoek de [website van GGZ Centraal](#).
 2. Binnenkort ook verkrijgbaar voor jeugd (12 - 25 jaar).
3. USS 2.0: Utrechtse Somatische Screening
 1. Het eenvoudig in kaart brengen van somatische aandoeningen bij patiënten met langdurige psychiatrische of verslavingsproblemen. Ontwikkeld door de gemeente Utrecht, Altrecht en Jellinek. Voor meer informatie bezoek de [website van Jellinek](#), waar je de USS 2.0 ook kunt downloaden.
5. PHAMOUS
 1. Jaarlijkse screening voor patiënten met een psychotische stoornis. Bestaande uit lichamelijk en psychisch onderzoek. Voor meer informatie bezoek de [website van PHAMOUS](#).
7. MOPHAR: Monitoring Outcomes of psychiatric Pharmacotherapy
 1. Ontwikkeld voor patiënten met stemmings- en angstklachten. Voor meer informatie bezoek de [website van MOPHAR](#).
9. GILL: Gezond in lichaam en Leefstijl
 1. Een e-healthmodule, die een doorontwikkeling is van de screeningstool VMSL-GGZ (Verpleegkundige Monitoring Somatiek en Leefstijl - GGZ) en de leefstijlmodule Leefstijl in Beeld. Voor meer informatie bezoek de [website van Stichting GILL](#).

Kenniscentrum Phrenos heeft een digitaal overzicht gemaakt van praktijkvoorbeelden voor de toepassing van somatische screening bij mensen met een psychose of andere ernstige psychiatrische aandoening. Het overzicht bevat 9 uitgewerkte praktijkvoorbeelden met links naar handige hulpmiddelen. Hierin wordt een aantal van bovenstaande meetinstrumenten besproken. Kijk [hier voor het digitale overzicht](#).

4.5 Wat doe je met de uitkomsten van de somatische

screening?

De uitkomsten van de somatische screening worden gebruikt bij de diagnostiek en behandeling van een psychische aandoening om een volledig beeld te krijgen van de gezondheidstoestand van de patiënt. Dit helpt bij het identificeren van eventuele onderliggende somatische aandoeningen of medicatie die van invloed kunnen zijn op de psychische symptomen of de behandeling ervan. De uitkomsten kunnen leiden tot aanvullend medisch onderzoek, een verwijzing naar een specialist, het inzetten van interventies of aanpassingen in de behandeling. Het Australische 'Keeping the Body in Mind' heeft een aantal eenvoudige flow-diagrammen gemaakt die aangeven welke waarden een indicatie zijn voor interventies. Deze kunnen worden gebruikt naast de te volgen richtlijnen en zorgstandaarden:

1. [Positive Cardiometabolic Health Resource. An early intervention framework for adolescents on psychotropic medication.](#)
2. [Positive Cardiometabolic Health Resource. An early intervention framework for people on psychotropic medication.](#)
3. [Tobacco Treatment Resource. An intervention framework for people on psychotropic medication.](#)

Patiënt (en andere betrokken professionals)

De uitkomsten van een screening worden teruggekoppeld aan de patiënten en, indien aanwezig, naasten en andere betrokken professionals. Ook als er geen bevindingen zijn die aandacht behoeven. Wanneer de bevindingen een directe relatie of interactie hebben met een behandeling wordt hier speciale aandacht aan gegeven. Met name wanneer dit betrekking heeft op de differentiaaldiagnostiek of als er een aanpassing van het behandelplan nodig is. Naast de terugkoppeling aan de patiënt en eventueel diens naaste wordt samen met de patiënt afgestemd met wie de uitkomsten worden gedeeld. Dat zal over het algemeen de huisarts, een medisch specialist, een andere verwijzer en/of apotheker zijn.

Huisarts, medisch specialist, verwijzer en/of apotheker

Uitkomsten van de screening worden indien nodig direct teruggekoppeld aan de huisarts, betrokken medisch specialist, verwijzer en/of apotheker. Bij bijzonderheden wordt een (zo nodig telefonische) terugkoppeling gegeven. Zorg in het geval van telefonische terugkoppeling voor een aanvullende schriftelijke terugkoppeling. Wanneer er geen bijzonderheden zijn, voldoet een korte terugkoppeling aan de huisarts en verwijzer bij de eerste schriftelijke correspondentie.

Er wordt met de eigen huisarts overlegd wanneer er bijzonderheden uit de screening komen, om in samenspraak vervolgstappen te zetten en af te stemmen wie wat doet. Soms kunnen de uitkomsten van een somatische screening leiden tot een (terug)verwijzing naar de huisarts. De ggz en de huisartsenzorg hanteren verschillende richtlijnen voor de behandeling van cardiovasculair risicomanagement. Dit kan in de praktijk zorgen voor miscommunicatie en verschil in standpunt. De [NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement \(CVRM\)](#) corrigeert namelijk niet voor EPA.

De medicatiegerelateerde uitkomsten van de screening en relevante bloedwaarden (bijvoorbeeld nierfunctie, geneesmiddelspiegels en uitslagen van farmacogenetisch onderzoek) kunnen door de apotheker worden verwerkt in het dossier van de patient. Zo zijn de juiste gegevens beschikbaar voor onder andere de medicatiebeoordelingen die jaarlijks door de apotheker worden uitgevoerd.

Wanneer patiënt weigert om informatie te delen

Er zijn situaties waarin de patiënt weigert om informatie te delen met de huisarts. In sommige gevallen kan de zorgverlener toch verplicht zijn die informatie te delen, bijvoorbeeld bij een conflict van plichten.

Dit kan het geval zijn bij SOA's of gevaarlijk gedrag, om ernstig nadeel voor de patiënt of derden te voorkomen. Zie ook de [handreiking beroepsgeheim](#) van de Nederlandse ggz.

4.6 Welke aandachtspunten gelden bij verschillende patiëntkenmerken?

Er is extra aandacht nodig voor patiënten met kenmerken die een verhoogd risico geven op somatische klachten en aandoeningen. Voor patiënten uit deze groepen kan bijvoorbeeld het eerder inzetten van een screening op indicatie nodig zijn. Bij een aantal groepen wordt standaard een (deel van de) screening op indicatie uitgevoerd, zoals bij zwangerschap/zwangerschapswens, EPA, kwetsbare ouderen en een dubbele diagnose.

Er kan intensievere monitoring en samenwerking met andere specialismen nodig zijn. Dit kan betekenen dat de professional dient te letten op specifieke symptomen en signalen.

In diverse richtlijnen worden specifieke aanbevelingen en indicatoren aangereikt voor verschillende ziektebeelden of risicogroepen. Hoewel deze aanbevelingen in deze zorgstandaard niet uitgebreid aan bod komen, worden belangrijke aandachtspunten kort beschreven. De zorgstandaarden en richtlijnen zijn een verlengstuk van deze zorgstandaard.

Voorafgaand aan de beschrijving van specifieke patiëntkenmerken is het goed om te realiseren dat er een overlap kan zijn tussen deze kenmerken, wat kan leiden tot een opeenstapeling van risicofactoren op gezondheidsproblemen. De volgende kenmerken zijn beschreven:

1. sekse en levensfase;
2. lage sociaaleconomische status, lage gezondheidsvaardigheden en zorgmijders;
3. etniciteit en migratieachtergrond;
4. (licht) verstandelijke beperking;
5. stoornis in het gebruik van middelen;
6. complexiteit door chronische somatische aandoeningen en polyfarmacie;
7. ernstige psychische aandoeningen en gebruik van psychofarmaca.

Het is belangrijk om oog te hebben voor stigma binnen de ggz. Voor meer informatie over destigmatisering en hoe je hier handvatten aan kunt geven zie [Zorgstandaard Destigmatisering](#).

4.6.1 Sekseverschillen en levensfase

Sekse

Onder sekse worden in deze tekst de biologische en fysiologische verschillen tussen mannen en vrouwen bedoeld. Genderverschillen worden hier niet verder besproken.

Er is steeds meer bekend over de rol van sekseverschillen bij het ontstaan van zowel somatische als psychische aandoeningen. Er bestaan belangrijke sekseverschillen in het optreden van veelvoorkomende aandoeningen als depressie, diabetes en cardiovasculaire aandoeningen. Daarnaast zijn er verschillen tussen mannen en vrouwen ten aanzien van de gemiddelde leeftijd waarop aandoeningen zich openbaren en hoe ze zich presenteren. Bovendien verschilt de voorspellende waarde van risicofactoren voor het ontwikkelen van hart- en vaatziekten tussen vrouwen en mannen. Er is sprake van onderschatting van de cardiovasculaire risico's bij vrouwen ^{26 27 28 29}

Tijdens de somatische screening is het van belang om te letten op:

1. Verschillen in medicatiebehandeling tussen mannen en vrouwen: Onder invloed van oestrogenen is het vrouwenbrein gevoeliger voor de invloed van antipsychotica³⁰. Ook depressieve klachten en behandeling met antidepressiva lijken beïnvloed te worden door oestrogenen³¹.
2. Geneesmiddelenpiegels en bijwerkingen: Vanwege man-vrouwverschillen in lichaamsvet, hormonen (met name oestrogenen), metabolisatie in de lever en doorbloeding hebben vrouwen vaak hogere spiegels van geneesmiddelen dan mannen. Dit verhoogt het risico op bepaalde bijwerkingen. Het is bekend dat vrouwen die antipsychotica gebruiken voor de menopauze een verhoogd risico hebben op het ontstaan van metabool syndroom en daarmee hart- en vaatziekten³².
3. Doseringen van psychofarmaca: Hoewel mannen en vrouwen sterk verschillen in gewicht en verhouding spier- en vetweefsel zijn de aanbevelingen ten aanzien van doseringen van psychofarmaca over het algemeen gelijk tussen mannen en vrouwen³³. Hierdoor bestaat het risico van relatief overdoseren van psychofarmaca bij vrouwen voor de menopauze, waarbij na de menopauze de spiegels fors dalen.
4. Risico op metabole afwijkingen: Vrouwen en mannen verschillen ook in risico op metabole afwijkingen. Zo vertonen vrouwen vaker overgewicht, zeker na de menopauze, en lopen mannen vaker risico op verhoogde bloeddruk. Het is van belang hier aandacht voor te hebben, vooral rondom de puberteit, zwangerschap en menopauze.

Zwangerschap en postpartum

Voor een groep vrouwen is er tijdens de zwangerschap en postpartum een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychische klachten en aandoeningen³⁴. Deze gaan op hun beurt weer gepaard met een hoger risico op somatische complicaties.

Omgekeerd kunnen psychische aandoeningen, zoals een depressie, een verhoogde kans geven op vroeggeboorte en een lagere APGAR-score*³⁵. Dit betekent dat het van belang is om zwangere vrouwen met psychische aandoeningen als specifieke risicogroep te beschouwen voor het ontwikkelen van somatische en psychische klachten tijdens zwangerschap en bevalling.

Tijdens de somatische screening is het van belang om te letten op de volgende zaken:

1. Of de ervaren klachten behoren tot de zwangerschap of de psychische aandoening. Sommige fysieke symptomen kunnen gerelateerd zijn aan de zwangerschap, zoals vermoeidheid, misselijkheid, veranderingen in eetlust en gewichtstoename.
2. Psychofarmaca en andere medicatie in combinatie met zwangerschap of zwangerschapswens. Het betrekken van gespecialiseerde zorg, zoals een POP poli*, zorgt voor meer zorg rondom de zwangerschap en partus en betreft verschillende domeinen bij de patiënte.

Bij vrouwen met een zwangerschapswens of zwangerschap wordt standaard een (deel van de) screening op indicatie uitgevoerd. Het voeren van een uitgebreide anamnese inclusief medicatieoverzicht is aangewezen in de ggz, al is verder aanvullende onderzoek zoals laboratoriumonderzoek en een echo vaak meer passend bij een verloskundige of gynaecoloog. Dit maakt dat screening op indicatie dient te worden afgestemd met de betrokken (somatische) partijen om onder- of overdiagnostiek te voorkomen. De POP-poli kan hierin uitkomst bieden.

Vrouwen in menopauze (overgang)

Tijdens de somatische screening is het van belang om te letten op:

1. Hormonale veranderingen en risico's: Tijdens en na de overgang (menopauze) kunnen hormonale veranderingen een hoger risico op somatische en psychische aandoeningen met zich meebrengen. Voorbeelden daarvan zijn verhoogde cardiovasculaire risico's, osteoporose³⁶ en stemmingswisselingen³⁷. Dit risico is ook verhoogd door antipsychotica en ernstige psychische aandoeningen.
2. Verhoogde somatische risico's: Voor vrouwen met ernstige of langdurige psychische aandoeningen in de perimenopauze geldt dat hun somatische risico's extra verhoogd zijn. Deze aandoeningen gaan gepaard met een toename van stress, wat een eigen verhoogd risico met zich meebrengt³⁸. Deze vrouwen hebben dus een extra verhoogd risico op hart- en vaatproblemen tijdens en na de overgang.
3. Psychische klachten: Er is een extra risico op klachten zoals stemmingswisselingen, angstgevoelens, prikkelbaarheid en depressieve stoornissen. Fysieke klachten door hormonale veranderingen kunnen ook lijken op bijwerkingen van psychofarmaca.
4. Bestaande en verergerende klachten: Tijdens de somatische screening is het van belang om na te gaan in hoeverre de bestaande klachten of de verergering van klachten samenhangen met de hormonale veranderingen tijdens de (peri)menopauze.
5. Aanpassing van medicatie: Vanwege de effecten van veranderende hormoonspiegels op zowel psychische klachten als somatische risico's, zoals cardiovasculaire problemen, osteoporose en stemmingswisselingen³⁹. Is het soms nodig om de dosering van bestaande medicamenteuze behandelingen aan te passen vanwege veranderende bloedspiegels en gevoeligheid voor de medicatie ..
6. Geneesmiddelenafbraak en dosering: De afbraak van geneesmiddelen wordt beïnvloed door oestrogenen. Bij vrouwen verandert de metabolisering drastisch met de menopauze, wat betekent dat bepaalde psychofarmaca (zoals antidepressiva) minder effectief kunnen worden. Anderzijds verandert de beschikbaarheid van psychofarmaca met de leeftijd. Dit betekent dat vrouwen in de vruchtbare levensfase overgedoseerd kunnen worden, waardoor bijwerkingen als overgewicht en bewegingsstoornissen vaker optreden. Na de menopauze, wanneer het remmende effect van oestrogeen op de omzetting door de lever wegvalt, dalen de bloedspiegels van veel psychofarmaca. Hierdoor is er een verhoogd risico op een te lage dosis voor een adequate respons^{40 41}

Kinderen en jongeren

Kinderen en jongeren met een psychische aandoening hebben een hoog risico op somatische aandoeningen, ongeacht de leeftijd of diagnose. Psychische en somatische aandoeningen beïnvloeden elkaar en zijn geassocieerd met meer gezondheidsproblemen en een hoger risico op vroegtijdig overlijden.

Voor de somatische screening bij kinderen en jongeren is het van belang om op het volgende te letten:

1. Langdurige medicatie en bijwerkingen: Kinderen en jongeren met een psychische aandoening krijgen vaak op jonge leeftijd al langdurig medicatie voorgeschreven die bijwerkingen kan geven. Hiervan zijn de klinische gevolgen op lange termijn nog onbekend.
2. Somatische uiting van psychische symptomen: Kinderen uiten psychische symptomen vaak als somatische klachten zoals hoofdpijn, vermoeidheid, buikpijn en misselijkheid.
3. Invloed van gezondheid ouder: Een ouder met een psychische of chronische somatische

aandoening is geassocieerd met een slechtere psychische en somatische gezondheid van kinderen en jongeren.

4. Onderrapportage bij screening: Er is kans op onderrapportage bij afname van de screening in het bijzijn van ouders. Jongeren zijn niet geneigd eerlijk te zijn over middelengebruik en bepaalde leefstijlfactoren in het bijzijn van hun ouders. Het kan soms een bewuste keuze zijn om de screening in afwezigheid van ouders uit te voeren bij adolescenten.
5. Invloed van leefstijl gezin: Een ongezonde leefstijl in het gezin heeft direct effect op de gezondheid, het zelfbeeld en de kwaliteit van leven van het kind. Screening op leefstijlfactoren in het gezin en vroegtijdige inzet van interventies die een gezonde leefstijl voor het kind en het gezin bevorderen, is daarom zinvol. Dat geldt zowel voor korte- als langetermijneffecten op medisch en psychosociaal gebied.
6. Aansluiting bij belevingswereld: Sluit aan bij de belevingswereld van de jongeren door bijvoorbeeld ook navraag te doen over 'vape' en niet alleen te vragen naar roken.
7. Effecten van antipsychotica: De botopbouw, puberteit- en seksuele ontwikkeling kan worden verstoord door het gebruik van antipsychotica als gevolg van prolactinespiegelstijging. Dit geeft ook een verhoogd risico op een prolactinoom. Bij gebruik van antipsychotica is het van belang om de prolactinespiegel te bepalen doormiddel van labonderzoek.

Voor specifieke aanwijzingen met betrekking tot monitoring bij antipsychoticagebruik bij kinderen en adolescenten zie de richtlijn [Antipsychotica bij kinderen en adolescenten: Monitoring van metabole en endocriene bijwerkingen en het risico op QT-verlenging](#).

Bronnen ⁴²

Oudere volwassenen

De prevalentie van multimorbiditeit (het hebben van meer dan 2 aandoeningen) neemt toe met de leeftijd en varieert tussen de 55% en 95% bij volwassenen van 60 jaar en ouder. Hierbij komen typische clusters met psychische aandoeningen voor.

Daarnaast neemt de prevalentie van kwetsbaarheid (verminderde herstelcapaciteit bij stresserende factoren) toe met het stijgen van de leeftijd. Kwetsbaarheid kent 2 modellen: een fysiek model met 5 items (loopsnelheid, spierkracht, voedingsstatus, activiteitsniveau en vermoeidheid) en een model waarin gemeten wordt wat er aan opeenstapeling van problemen is die iemand in de loop van het leven heeft opgedaan.

Zowel multimorbiditeit als kwetsbaarheid zijn geassocieerd met een lagere kwaliteit van leven en hogere sterftecijfers. Kwetsbaarheid is eveneens geassocieerd met verschillende psychische aandoeningen, zoals depressie, aanhoudende lichamelijke klachten (ALK) en een somatische symptoom stoornis op latere leeftijd.

Deze associaties gaan beide richtingen op. Depressie is een risicofactor voor kwetsbaarheid en omgekeerd is kwetsbaarheid een risicofactor voor het ontstaan of minder goed herstellen van een depressie. Zowel multimorbiditeit als kwetsbaarheid komen zeer vaak voor bij acuut opgenomen

patiënten met verschillende psychische aandoeningen en voorspellen institutionalisering na deze opname. Kwetsbaarheid voorspelt in hoge mate overlijden binnen 5 jaar na opname bij deze patiënten.

Psychische aandoeningen op oudere leeftijd gaan bovendien gepaard met functieverlies en cognitieve stoornissen. Daarnaast is er vaker sprake van polyfarmacie, bij een veranderende farmacokinetiek en -dynamiek, wat vaak leidt tot meer bijwerkingen.

Bronnen⁴³

Tijdens de somatische screening is het van belang om te letten op:

1. Specifieke aandachtspunten bij ouderen: In de [Zorgstandaard Ouderen met psychische aandoeningen](#) worden geen specifieke adviezen gegeven over somatische screening bij ouderen. Om deze reden is een bijlage toegevoegd met duidelijke adviezen, voor zowel een aantal basisvragen in de basisscreening als inzet van specifieke screening (Zie achtergronddocumenten (hoofdstuk 7.2) met concrete adviezen: [Somatische screening bij oudere volwassenen](#)). Bij kwetsbare ouderen wordt een deel van de screening op indicatie aangeraden.
2. Inzet van screening op indicatie: Bij de oudere patiënt is naast de basisscreening vaak eerder en meer inzet van screening op indicatie nodig dan bij de jongere populatie (zie achtergronddocument [Somatische screening bij oudere volwassenen](#)).
3. Kwetsbaarheid bij oudere patiënten: Bij de oudere patiënt wordt in de basisscreening al gelet op risico op, of aanwezigheid van kwetsbaarheid, vallen, ondervoeding, cognitieve stoornissen en minder algemeen functioneren. Zie [Zorgstandaard Ouderen met psychische aandoeningen](#).

*** Toelichtingen**

APGAR-score: De APGAR-score is een test waarmee een snelle indruk van de algemene toestand van een pasgeboren baby verkregen kan worden.

POP poli: Psychiatrie, Obstetrie (Verloskunde) en Pediatrie (Kindergeneeskunde)

4.6.2 Lage sociaaleconomische status, lage gezondheidsvaardigheden en zorg mijden

Lage sociaaleconomisch status (SES)

Mensen in een lage sociaaleconomische positie hebben een lagere levensverwachting en brengen minder jaren in goede ervaren gezondheid door. Dit komt deels door verschillen in [leefstijl](#). Mensen met een lage SES roken en drinken bijvoorbeeld over het algemeen vaker en meer en hebben vaker overgewicht. Daarnaast zijn de woon-, werk- en financiële omstandigheden van deze groep doorgaans minder goed, waardoor de ongezondheid toeneemt. Ook psychosociale factoren spelen een rol. Mensen met een lage SES ervaren meer stress en onzekerheid door hun omstandigheden en hebben doorgaans minder adequate stresscopingvaardigheden^{44 45 46}

Dit alles bij elkaar zorgt ervoor dat mensen met een lage SES kwetsbaarder zijn voor psychische gezondheidsproblemen, zoals angst- en stemmingsstoornissen en lichamelijke gezondheidsproblemen zoals diabetes.⁴⁷

Lage gezondheidsvaardigheden

Mensen met lage gezondheidsvaardigheden hebben een beperkt vermogen om informatie over gezondheid te begrijpen, toe te passen en te gebruiken bij het nemen van beslissingen met betrekking tot hun gezondheid. Daardoor kan het vermogen om gezondheidsproblemen te herkennen, te voorkomen en effectief te beheren beperkt zijn, wat een negatief effect kan hebben op de gezondheid.

Laaggeletterdheid is hierbij een aandachtspunt. Extra aandacht is nodig voor mensen met een disharmonisch profiel waarbij verbale en performale intelligentie verschillen. Dit kan zich uiten in (executieve) functies zoals plannen, organiseren en doelgericht gedrag.

Bij deze groep mensen zijn het bevorderen van gezondheidsvaardigheden en het stimuleren van zelfregie cruciale aandachtspunten. De tijd nemen en heldere en begrijpelijke communicatie zijn belangrijk. Lage SES is geassocieerd met lage gezondheidsvaardigheden⁴⁸. Dit aspect moet worden meegenomen in overwegingen over mogelijke interventies en veranderingen. Aandacht voor het verbeteren van de sociaaleconomische situatie, werk, financiën en huisvesting kan zeer helpend zijn, naast het verbeteren van gezondheidsvaardigheden.⁴⁹

Mensen die zorg mijden

Mensen kunnen om verschillende redenen zorg missen of mijden terwijl zij deze wel nodig hebben. Het kan gaan om mensen met verschillende psychische klachten en een of meer van de patiëntkenmerken die worden besproken. Dak- of thuisloosheid, sociaal isolement, slechte zelfzorg, overlast of een combinatie daarvan zijn kenmerken die vaak voorkomen bij mensen die zorg mijden. (Zie ook de [Richtlijn en Handreiking Zorgmijding in de eerste lijn](#)).

Naast het mijden van zorg kan bij mensen met economische- of huisvestingsproblemen ook de toegang tot zorg beperkt zijn. Er is in dit geval niet zozeer sprake van het mijden van zorg, maar onvoldoende toegang tot zorg. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan situaties waarin mensen geen basisverzekering hebben of geen vaste huisarts. Hulp bij dakloosheid, sociaal isolement en verbetering van toegang tot zorg kan uiteindelijk somatische klachten doen afnemen.

4.6.3 Etniciteit en migratieachtergrond

Een cultuursensitieve benadering en specifieke aandacht voor somatische gezondheidsrisico's zijn belangrijk binnen de ggz bij mensen met een niet-westerse etniciteit of migratieachtergrond. Zo lopen veel migrantengroepen een 3 tot 4 keer zo groot risico op onder andere het metabool syndroom (met onder andere overgewicht/obesitas en hoge bloeddruk) en aanverwante aandoeningen (bijvoorbeeld diabetes) dan mensen met een Nederlandse achtergrond.

Het is tegelijkertijd belangrijk om te nuanceren en stereotypering te voorkomen. Er zijn namelijk grote interetnische verschillen en nog grotere intra-etnische verschillen. Soms biedt een migratieachtergrond juist gezondheidsvoordeel, bijvoorbeeld bij mensen die vanuit hun cultuur, religie of levensbeschouwing geen alcohol drinken, niet roken en/of vegetarisch eten.

De culturele achtergrond van mensen is constant in beweging en verandert in interactie met de omgeving. Zo kunnen tweede generatie migranten eenzelfde gezondheidsrisicoprofiel hebben als inwoners met een Nederlandse achtergrond. De boodschap is dus: generaliseer niet, maar kijk naar het individu en breng de culturele context (bijvoorbeeld met het cultural formulation interview (zie [Zorgstandaard Diversiteit](#))) en het gezondheidsrisicoprofiel van het individu in kaart.^{50 51 52}

Bij somatische screening vraag een aantal aspecten extra aandacht:

1. Taal- en communicatiebarrières: Patiënten kunnen door dit soort barrières minder toegang hebben of zoeken tot de gezondheidszorg. Dit kan ook invloed hebben op de keuze van het type meetinstrument.
2. Cultuurgebonden verklaringsmodellen van ziekte en gezondheid: Hierdoor hebben mensen bijvoorbeeld mogelijk minder inzicht in gezondheidsklachten of kunnen ze moeilijker of andere verbanden leggen dan in de westerse cultuur gemeengoed zijn.
3. Lagere sociaaleconomische status: Migranten in Nederland hebben vaker een lagere sociaaleconomische status.
4. Lichamelijke activiteit: Mensen met een migratieachtergrond sporten mogelijk minder vaak en zijn ook op andere manieren minder lichamelijk actief dan mensen met een Nederlandse achtergrond.
5. Verschillen in middelengebruik: Bij een andere etniciteit/migratieachtergrond kunnen er verschillen zijn in soorten middelengebruik.
6. Etniciteit en farmacogenetica: Etniciteit speelt een rol bij farmacogenetica, waardoor medicijnspiegels variëren tussen mensen van Kaukasische, Aziatische en Afrikaanse afkomst. (Zie de [Leidraad farmacogenetica voor de dagelijkse psychiatrische praktijk](#)).
7. Werking en bijwerkingen van psychofarmaca: Het is bekend dat de werking en bijwerkingen van psychofarmaca sterk kunnen verschillen tussen diverse etnische groepen. Dit komt onder andere door genetische verschillen^{53 54} en de interactie met voeding en (inheemse) kruiden. Omwille van het algemene risicoprofiel wordt soms geadviseerd om bij een risico- inventarisatie een lagere drempel te overwegen. De WHO adviseert bijvoorbeeld om bij Hindoestaanse Surinamers een BMI van 23 in plaats van 25kg/m² als grenswaarde te hanteren als risicofactor voor diabetes mellitus. Ook de grenswaarde voor buikomvang kan worden aangepast naar 90 in plaats van 94 cm voor mannen.⁵⁵

4.6.4 (Licht) verstandelijke beperking (LVB)

Er zijn verschillende aspecten die vaker voorkomen bij mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB). Hieronder worden verschillende factoren benoemd die aandacht behoeven in de somatische screening. Deze hebben hun oorsprong in (comorbide) genetische factoren^{56 57 58} of zijn gerelateerd aan leefstijl en vaardigheden (zie [Zorgstandaard Psychische stoornissen en ZB/LVB](#)).

Bij somatische screening vraagt een aantal aspecten om extra aandacht:

1. Leefstijlgerelateerde problemen: Obesitas en een gebrek aan lichamelijke activiteiten geven een hoger risico op somatische klachten.
2. Langdurig medicatiegebruik: Patiënten met een verstandelijke beperking krijgen vaak op jonge leeftijd langdurige medicatie met bijwerkingen waarvan de klinische gevolgen op lange termijn nog onbekend zijn.
3. Verslavingsproblematiek: Een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid kan gepaard gaan met verslavingsproblematiek.
4. Beperkte cognitieve vaardigheden: Het hebben van beperkte cognitieve vaardigheden gaat vaak samen met lagere gezondheidsvaardigheden.

4.6.5 Stoornis in het gebruik van middelen

Middelengebruik komt veel voor. 16,7% van de Nederlanders heeft ooit in het leven voldaan aan de criteria van een stoornis in het gebruik van middelen⁵⁹. Dit middelengebruik heeft op verschillende

manieren impact op de gezondheid. Er zijn directe schadelijke effecten van middelen op het lichaam, zoals de leverschade bij alcohol of de schade van roken op de longen. Daarnaast zorgt ook het leven rondom de stoornis voor meer risicovol gedrag of een ongezonde leefstijl. Hierbij kan gedacht worden aan ongezondere voedingssinname en -patronen, een slechte voedingstoestand, zelfverwaarlozing en verwaarlozing van andere somatische aandoeningen. Ook zijn er frequent comorbide psychische stoornissen, die op hun beurt hoger risico geven op somatische klachten en aandoeningen.

Binnen de populatie van mensen met een stoornis in middelengebruik zijn er ook specifieke risicogroepen waar niet altijd aan wordt gedacht bij het uitvragen van middelengebruik, zoals prostitutie, chemsex en het gebruik van anabole steroïden. Het specifiek en precies uitvragen van middelengebruik (alcohol, drugs, maar ook voorgeschreven of illegaal verkregen medicatie) bij een somatische screening kan ervoor zorgen dat er meer risicofactoren in kaart worden gebracht.

Wanneer er sprake is van een dubbele diagnose is screening op indicatie gewenst. Met name een uitgebreidere anamnese en lichamelijk onderzoek gericht op korte- of langetermijncomplicaties van het gebruik van middelen is te adviseren. Laboratoriumonderzoek en/of een ECG kunnen aanvullend zijn als het gebruikte middel schade aan een specifiek orgaansysteem kan aanrichten. Cognitieve screening kan aangewezen zijn indien het gebruikte middel ook cognitieve schade kan veroorzaken (bijvoorbeeld alcohol). Beeldvormende onderzoeken zullen een beperktere rol hebben bij middelengebruik, maar kunnen in specifieke gevallen worden overwogen, met name voor diagnostiek.

Voor meer informatie over stoornis in het gebruik van middelen zie [Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving](#), [Zorgstandaard Opiaatverslaving](#) en de [Richtlijn Drugs \(niet opioïden\)](#).

4.6.6 Multimorbiditeit (chronische) somatische aandoeningen en polyfarmacie

Multimorbiditeit (chronische) somatische aandoeningen

Uit onderzoek blijkt dat een kwart van de patiënten met een somatische aandoening ook een psychische aandoening heeft^{60 61 62} De combinatie van een somatische en psychische aandoening kan de aandoeningen in negatief opzicht versterken. Effecten van behandeling of verslechtering van de somatische toestand vragen om aanpassingen en afstemming op en met het psychische domein.

Bij acuut ontstane psychische aandoeningen zonder voorgeschiedenis moet een somatische oorzaak overwogen worden. Dit komt doordat complexe somatische beelden zoals encefalitis, endocriene ontregelingen of metabole ontregelingen ook psychische symptomen kunnen geven. Langetermijngevolgen bij chronische aandoeningen kunnen leiden tot verminderd psychisch welzijn en stemmingsklachten.

Polyfarmacie

Bij mensen met multimorbiditeit is er ook vaak sprake van polyfarmacie: het langdurig gebruik van meer dan 5 verschillende soorten geneesmiddelen. Dit komt vaker voor bij ouderen en patiënten met chronische aandoeningen, waaronder psychische aandoeningen. Bij polyfarmacie neemt de kans op interacties tussen geneesmiddelen, bijwerkingen en therapie-ontrouw toe. Het is bekend dat polyfarmacie een risicofactor is voor geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames.

Mensen met een psychische aandoening en polyfarmacie vormen een kwetsbare groep. Enerzijds vanwege mogelijke bijwerkingen of interacties die specifiek zijn voor het gebruik van psychofarmaca,

anderzijds vanwege de combinatie met somatische geneesmiddelen. Omdat de medicatie voor psychische en somatische aandoeningen meestal wordt voorgeschreven door verschillende zorgverleners, met name in de ambulante setting, is het risico op ongewenste effecten groter. Dit komt doordat omdat het totaaloverzicht vaak ontbreekt ⁶³. Als er verschillende voorschrijvers zijn, is nauwe samenwerking en communicatie over de voorschriften essentieel.

Bij patiënten met polyfarmacie is het belangrijk om tijdig de apotheker te betrekken, omdat in de apotheek vaak het meest actuele medicatie dossier aanwezig is. Door jaarlijkse medicatiebeoordelingen met de patiënt is de apotheker vaak goed op de hoogte van het actuele medicatiegebruik.

Somatische screening is essentieel om inzicht te krijgen in het totale geneesmiddelengebruik en om mogelijke negatieve effecten van medicatie zoals bijwerkingen, interacties en orgaanschade op te sporen.

4.6.7 Ernstige psychische aandoeningen en psychofarmaca

Ernstige psychische aandoeningen

Somatische screening is van extra belang bij een ernstige psychische aandoening (EPA) zoals stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen, verslavingsstoornissen en ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Bij deze patiëntengroep is, inherent aan ernstiger en langduriger ziektebeloop, doorgaans meer (of in grotere complexiteit) sprake van eerdere genoemde specifieke patiëntkenmerken:

1. Verhoogd risico op somatische aandoeningen: Er is sprake van een verhoogd risico op somatische aandoeningen zoals metabole stoornissen, hart- en vaatziekten en infecties, ook los van het gebruik van psychofarmaca. Het gebruik van psychofarmaca, vaak langdurig en in complexere polyfarmacie, komt daarbovenop. Deze aandoeningen kunnen het gevolg zijn van een combinatie van genetische aanleg, leefstijlfactoren, bijwerkingen van medicatie en zelfzorg.
2. Verhoogd risico op cardiovasculaire problemen: De ggz en de huisartsen hanteren verschillende richtlijnen voor de behandeling van cardiovasculair risicomanagement. Dit kan in de praktijk zorgen voor miscommunicatie en verschil in standpunt. De [NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement \(CVRM\)](#) corrigeert namelijk niet voor EPA, terwijl deze patiënten een hoger risico lopen op cardiovasculaire problemen dan vergelijkbare personen zonder EPA. Een deel van de huisartsen vindt dat bij een EPA 15 jaar bij de NHG-Standaard CVRM gecorrigeerd dient te worden boven op de kalenderleeftijd, aangezien er sprake is van een kortere levensverwachting van zo'n 15 jaar ⁶⁴.
3. Roken: Naar schatting rookt 64% van de patiënten met schizofrenie, vergeleken met 20 tot 25 % in de algemene bevolking ⁶⁵.
4. Slechtere zelfzorg en leefstijl: Er is vaak sprake van slechtere zelfzorg, ongezondere leefstijl, vermijding van zorg, lagere gezondheidsvaardigheden en slechtere toegang tot zorg.

Voor de somatische screening bij een EPA is het daarom van belang om op de volgende punten te letten:

1. Gebruik van psychofarmaca en polyfarmacie: Deze doelgroep gebruikt vaak psychofarmaca en er kan sprake zijn van polyfarmacie. Het monitoren van bijwerkingen is belangrijk. Evalueer regelmatig of psychofarmaca afgebouwd kunnen worden.
2. Alertheid op verminderde zelfzorg: Wees als professional extra alert op tekenen van verminderde zelfzorg, (zelf)verwaarlozing of misbruik.

3. Comorbiditeit met PTSS: PTSS is een veel voorkomende comorbiditeit en vergroot significant de kans op een somatische aandoening. Wees daarom alert op tekenen van slaap- en hartproblemen ⁶⁶.
4. Problematisch middelengebruik: Wees alert op problematisch middelengebruik.
5. Gebitsstatus: Wees alert op een slechte gebitsstatus vanwege ongezondere voedselinname en onvoldoende zelfzorg.
6. Isolement en zorgmijding: De doelgroep zal minder makkelijk hulp zoeken. Er kan sprake zijn van isolement en zorgmijding. Daarnaast vinden mensen met EPA moeilijker hun weg binnen het zorgaanbod ⁶⁷.

Wanneer er sprake is van een EPA, dient altijd een (deel van de) screening op indicatie uitgevoerd te worden. Het is van belang om bovengenoemde argumenten en aandachtspunten mee te wegen bij de inzet van deze screening. Een uitgebreide anamnese, lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek en/of ECG zullen snel aangewezen zijn. Verder onderzoek kan op indicatie worden ingezet.

Deze zorgstandaard vervangt de richtlijn somatische screening bij EPA (2015). Om geen waardevolle informatie verloren te laten gaan, is een klein deel van de oude richtlijn opgenomen in de bijlage. Deze geeft concrete handvatten voor de somatische screening voor de EPA doelgroep (zie [Somatische screening bij EPA](#)).

Gebruik van psychofarmaca

Het is bekend dat het gebruik van bepaalde psychofarmaca aanleiding kan geven tot het ontstaan van somatische complicaties op korte of langere termijn. Het gaat dan met name om metabole, cardiovasculaire en extrapiramidale ongewenste effecten. Daarnaast kunnen psychofarmaca ook aanleiding geven tot cognitieve belemmeringen, obstipatie, sedatie en seksuele bijwerkingen. Tot slot kan psychofarmaca ook leiden tot een slechte gebitsstatus, onder andere doordat psychofarmaca kan zorgen voor een droge mond.

Somatische screening is van belang om deze bijwerkingen vroegtijdig te identificeren en behandelen. Daarnaast draagt het bij aan de onderkenning van onderliggende somatische aandoeningen die van invloed kunnen zijn op de keuze en het gebruik van psychofarmaca.

Voor het gestructureerd uitvragen van bijwerkingen kan ook gebruik worden gemaakt van de bijwerkingslijsten voor antipsychotica algemeen (bijvoorbeeld de mini-UKU) of de vragenlijst specifiek voor clozapine: de GASS-C-NL (zie [Zorgstandaard Bijwerkingen](#)).

4.7 Welke rol speelt somatische screening in de verschillende fasen van het zorgproces?

Somatische screening is een essentieel onderdeel van het zorgproces*:

1. Somatische screening start al voor de aanmelding.
2. De screening wordt uitgevoerd bij de start van de behandeling als onderdeel van de intake en diagnostiek.
3. Somatische screening blijft een focuspunt binnen de geïntegreerde zorg.
4. Bij langdurige behandeling wordt de screening herhaald. De frequentie van herhaling hangt af van een aantal factoren, maar is minimaal jaarlijks. Wanneer nodig wordt screening op indicatie toegevoegd.

5. De uitkomsten van de somatische screening worden meegenomen in de evaluatie en bij de afsluiting van de behandeling.
6. Somatische gezondheid wordt meegenomen in het signaleringsplan.

Somatische screening speelt een rol bij herstel, participatie en re-integratie. Afstemming met patiënt, eventueel diens naaste, huisarts en/of verwijzer en eventueel apotheker is gedurende het hele zorgtraject belangrijk.

*** Toelichtingen**

zorgproces: Waar zorgproces beschreven staat kan ook worden gelezen zorgtraject of behandeltraject.

4.7.1 Somatische screening bij start: vroege onderkenning en preventie

De somatische screening begint feitelijk al vóór verwijzing. De huisarts en/of POH-GGZ voeren een korte somatische screening uit en nemen de somatische aspecten van een patiënt mee in de beslissing om patiënt al dan niet te verwijzen en waarheen (zie [Zorgstandaard Vroege opsporing van psychische klachten in de huisartsenpraktijk](#)). De huisarts levert gegevens aan (zie [Waaruit bestaat de somatische basisscreening?](#))

Zoals beschreven in [Waarom is somatische screening belangrijk](#) is het in het kader van preventie belangrijk dat professionals meteen bij de start van het zorgtraject, wanneer een patiënt zich meldt met psychische klachten, aandacht hebben voor de mogelijke rol van somatische klachten en aandoeningen. De somatische screening wordt dus meteen bij de intake en diagnostiek, nog vóór de start van de behandeling uitgevoerd. Dit zorgt ervoor dat somatische problemen en risico's in een geïntegreerd behandelplan kunnen worden meegenomen.

Vanaf het begin van het traject wordt de patiënt en eventueel diens naaste meegenomen in het belang om al vroeg geïntegreerde psychische/somatische zorg in te zetten.

Het preventieve karakter van de somatische screening, zowel vóór als aan het begin van de behandeling, zit hem in de vroege opsporing van somatische aandoeningen. Dit maakt het mogelijk om snel interventies in te zetten om deze aandoeningen te behandelen of achteruitgang te voorkomen. Tevens kan er bij het kiezen van medicamenteuze behandelopties rekening worden gehouden met de somatische risicofactoren van de patiënt.

Het vroegtijdig inzetten van somatische screening kan waardevol zijn voor verschillende vormen van preventie van psychische aandoeningen. Enkele voorbeelden:

1. In sommige gevallen is behandeling binnen de ggz niet nodig. Bijvoorbeeld wanneer een ontregelde schildklierfunctie de oorzaak is van angstklachten. Of wanneer de psychische klachten worden veroorzaakt door hormonen bij vrouwen in de overgang.
2. Interventies ingezet na somatische screening kunnen de gezondheid, stabiliteit, fitheid en kracht van de patiënt bevorderen. Hierdoor kan een patiënt mogelijk meer profijt hebben van de psychische behandeling in een kortere tijdspanne (effectiviteit/efficiëntie). Denk daarbij aan minder sessies CGT bij een depressie door beweging, of behandeling van ondervoeding met hulp van een

diëtist of vitaminesuppletie. Denk bij het verwijzen naar een diëtist aan een gespecialiseerde diëtist in de ggz ([Diëtisten Psychiatrie Nederland](#)) die de context van de psychische aandoening meeneemt in de behandeling. Let goed op de vergoeding van deze zorg.

3. Het kan nodig zijn om vroegtijdig een andere medisch specialist in te schakelen, waardoor een somatische behandeling meteen kan worden ingezet. Een voorbeeld hiervan is het behandelen van een ontregelde schildklierfunctie of een verhoogd calciumgehalte bij een psychotische depressie. Het simultaan opstarten van zowel het somatische als het psychische zorgtraject kan mogelijk leiden tot tijdwinst en een sneller, effectiever behandelresultaat.

4.7.2 Somatische screening bij herstel, participatie en re-integratie

Somatische screening speelt een cruciale rol bij herstel, participatie en re-integratie van patiënten met een psychische aandoening. De somatische screening past binnen het kader van positieve gezondheid, gedeelde besluitvorming, persoonsgerichte zorg en zelfmanagement (zie [Zorgstandaard Zelfmanagement](#)).

1. De patiënt en zorgverlener kunnen samen, in gesprek met elkaar, aan de slag met de uitkomsten van somatische screening, zodat de patiënt de regie houdt of herkrijgt.
2. De uitkomsten van de screening kunnen patiënten meer bewust maken van hun lichamelijke conditie en leefstijl. Het is goed om bij het bespreken van de uitkomsten duidelijk te maken welke norm als uitgangspunt wordt gebruikt.
3. Een signaleringsplan kan strategieën bevatten voor het omgaan met en behandelen van somatische klachten en aandoeningen.
4. Het is belangrijk om rekening te houden met verschillen in geletterdheid, functioneringsniveau, leeftijd, kwetsbaarheid en belastbaarheid. Bij de belastbaarheid gaat het om wat de patiënt aankan en welke doelen worden gesteld.
5. Somatische screening kan lastig zijn als de uitslagen confronterend zijn. Zo kan bij het meten van de medicatiespiegel de medicatietrouw in het geding zijn. Op dat moment zal het gesprek ook gaan over het belang van medicatie, de kwaliteit van leven en hersteldoelen.

5. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 07-10-2024 Beoordelingsdatum 07-10-2024

5.1 Hoe ziet het zorgproces eruit?

Een patiënt met een psychische aandoening kan op verschillende plekken worden behandeld. Denk daarbij aan een grotere ggz-instelling, een ambulant team of een vrijgevestigde praktijk. Op deze plekken wordt op verschillende manieren invulling gegeven aan somatische screening. Dit hangt onder andere af van de beschikbaarheid van medisch geschoolde professionals* binnen de setting waar de patiënt zich bevindt. Wanneer er geen medisch geschoolde professionals werkzaam zijn, ziet het zorgproces er anders uit dan wanneer er wel medisch geschoolde professionals aanwezig zijn.

In de meeste gevallen is de huisarts de poortwachter en beoordeelt deze de patiënt als eerste. Hij of zij kan daarmee een inschatting maken of medische zorg noodzakelijk is. Zo kan de huisarts bepaalde somatische oorzaken van psychische klachten uitsluiten, zoals een verstoorde (bij)schildklierfunctie of vitaminedeficiënties bij een depressie of psychose. De huisarts volgt hierbij de voor hem of haar geldende richtlijnen ([NHG-standaarden](#)).

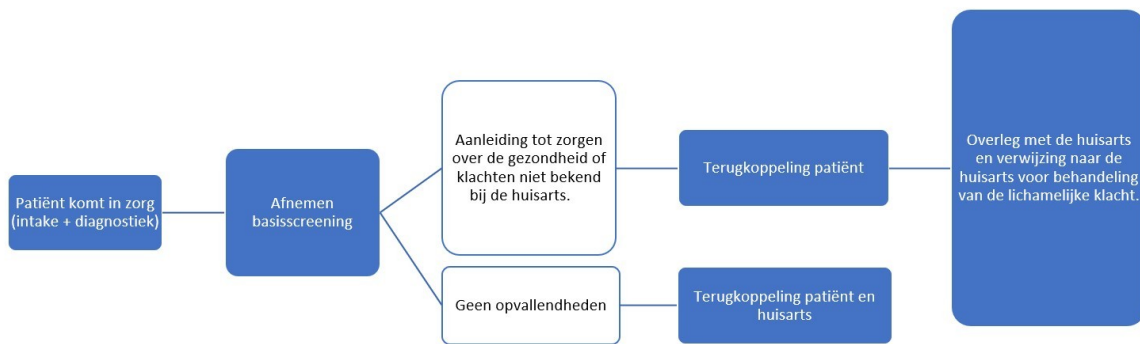
* Toelichtingen

medisch geschoolde professionals: De volgende indeling wordt aangehouden: - Medisch geschoold en kunnen ook interpreteren: medisch specialisten (incl. psychiater en verslavingsarts), verpleegkundig specialist en physician assistant. - Medisch geschoold, maar niet interpreteren van vitale functies en screening op indicatie: verpleegkundigen. - Niet medisch geschoold, niet interpreteren van vitale functies en screening op indicatie: overige zoals psychologen, klinisch psychologen, GZ-psychologen, POH-GGZ (tenzij verpleegkundige achtergrond).

5.1.1 Hoe ziet het zorgproces eruit zonder medisch geschoolde professionals?

Als er binnen de behandelsetting geen medisch geschoolde professionals werkzaam zijn, ligt de nadruk vooral op het signaleren van somatische klachten door middel van een zorgvuldige anamnese (zie [Somatische basisscreening](#)). Denk daarbij bijvoorbeeld aan vrijgevestigde psychologen, instellingen voor beschermd wonen of ambulante woonbegeleiding.

Als deze basisscreening aanwijzingen oplevert die verdere opvolging vereisen, kan de patiënt worden verwezen naar de eigen huisarts. Bij verwijzing is het van belang dat er een duidelijke overdracht wordt gemaakt met zo mogelijk een duidelijke vraagstelling. Hieronder volgt een schematisch stappenplan.

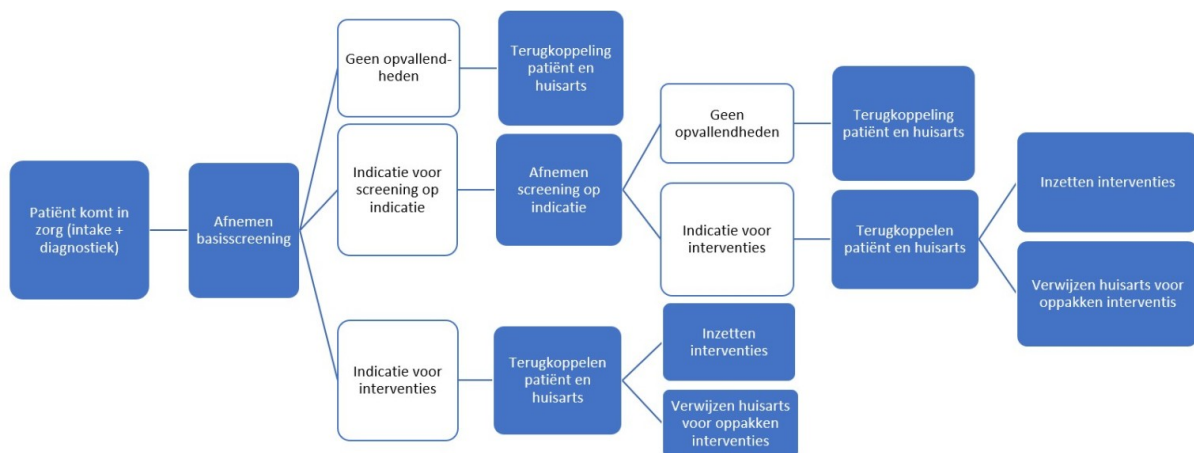


5.1.2 Hoe ziet het zorgproces eruit met medisch geschoolde professionals?

In een setting waarin uitgebreidere somatische zorg mogelijk is door de aanwezigheid van medische professionals, is er meer ruimte voor completere somatische screening door een medische dienst of arts. Het multidisciplinaire karakter van de samenwerking tussen psychische en medische zorg binnen de instelling is hierbij kenmerkend. Dit kan plaatsvinden in een ambulante setting, zoals een FACT-team of in een klinische setting.

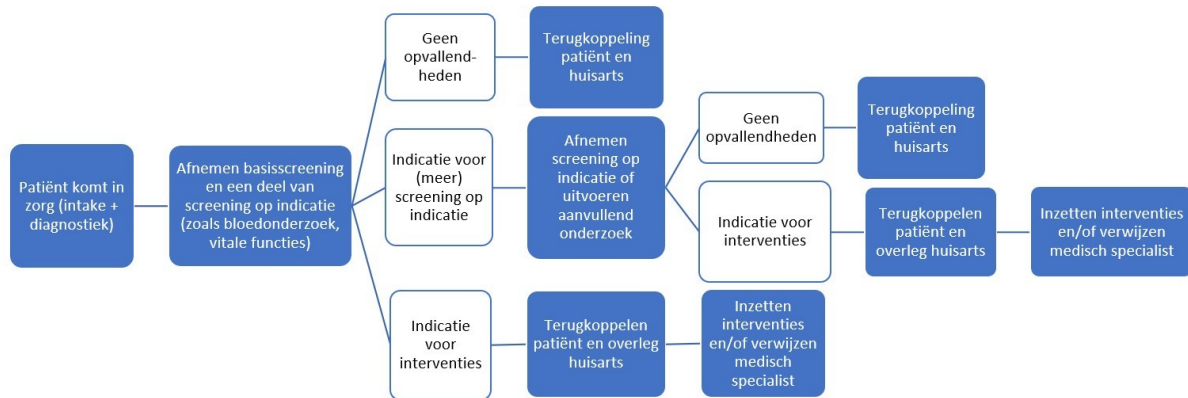
Ambulante setting

In een ambulante setting is het mogelijk dat er samenwerking wordt gezocht met de huisarts. De huisarts werkt volgens eigen richtlijnen (NHG-standaarden), waardoor een goede afstemming tussen ggz en huisarts noodzakelijk is. Onder de interventies valt ook het monitoren van medicatiegebruik, therapietrouw en shared decision making.



Klinische setting

Wanneer er sprake is van een klinische setting wordt de basisscreening direct aangevuld met een aantal punten uit de screening op indicatie. Denk daarbij aan vitale functies en bloedonderzoek (labonderzoek). Samenwerking met de huisarts speelt binnen de klinische setting een minder grote rol, omdat de ggz veel van de interventies zelf uitvoert of direct doorverwijst naar een medisch specialist. Het kan echter belangrijk zijn om overleg te hebben met de huisarts voor meer achtergrondinformatie en afstemming.



5.2 Welke professionals zijn betrokken?

Bij de somatische screening van patiënten met psychische aandoeningen zijn meerdere professionals betrokken. De samenwerking tussen deze professionals is van cruciaal belang om een uitgebreide beoordeling en monitoring van de somatische screening te garanderen. De screening wordt uitgevoerd in een samenwerking tussen verschillende professionals, multidisciplinair of interdisciplinair.

De regiebehandelaar ziet erop toe dat de somatische screening wordt uitgevoerd en draagt zorg voor de samenwerking tussen de verschillende disciplines die bij de somatische screening zijn betrokken. Daarbij ligt de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid bij de betrokken arts (vanuit de instelling) of bij de bij de patiënt betrokken huisarts of medisch specialist (in een setting zonder medische professionals).

Bij de somatische screening kunnen de volgende professionals een rol spelen:

1. huisarts
2. (kinder- en jeugd) psychiater
3. verpleegkundig specialist
4. physician assistant
5. verpleegkundige
6. klinisch geriater/specialist ouderengeneeskunde
7. apotheker
8. verslavingsarts
9. medisch specialist
10. niet medisch geschoolde professionals in de ggz

5.2.1 Huisarts

De huisarts speelt een belangrijke rol bij het monitoren van de lichamelijke gezondheid. Zowel bij de aanvang van psychische klachten tijdens het diagnostisch proces als gedurende het zorgtraject. Vooral in het geval van comorbiditeit tussen psychische en somatische aandoeningen. De huisarts is vaak de eerste professional die de patiënt spreekt. Hij of zij schat in of een somatische component invloed kan hebben op de psychische klachten. Zo nodig kunnen deze somatische klachten en aandoeningen worden opgespoord en behandeld. Op basis van de uitkomst en de ernst van de klachten kan de huisarts verwijzen naar een professional die al dan niet medische zorg aanbiedt.

Als een patiënt in behandeling is bij een instelling waar ook medische zorg wordt verleend, wordt de coördinatie van somatische screening overgedragen. Toch blijft de huisarts een centrale rol spelen. Deze dient regelmatig op de hoogte te worden gehouden van de status van zowel de psychische als de lichamelijke gezondheid. Vooral bij complexe medisch-psychische comorbiditeit zorgt de huisarts (mede) voor continuïteit van zorg en samenwerking met andere specialisten.

Ook in een palliatieve fase is de rol van de huisarts van cruciaal belang. In deze fase verandert de benadering van ziektebehandeling naar symptoombehandeling. Het contact met patiënt is intensiever en persoonlijker. De huisarts werkt volgens de [NHG visie huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek](#).

5.2.2 (Kinder- en jeugd) psychiater

De psychiater, een medisch specialist, speelt een essentiële rol bij het beoordelen, diagnosticeren en behandelen van psychische aandoeningen. Hij of zij is ook verantwoordelijk voor het bewaken van de somatische gezondheid van de patiënt en het coördineren van de samenwerking met andere (medische) professionals zolang de patiënt bij hem of haar in behandeling is. Als de patiënt naar een ander zorgkader of terug naar de huisarts wordt verwezen, is het belangrijk om een goede overdracht te verzorgen betreffende de somatische gezondheid van de patiënt en eventuele benodigde screening of behandeling. Bij meer complexe medisch-psychische comorbiditeit is het van belang dat de psychiater nauw contact onderhoudt met de huisarts en de betrokken medisch specialisten om de continuïteit van de zorg te waarborgen.

5.2.3 Verpleegkundig specialist GGZ

De verpleegkundig specialist richt zich in zijn of haar behandeling op zorg die bijdraagt aan de gezondheid, het functioneren, de kwaliteit van leven en de waardigheid van het leven van de patiënt, zowel thuis als in zorginstellingen. Hij of zij volgt hierbij de 'patiënt journey' en kijkt zo nodig over de grenzen van de eigen instelling of organisatie heen. Als verbindende professional beschikt de verpleegkundig specialist over zowel generalistische als specialistische competenties. Hij of zij treedt op als samenwerkingspartner voor de patiënt, diens naaste, het zorgteam en andere betrokkenen, zowel binnen als buiten de organisatie⁶⁸. Verpleegkundig specialisten hebben een brede kennis van zowel psychische als somatische zorg. Ze kunnen zelfstandig somatische screenings uitvoeren, somatische onderzoeken doen en behandelingen coördineren in samenwerking met andere professionals. De verpleegkundig specialist is bij uitstek geschikt om bij complexe medisch-psychische comorbiditeit de regie te voeren.

5.2.4 Physician assistant

In een aantal ggz-instellingen werken physician assistants (PA). De PA biedt geneeskundige zorg binnen een medisch specialisme en functioneert, net als de verpleegkundig specialist, als zelfstandig indicierend of coördinerend behandelaar. De PA is opgeleid om patiënten te onderzoeken, diagnoses te stellen, te behandelen en te begeleiden. De inzet van de PA is, evenals die van de VS, bevoegd en bekwaam voor de somatische screening van patiënten⁶⁹.

5.2.5 Verpleegkundige

Verpleegkundigen leveren een continue bijdrage aan de systematische screening en monitoring van de somatische conditie van de patiënt. Dit gebeurt bij voorkeur met behulp van gevalideerde screeningsinstrumenten, somatisch onderzoek en laboratoriumonderzoek.

Een belangrijke taak van verpleegkundigen is het bevorderen van zelfmanagement en eigen regie van de patiënt. Het doel is niet noodzakelijkerwijs het bereiken van een perfecte situatie, maar het herstel van vitaliteit, functioneren en participatie. Hierbij is gezamenlijke besluitvorming met de patiënt en, waar nodig, diens naasten van belang.

Bij een somatische screening wordt een beeld gevormd van het zelfmanagement en de gezondheidstoestand van de patiënt. Samen met patiënt en diens naasten wordt onderzocht hoe goede somatische zorg kan worden geleverd. De verpleegkundige gaat met de patiënt in gesprek over een gezond leven, waarbij het gaat om herstel van evenwicht en het zoeken naar de waarde van een gezonder leven (zie [Zorgstandaard Zelfmanagement](#)).

De verpleegkundige bespreekt de uitkomsten van de screening met de verpleegkundig specialist of psychiater. Deze beoordeelt de somatische screening en vraagt gericht aanvullend laboratoriumonderzoek aan. De verpleegkundige stelt een overzicht op van de voornaamste resultaten en bevindingen uit de screening en bespreekt deze met de huisarts. Indien nodig overlegt hij of zij met de psychiater over de inzet van verdere behandeling ⁷⁰

Verpleegkundigen zijn bevoegd en opgeleid om een aantal handelingen bij de screening uit te voeren. Zij staan in direct contact met de patiënt diens naaste en vervullen een centrale rol in de coördinatie van zorg en behandeling. Naast hun bevoegdheid om niet-medische interventies op het gebied van voorlichting, voeding en leefstijl uit te voeren, omvat hun takenpakket ook het meten van bloeddruk, polsfrequentie, gewicht, lengte, buikomvang en het aanvragen van standaard laboratoriumonderzoeken. Als verpleegkundigen worden ingezet bij de somatische screening moet worden zorggedragen voor voldoende bekwaamheid.

De sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen (SPV) heeft een verpleegkundige achtergrond en kan deze rol ook op zich nemen bij voldoende bekwaamheid.

5.2.6 Klinische geriater, internist ouderengeneeskunde en specialist ouderengeneeskunde

Deze drie medische disciplines kunnen— naast de psychiater - allen betrokken zijn bij zorg in de ggz voor de oudere patiënt. De eerste twee zijn medisch specialisten, die zich in het algemeen richten op diagnostiek en behandeling van geriatrische/somatische problemen. Zij werken dan ook binnen de ggz op opname afdelingen, soms ambulant en als consulenten in de chronische zorg.

De specialist ouderengeneeskunde richt zich meer op chronische problemen en werkt vaker binnen de chronische zorg in de ggz, maar soms ook in ambulante teams.

Wanneer uit de somatische screening geriatrische problemen naar voren komen, die nog niet bekend zijn, of complex zijn, dan is de klinisch geriater of de internist ouderengeneeskunde degene die geconsulteerd kan worden voor verder onderzoek naar de oorzaak van deze problemen, beoordeling van mate van kwetsbaarheid en veerkracht en het maken van een geïndividualiseerd behandelplan.

De specialist ouderengeneeskunde beoordeelt mogelijke opties tot stabilisering of verbetering van met name de chronische problemen. Beiden helpen dus bij het inzetten van geïntegreerde zorg. Dit verbetert

de behandelresultaten en de kwaliteit van leven van de patiënten. Sommige klinisch gerieters en internisten ouderengeneeskunde werken uitsluitend in de ggz, maar velen werken zowel in de ggz als in een ziekenhuis, waarmee samenwerkingsafspraken zijn gemaakt. Ook wanneer er in een ggz geen gerieters of internisten ouderengeneeskunde werkzaam zijn, zijn er in het algemeen wél samenwerkingsafspraken met de geriatrie in de ziekenhuizen.

De specialist ouderengeneeskunde werkt ofwel geheel in de ggz, maar soms ook in combinatie met een werkplek in een verpleeghuis.

5.2.7 Apotheker

In de samenwerking met ggz-professionals hebben apothekers een belangrijke rol bij het bewaken van het complete medicatiegebruik van een patiënt. Ze zijn betrokken bij intercollegiaal overleg over interacties, dosering, farmacogenetica en therapeutisch drug monitoring (TDM), oftewel spiegelbepaling. Daarnaast adviseert de apotheker over somatische complicaties die kunnen voortvloeien uit medicamenteuze behandelingen. Bij kwetsbare patiënten en polyfarmacie voert de apotheker jaarlijks een gesprek over het medicatiegebruik met aandacht voor (somatische) bijwerkingen.

5.2.8 Verslavingsarts

Hoewel de verslavingsarts vooral wordt ingezet op het gebied van de somatische gevolgen van een verslaving, is hij/zij evenzeer geëquipeerd voor de behandeling van de psychiatrische verschijnselen die met de verslaving gepaard gaan. De verslavingsarts is in de eerste plaats kundig op het vlak van het complexe ontstaan en verloop van een verslaving en de behandelmethoden daarvoor. Maar de verslavingsarts heeft ook kennis van somatische complicaties van intoxicaties, detoxificatie en het chronisch gebruik van middelen.

Diagnostiek en behandeling van onder andere leverfunctiestoornissen, longaandoeningen en neurologische afwijkingen zijn een vast onderdeel van het werk van de verslavingsarts, die vaak de regierol heeft in de samenwerking met andere specialismen. De verslavingsarts is een specialist die breed naar de patiënt en diens omgeving kijkt. Hij of zij verricht diagnostiek en behandeling ten aanzien van verslaving, maar ook van somatische en psychiatrische comorbiditeit en sociaal-maatschappelijke problematiek. De verslavingsarts is vaak de spin in het web in de samenwerking met andere disciplines.

5.2.9 Medisch specialist

Afhankelijk van de specifieke behoeften van de patiënt kunnen verschillende medische specialisten betrokken zijn bij de somatische screening en behandeling. Denk hierbij aan cardiologen, anesthesiologen, KNO-artsen, pneumologen, endocrinologen, kinderartsen, neurologen, gynaecologen, verloskundigen, tandartsen en anderen.

5.2.10 Niet-medisch geschoolde professional in de ggz

Het overgrote deel van de professionals dat werkzaam is in de ggz heeft een beroep met niet-medische achtergrond. Denk hier bijvoorbeeld aan klinisch (neuro)psychologen, GZ-psychologen, een groot deel van de psychotherapeuten, orthopedagogen generalist, POH-GGZ en GZ-agogen. Van deze groep zijn de klinisch(neuro)psycholoog, de GZ-psycholoog, de psychotherapeut en de orthopedagoog generalist tevens regiebehandelaar in de ggz. Hoewel deze beroepen allemaal een niet-medische achtergrond

hebben, verschillen zij onderling in hun competenties met betrekking tot somatische screening. Zo heeft de klinisch neuropsycholoog bij uitstek expertise in het screenen van cognitieve problemen. En is de klinisch psycholoog, werkzaam in het ziekenhuis of andere medische setting, onderlegd in psychologische en medische kennis.

5.3 Wat zijn randvoorwaarden voor een goede samenwerking?

De behandeling van psychische klachten vindt vaak plaats in verschillende organisaties, al dan niet met medische zorg aanwezig in de organisatie. De somatische screening kan zowel binnen als buiten de eigen instelling worden uitgevoerd. De behandeling van somatische aandoeningen vindt echter vaak plaats op een andere locatie, bijvoorbeeld bij de huisarts of bij een medisch specialist in het ziekenhuis.

Omdat verschillende zorgprofessionals zich op verschillende locaties bevinden, is een goede samenwerking cruciaal. Samenwerking omvat taakverdeling, informatieoverdracht, onderlinge afstemming, coördinatie, regievoering en laagdrempelig overleg met concrete afspraken rondom elke individuele patiënt. Een goede samenwerking leidt tot betere kwaliteit en continuïteit van zorg.

Goede en snelle informatie-uitwisseling (met respect voor privacywetgeving) en toegankelijkheid van informatie zijn belangrijke randvoorwaarden om de samenwerking goed te laten verlopen. Het [Landelijk Schakelpunt](#), waarin professionals met toestemming van de patiënt eenvoudig inzicht hebben in het medicatieoverzicht van de patiënt, is een voorbeeld van een hulpmiddel voor uitwisseling en toegang tot informatie.

Zowel professionals, zorgaanbieders als samenwerkingspartners besteden nu al veel aandacht aan lokale en regionale samenwerking. Dankzij deze samenwerking kunnen zij onnodige en dure zorg voorkomen. Iedere professional werkt binnen de eigen lokale en regionale context uiteraard samen met collega's, maar ook met partners zoals huisartsen, jeugdzorg, wijkteams, gemeenten, politie, justitie, ziekenhuis, GGD, school, woningcoöperaties of het UWV.

De [Landelijke ggz-samenwerkingsafspraken](#) vormen de basis van afspraken tussen huisartsen, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz. Ook het [Integraal Zorgakkoord](#) steekt in op de samenwerking tussen huisartsen, sociaal domein en ggz.

Net zoals voor ieder ander aspect van een ggz-traject (diagnostiek, behandeling, consultatie, monitoring en (terugval)preventie van psychische klachten), is voor somatische screening een bereidheid tot samenwerking essentieel. Dit geldt zowel voor de samenwerking tussen professionals onderling als voor de samenwerking tussen professional en patiënt/naasten (denk aan psycho-educatie, shared decision-making, vroegsignalering en mantelzorg).

Voor een somatische screening dient er een duidelijk omschreven zorgnetwerk rondom de patiënt te zijn waarbij, indien nodig, alle professionals in een zorgtraject van een patiënt kunnen worden betrokken, zowel binnen als buiten de ggz. De huisarts heeft hierin een spilfunctie, maar ook medisch specialisten en andere (para)medische professionals (zoals diëtisten, fysiotherapeuten, leefstijlcoaches) zijn essentieel. Om dit zorgnetwerk goed te laten functioneren, dienen er duidelijke afspraken te worden gemaakt over de samenwerking, taakverdeling, coördinatie en regievoering.

Het meest essentieel voor een succesvolle samenwerking is de positie van de patiënt. In essentie is deze - naar vermogen - verantwoordelijk voor zijn eigen leven en keuzes op het gebied van leefstijl. Het gaat

erom dat de patiënt inzicht krijgt in zijn algehele gezondheid en wat hij of zij kan doen om de uitdagingen positief te beïnvloeden. Het positief beïnvloeden van gedragsverandering is een belangrijke uitdaging. Professionals dienen zich hiervan bewust te zijn en in de samenwerking met de patient deze te stimuleren tot zelfmanagement en eigen regie en verantwoordelijkheid (zie [Zorgstandaard Zelfmanagement](#)).

Randvoorwaarden patiënt en naasten

- **Inzicht** - De patiënt is zich bewust van de eigen rol bij somatische uitdagingen en wat hij of zij daaraan kan doen.
- **Motivatie** - De patiënt is gemotiveerd om verantwoordelijkheid te nemen om uitdagingen op somatisch vlak aan te gaan en deze om te zetten in gedragsverandering. Gebrek aan initiatief staat niet altijd gelijk aan een gebrek aan motivatie.
- **Ondersteuning** - Naasten kunnen een belangrijke ondersteunende en stimulerende rol spelen bij het aanmoedigen van gedragsverandering en dit blijvend vol te houden (zie [Zorgstandaard Naasten](#)).

Randvoorwaarden professionals

- **Proactieve houding** – Bereidheid tot het nemen van verantwoordelijkheid en bijdragen aan de best mogelijke integrale zorg voor de patiënt. Iedere ggz-professional moet weten in hoeverre de patiënt zelfstandig de zorg voor zijn/haar lichamelijke gezondheid kan organiseren⁷¹. De relatie met de patiënt dient gericht te zijn op vergroting van inzicht, bewustwording en bereidheid om te komen tot gedragsverandering die de gezondheid verbetert.
- **Bereidheid tot het uitwisselen van informatie** – Voorbeelden hiervan zijn de verwijfsbrief van huisarts aan de ggz, evenals aanmeld-, voortgangs- en ontslagbrieven van de ggz aan de huisarts (zie [Landelijke samenwerkingsafspraken huisarts en ggz](#)).
- **Domein- en discipline overschrijdend werken** – Professionals moeten bereid zijn over de grenzen van hun specialisme heen te kijken en te werken. Denk bijvoorbeeld aan een psychiater die een leefstijlscreening uitvoert of een psycholoog in de basis ggz die bij een vermoeden van lichamelijke oorzaken contact opneemt met de huisarts voor overleg. Er moet ook bereidheid zijn om bepaalde interventies (deels) over te nemen, zoals het overnemen van somatische medicatie van de huisarts/internist, of het verder monitoren van somatiek om de continuïteit te waarborgen.
- **Kennisuitbreiding en -deling** – Het is van belang om de kennis over de interacties tussen lichaam en geest te vergroten, zowel binnen de ggz als daarbuiten. Dit omvat kennisdeling, screening en motiverende gespreksvoering. Er moet ook een bereidheid zijn tot bijscholing, leren van anderen en meelopen met collega's buiten het eigen vakgebied.

Randvoorwaarden organisatie/instelling

- **Integratie in werkprocedures** – Regelmatige somatische screening dient een vanzelfsprekend onderdeel te worden van de basale werkprocedure. Via het EPD moet dit optimaal worden gefaciliteerd als onderdeel van zowel de intake, het zorgtraject als de overdracht naar de huisarts of POH-somatiek.
- **Middelen en personeel** – Er zijn tijd, personeel en middelen nodig om somatische screening effectief te implementeren en systematisch uit te voeren.
- **Samenwerking buiten de ggz** – Verder dient er ook tijd te worden gereserveerd voor samenwerking, consultatie en overleg met professionals buiten de ggz. Dit is een onderdeel van het primaire werkproces.

5.4 Welke competenties zijn nodig?

De bij de somatische screening betrokken professionals beschikken over verschillende competenties met betrekking tot het uitvoeren van de somatische screening en het effectief waarborgen van de algemene gezondheid van patiënten. Hieronder staan de competenties die hiervoor essentieel zijn. Individuele zorgprofessionals zullen in de regel niet in voldoende mate over al deze competenties beschikken. Professionals hebben de verantwoordelijkheid om zelf de grenzen van hun competenties te kennen.

Door samenwerking te zoeken met professionals die wel over de missende competenties beschikken voor de somatische screening, zorgt de samenwerking ervoor dat alle essentiële competenties aanwezig zijn. Dat kan binnen het eigen multidisciplinaire team zijn of in een interdisciplinaire samenwerking met professionals buiten het eigen team in een setting zonder medische professionals. Een voorbeeld hiervan is de samenwerking tussen een vrijgevestigde professional en de huisarts.

De volgende competenties zijn essentieel voor de betrokken professionals:

1. **Kennis van psychische en somatische aandoeningen:** Professionals moeten een solide basis hebben in zowel psychische als somatische zorg. Ze dienen goed op de hoogte te zijn van de symptomen, risicofactoren, onderhoudende factoren en behandelingen van beide categorieën aandoeningen.
2. **Klinische vaardigheden:** Vaardigheden om een somatische screening uit te voeren. Deze omvatten het uitvoeren van somatische onderzoeken en point-of-care tests. Het interpreteren van laboratoriumresultaten en het herkennen van tekenen van somatische aandoeningen.
3. **Klinisch redeneren:** het is van belang dat professionals adequaat geschoold zijn in het toepassen van klinisch redeneren. Dit vanwege de diagnostisch complexe aard van de problematiek die voorbij kan komen.
4. **Samenwerking en communicatie:** Gezien de multidisciplinaire aard van de somatische screening is het essentieel dat professionals goed kunnen samenwerken en effectief communiceren met andere professionals. Ze moeten informatie kunnen delen, zorgvuldig vastleggen en overdragen en indien nodig overleggen en gezamenlijke beslissingen nemen om de beste zorg te bieden. Een goede communicatie met patiënt en diens naasten is cruciaal.
5. **Bewustzijn van comorbiditeit:** Professionals dienen zich bewust zijn van de mogelijke comorbiditeit tussen psychische en somatische aandoeningen. Ze moeten in staat zijn om complexe interacties tussen beide te herkennen en te begrijpen, en zo nodig passende behandelingen te coördineren.
6. **Bewustzijn van interacties tussen medicijnen:** Inzicht in mogelijke bijwerkingen en interacties tussen medicijnen, en aanpassingen van doseringen indien nodig, is cruciaal.

Met behulp van deze competenties kunnen professionals effectief bijdragen aan de somatische screening in de ggz en ervoor zorgen dat de gezondheid van patiënten op een holistische manier wordt benaderd.

5.5 Welke onderdelen zijn belangrijk in het kwaliteitsbeleid?

Het is belangrijk om voldoende tijd te nemen voor het uitvoeren van een somatische screening, ongeacht de gekozen methode. In deze paragraaf beschrijven we factoren die impact hebben op de kwaliteit van een somatische screening. Denk hierbij aan:

1. aandacht voor somatische screening bij het opleiden van professionals;
2. het faciliteren van de screening door implementatie van een gevalideerd screeningsinstrument in

- het EPD;
- 3. het op peil houden van kennis en vaardigheden ten aanzien van somatische screening bij professionals;
- 4. aandacht voor het borgen van de kwaliteit van de somatische screening binnen zorgorganisaties.

5.5.1 Kwaliteit en scholing

Bij het waarborgen van kwaliteit en scholing met betrekking tot somatische screening zijn de volgende aspecten van belang. Daarbij is het belangrijk te realiseren dat deze aspecten binnen de kennis en verantwoordelijkheden van de eigen discipline vallen. Deze verantwoordelijkheden zullen dus verschillen voor een psychiater en een psycholoog.

Deskundigheid: Professionals dienen over de benodigde kennis en vaardigheden te beschikken om een goede somatische screening uit te voeren. Dit omvat onder andere:

- begrip van relevante medische concepten;
- het kunnen toepassen van screeningstechnieken;
- het uitvoeren van somatische onderzoeken zoals het meten van bloeddruk, pols en buikomtrek;
- het juist interpreteren van screeningsresultaten;
- het voeren van motiverende gespreksvoering.

Actuele kennis: Gezien de voortdurende ontwikkelingen in de medische wetenschap is het belangrijk dat professionals op de hoogte blijven van de laatste inzichten en richtlijnen met betrekking tot somatische screening. Regelmatige bijscholing en het bijhouden van relevante literatuur zijn essentieel.

5.5.2 Kwaliteit en organisatie

Continu leren en verbeteren binnen organisaties moet een standaard onderdeel van het kwaliteitsbeleid zijn. Dit geldt ook voor de borging van somatische screening. Er zijn diverse manieren om de kwaliteit te verbeteren en het leren te faciliteren, zowel tussen professionals onderling als tussen professionals, de patiënt en diens naasten:

1. **Evaluatie:** door middel van evaluatiegesprekken of -bijeenkomsten met betrokkenen.
2. **Multidisciplinair overleg:** besprekingen waarin onder andere de uitkomsten van somatische screening worden behandeld.
3. **Intervisie:** gesprekken of bijeenkomsten zowel binnen een organisatie of team als tussen verschillende organisaties of teams.
4. **Supervisie:** gesprekken of bijeenkomsten om kwaliteit en vaardigheden te toetsen en te verbeteren.
5. **Patiëntbesprekingen:** besprekingen met de patiënt, diens naaste en alle betrokken professionals.
6. **Moreel beraad:** gesprek waarin ethische kwesties besproken worden, aan de hand van een gespreksmethodiek en met behulp van een gespreksleider.
7. **Calamiteitenbesprekingen:** besprekingen met betrokkenen na het voordoen van een calamiteit.
8. **Externe evaluaties:** waarbij professionals uit andere organisaties meekijken en feedback geven.
9. **Incidenten bespreking:** bespreken van somatische en/of farmacotherapeutische incidenten op basis van GIM/VIM meldingen.

Daarnaast is het belangrijk dat zorgorganisaties de ruimte bieden aan hun professionals, zodat:

- zij hun kennis en vaardigheden op peil kunnen houden. Bijvoorbeeld door het bijwonen van referaten, bij- en nascholing, intervisie en supervisie;
- zij met voldoende regelmaat kunnen reflecteren op hun eigen handelen;
- zij toegang hebben tot kwalitatieve en kwantitatieve gegevens, op basis waarvan zij kunnen reflecteren.

Het is essentieel om een organisatiecultuur te creëren waarin professionals zich prettig, veilig, gestimuleerd en gesteund voelen. Dit betekent het opbouwen van een cultuur van onderling vertrouwen, waarin ruimte is om te leren, te verbeteren en goed te reflecteren.

De organisatie zorgt voor de implementatie van een gevalideerd screeningsinstrument in het EPD, met aandacht voor de somatische voorgeschiedenis, familieanamnese, leefstijl en polyfarmacie. Dit omvat zowel een digitale zelf-invulvragenlijst als een sectie die door de professional ingevuld moet worden, wat de uitvoering van somatische screening vergemakkelijkt. Door inbedding in het EPD-systeem, kunnen kwaliteitsindicatoren uit [hoofdstuk 6](#) ook beter bijgehouden worden.

5.5.3 Kwaliteit en professionals

De zorg, en daarmee ook de somatische screening, wordt verleend door professionals die handelen binnen de grenzen van de eigen bekwaamheid, in overeenstemming met de voor hen geldende professionele standaard. De zorgverlening in de ggz wordt daarnaast bepaald door wettelijke voorschriften, onder andere vastgelegd in de volgende wetten:

- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) Zorgverzekeringswet (Zvw)
- Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) Wet langdurige zorg (Wlz)
- Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) Jeugdwet

De professionele standaard, waar richtlijnen, zorgstandaarden en veldnormen onderdeel van zijn, vormt samen met de wet- en regelgeving en de beroepsethiek de basis voor professionals om tot goede zorg te komen.

5.6 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Doelmatigheid is een term die wordt gebruikt om de verhouding tussen de kosten en de behaalde resultaten of voordelen van een bepaalde interventie of behandeling te beschrijven. Met betrekking tot somatische screening in de ggz richt doelmatigheid zich op het beoordelen van de kosteneffectiviteit en de voordelen die deze screening biedt.

Er is nog niet veel uitgebreid onderzoek verricht om de kosteneffectiviteit van somatische screening te bepalen. Hoewel er enkele positieve resultaten zijn gemeld, zijn de bevindingen verdeeld en bestaat er nog steeds onzekerheid over de langetermijnvoordelen en -kosten. Dit komt deels doordat veel onderzoek gericht is op betere somatische zorg als direct gevolg van betere somatische screening^{72 3}⁷³. Dit blijkt niet altijd het geval te zijn, wat extra benadrukt dat het belangrijk is aan de slag te gaan met de uitkomsten van somatische screening.

Het is belangrijk op te merken dat er meer onderzoek nodig is om een volledig begrip te krijgen van de doelmatigheid van somatische screening in de ggz. De doelmatigheid kan variëren afhankelijk van de

setting van de behandeling, de kenmerken van de patiëntengroep en andere contextuele factoren (zie [Somatische basisscreening](#)) . Daarbij is het belangrijk om niet alleen de directe kosten van screening en behandeling in beschouwing nemen, maar ook de indirecte kosten zoals de impact op arbeidsproductiviteit, kwaliteit van leven en ziektekosten.

Veel psychische aandoeningen openbaren zich op jonge leeftijd en kunnen inherent leiden tot slechtere somatische gezondheid. Het is daarom aannemelijk dat tijdige, gedegen interventie op psychische én somatische problemen kosteneffectief zal zijn als alle kosten daarin worden meegenomen.

5.7 Hoe wordt somatische screening gefinancierd?

Bij de financiering van somatische screening in de ggz zijn er enkele belangrijke overwegingen. In de meeste gevallen worden diagnostiek en behandeling voor psychische aandoeningen vergoed vanuit de basisverzekering voor patiënten van 18 jaar of ouder. Voor patiënten onder de 18 jaar wordt financiering voor diagnostiek en behandeling geregeld via de Jeugdwet.

In 2022 werd het zorgprestatie­model geïntroduceerd als de nieuwe bekostigingsmethode voor geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg. Dit model is gebaseerd op prestatiebekostiging, waarbij professionals vergoed worden op basis van verschillende prestaties. Deze prestaties omvatten consulten (diagnostiek en behandeling), verblijfsprestaties en enkele overige prestaties. Het registreren van indirecte tijd is hierbij niet vereist en is verwerkt in de vergoeding voor de directe tijd. De specifieke prestaties bepalen de vergoeding die een zorgaanbieder ontvangt voor het verlenen van geestelijke gezondheidszorg of forensische zorg. Voor de ggz worden eventuele kosten voor laboratoriumonderzoek niet apart in rekening gebracht, maar vergoed als onderdeel van de ggz-tarieven voor consulten en verblijfsprestaties⁷⁴. Kijk voor de meeste actuele informatie over bekostiging op de [website van het Zorgprestatie­model](#).

Het is belangrijk om te vermelden dat in sommige gevallen aanvullende onderzoeken of screenings buiten de basisverzekering vallen. Deze kunnen mogelijk aanvullende financiering vereisen van de patiënt of een aanvullende verzekering. Dit kan het geval zijn bij zeer gespecialiseerde of uitgebreide screeningsmethoden.

6. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 07-10-2024 Beoordelingsdatum 07-10-2024

6.1 Wat zijn kwaliteitsindicatoren?

Kwaliteitsindicatoren worden opgesteld en gebruikt om het eigen zorgproces te verbeteren. Ze dienen als maatstaf voor de kwaliteit van de geleverde zorg. De keuze van indicatoren hangt af van het doel van de zorg en de behoeften van de patiënt. Niet alle indicatoren zijn geschikt voor elk onderdeel van de zorg, voor alle soorten professionals of voor alle patiënten. De professional en de zorgaanbieder bepalen welke indicatoren worden gebruikt om het eigen zorgproces te verbeteren.

Er zijn 3 soorten kwaliteitsindicatoren:

1. Procesindicatoren: deze meten de kwaliteit en effectiviteit van de processen die worden gebruikt om een bepaald doel te bereiken.
2. Structuurindicatoren: deze meten de aanwezigheid en kwaliteit van de middelen en voorwaarden die nodig zijn om een bepaald doel te bereiken.
3. Uitkomstindicatoren: deze meten de uiteindelijke resultaten of effecten van een bepaalde activiteit of interventie.

Voor deze zorgstandaard zijn op basis van de inhoud een aantal proces- en structuurindicatoren geformuleerd.

6.1.1 Procesindicatoren

Procesindicatoren voor somatische screening zijn:

1. Het percentage patiënten waarbij minimaal 1 keer per jaar een somatische screening wordt uitgevoerd.
2. Het percentage patiënten waarbij de uitkomsten en vervolgstappen van de somatische screening is vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier (EPD) en behandelplan.
3. Het percentage patiënten met wie de uitkomsten van somatische screening is besproken.
4. Het percentage patiënten waarvan de uitkomsten van de somatische screening (met goedkeuring van de patiënt) is gedeeld met huisarts, behandelaar of andere betrokken zorgprofessional.

6.1.2 Structuurindicatoren

Structuurindicatoren bij somatische screening zijn:

1. Medisch personeel heeft toegang tot de benodigde instrumenten.
2. Professionals hebben toegang tot vragenlijsten die gebruikt worden tijdens de somatische screening (inclusief somatische en psychische voorgeschiedenis, actuele somatische klachten, medicatie, middelengebruik, familieanamnese, gezondheidsvaardigheden, leefstijl en eventueel tractus anamnese en cognitieve screening).
3. Professionals hebben de mogelijkheid om bij- en nascholing te volgen om hun bekwaamheid in het uitvoeren en interpreteren van somatische screening te verbeteren.

6.1.3 Uitkomstindicatoren

Uitkomstindicator is:

1. Het percentage patiënten dat een afname van hun klachten ervaart na het inzetten van behandelinterventies (naar aanleiding van uitkomsten somatische screening) gedurende de behandelperiode.

7. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 07-10-2024 Beoordelingsdatum 07-10-2024

7.1 Vragenlijst therapietrouw

Een aantal vragen die kunnen helpen bij het achterhalen welke medicatie de patiënt daadwerkelijk gebruikt ¹³.

- Wanneer neemt u de medicijnen in?
- Hoe neemt u de medicijnen in? Met water, melk of grapefruitsap e.d.?
- Weet u waarvoor u de medicijnen gebruikt? Benoem elk middel afzonderlijk.
- Welk effect verwacht u van deze medicijnen?
- Wat is volgens u het nut van deze medicijnen?
- Wat vindt u van de werking van de medicijnen?
- Heeft u ondanks het gebruik van uw medicijnen toch nog klachten, bijvoorbeeld een gebrek aan effect, bijwerkingen of allergieën?
 - Zo ja welke klachten heeft u en sinds wanneer?
- Hoe gebruikt u de medicijnen?
- Wat doet u als u de medicijnen bent vergeten in te nemen?
- Volgt u de gebruiksaanwijzingen op het etiket (of de bijsluiter) of neemt u ze anders in? Lukt het met innemen van de medicijnen?
 - Zo ja, welke?
- Veel mensen vergeten wel eens hun medicijnen in te nemen. Overkomt u dat wel eens?
 - Zo ja, hoe vaak vergeet u ze in te nemen, of twijfelt u of u vergeten bent de medicijnen in te nemen?
 - Om welke medicijnen gaat het?
 - Hoe komt het?
 - Neemt u ze alsnog in?
- Wat zou u graag gewijzigd willen zien in uw medicatie?
- Heeft u nog iets wat u wilt opmerken of vragen over uw medicijnen?

7.2 Somatische screening bij oudere volwassenen

Aandachtspunten voor een specifieke screening bij de oudere patiënt zijn kwetsbaarheid, voedingsstatus, functionele status, mobiliteit en vallen en cognitief functioneren (zie [Seksseverschillen en levensfase](#) en [Zorgstandaard Ouderen met psychische aandoeningen](#)).

In deze bijlage worden aanbevelingen gedaan over hoe bovenstaande geriatrische problemen bij oudere patiënten gescreend kunnen worden, zowel als basis als op indicatie.

De basisscreening bestaat uit een paar eenvoudige vragen en een eenvoudig onderzoek dat wordt afgenomen bij mensen van 60 jaar of ouder. De volgende onderwerpen worden meegenomen in de basisscreening:

1. Kwetsbaarheid: indruk van de loopsnelheid
2. Voedingsstatus: bent u het laatste half jaar afgevallen? Had u de laatste maanden een

verminderde eetlust of gebruikt u drinkvoeding?

3. Vallen: bent u het afgelopen half jaar een of meerdere keren gevallen?
4. Algemeen functioneren: Kunt u geheel zelfstandig voor uzelf zorgen?
5. Geheugen: Hebt u last van uw geheugen?

Wanneer de loopsnelheid minder dan 1 meter per seconde is of op een van de vragen met ja wordt geantwoord, is het voorstel om de anamnese uit te diepen. Daarnaast wordt aanbevolen om een aanvullende screening op indicatie bij de oudere volwassene uit te voeren, zoals hieronder beschreven.

7.2.1 Kwetsbaarheid

Voor het meten van kwetsbaarheid is er keuze uit 2 opties.

1. **Clinical Frailty Scale (CFS)**. Deze schaal is gevalideerd door Rockwood en wordt sinds COVID-19 wereldwijd gebruikt om behandelbeslissingen te ondersteunen. In een korte tijd wordt een indruk gevormd van ziektelast, tempo, mobiliteit en functioneren. Daaruit volgt een score met de volgende opties:
 1. 1 t/m 3: niet kwetsbaar
 2. 4 en 5: mogelijk kwetsbaar, let op
 3. 6 en 7: kwetsbaar
 4. 8 en 9: erg kwetsbaar, korte levensverwachting.
3. **Groningen Frailty Indicator (GFI)** of **Tilburg Frailty indicator(TFI)**. Deze kunnen door de patiënt zelf ingevuld worden. Beide bevatten grotendeels dezelfde vragen. Het advies is een cutoff score van ≥ 8 te hanteren.

7.2.2 Voedingsstatus

1. Wanneer gewicht en lengte bekend zijn en de BMI in de basisscreening beschikbaar is, wordt de Mini Nutritional Assessment short form (MNA-sf) aanbevolen. Deze is gevalideerd om oudere mensen in te delen. Het voordeel van de MNA-sf is dat deze door een diëtist kan worden uitgebreid naar de volledige MNA, waardoor veranderingen in de tijd gemeten kunnen worden. Daarnaast worden psychische klachten terecht als een risicofactor voor ondervoeding gezien. De MNA-sf heeft de volgende categorieën:
 1. 0-7: ondervoed
 2. 8 t/m 11: risico op ondervoeding
 3. 12 t/m 14: normale voedingstoestand.
3. Wanneer lengte, gewicht of BMI niet beschikbaar zijn, kan de Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ) worden gebruikt.

7.2.3 Algemeen functioneren

In de DSM V wordt aanbevolen de WHODAS te gebruiken. Dit instrument omvat het domein algemeen functioneren. Het advies is de WHODAS te gebruiken omdat die gevalideerd is voor alle leeftijdsgroepen en in veel ggz-instellingen wordt gebruikt.

7.2.4 Cognitief functioneren

Wanneer de vraag over het geheugen positief is beantwoord, of er bij anamnese of onderzoek een

verdenking is van cognitieve stoornissen, wordt aanbevolen de MOCA af te nemen, zoals beschreven in Screening op indicatie ([zie Somatische screening op indicatie](#)).

7.2.5 Wat te doen bij positieve scores?

Alle bovenstaande problemen kunnen mogelijk behandeld worden en verbeteren. Hoe eerder ze worden onderkend, des te eerder acties ter verbetering kunnen worden ingezet. Omdat de problemen ook vaak door de psychische klachten of voorgeschreven medicatie ontstaan en in stand worden gehouden, is een integrale benadering van belang.

In de ambulante zorg wordt met de huisarts overlegd over bijvoorbeeld inzetten van een diëtist en/of fysiotherapeut, of verdere analyse op een polikliniek geriatrie.

Bij klinisch opgenomen patiënten worden deze problemen opgenomen in het integrale behandelplan. Hier geeft de ggz de verantwoordelijkheid om bijvoorbeeld in de ggz werkzame geriaters of specialisten ouderengeneeskunde, eigen diëtisten of fysiotherapeuten in te zetten.

7.3 Somatische screening bij EPA

Deze teksten zijn overgenomen uit de richtlijn somatische screening bij EPA uit 2015. De werkgroep vond het van belang om deze informatie niet verloren te laten gaan. Van belang om te weten dat deze informatie specifiek gaat over de EPA doelgroep en geen invloed heeft op de basisscreening die wordt genoemd in de zorgstandaard.

7.3.1 Aanbevelingen algemene somatische screening

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

- algemene somatische screening
- medicatiemonitoring
- 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:
 - Uitvragen van de hoofdklacht: VALTIS (voorgeschiedenis, aard, locatie, tijd, intensiteit, samenhang van de klachten)
 - Medicatie
 - Uitvragen van klachten op de gebieden: respiratoir, circulatoir, digestivus, locomotorius, urogenitalis, endocriene status, zenuwstelsel, hematologische status.
 - Algemene vragen: welbevinden, pijnklachten, gewichtsverandering, bezoek buitenland, allergieën, intoxicaties, vaccinaties.
 - Voorgeschiedenis kwetsbaarheid
 - Familieanamnese
 - 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)
- 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 dat, indien nodig, 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 Winkel ⁷⁵ waarmee leeftijdsonafhankelijkheid het risico op cardiovasculaire ziektes kan worden ingeschat.

7.3.2 Aanbevelingen medicatiemonitoring

- Monitor bij alle mensen met een ernstige psychische aandoening het medicatiegebruik. Dit omvat de volgende activiteiten:
 - 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? Welke aanvullende medicatie gebruikt de patiënt (af en toe)?
 - Systematisch in kaart brengen van de subjectieve ervaringen rondom medicatiegebruik: klachten en therapietrouw.
 - Systematisch vaststellen van de bijwerkingen van de medicatie. Hierbij is minimaal aandacht voor bewegingsstoornissen, cardiovasculaire en metabole problemen, en seksuele problemen.
 - 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.

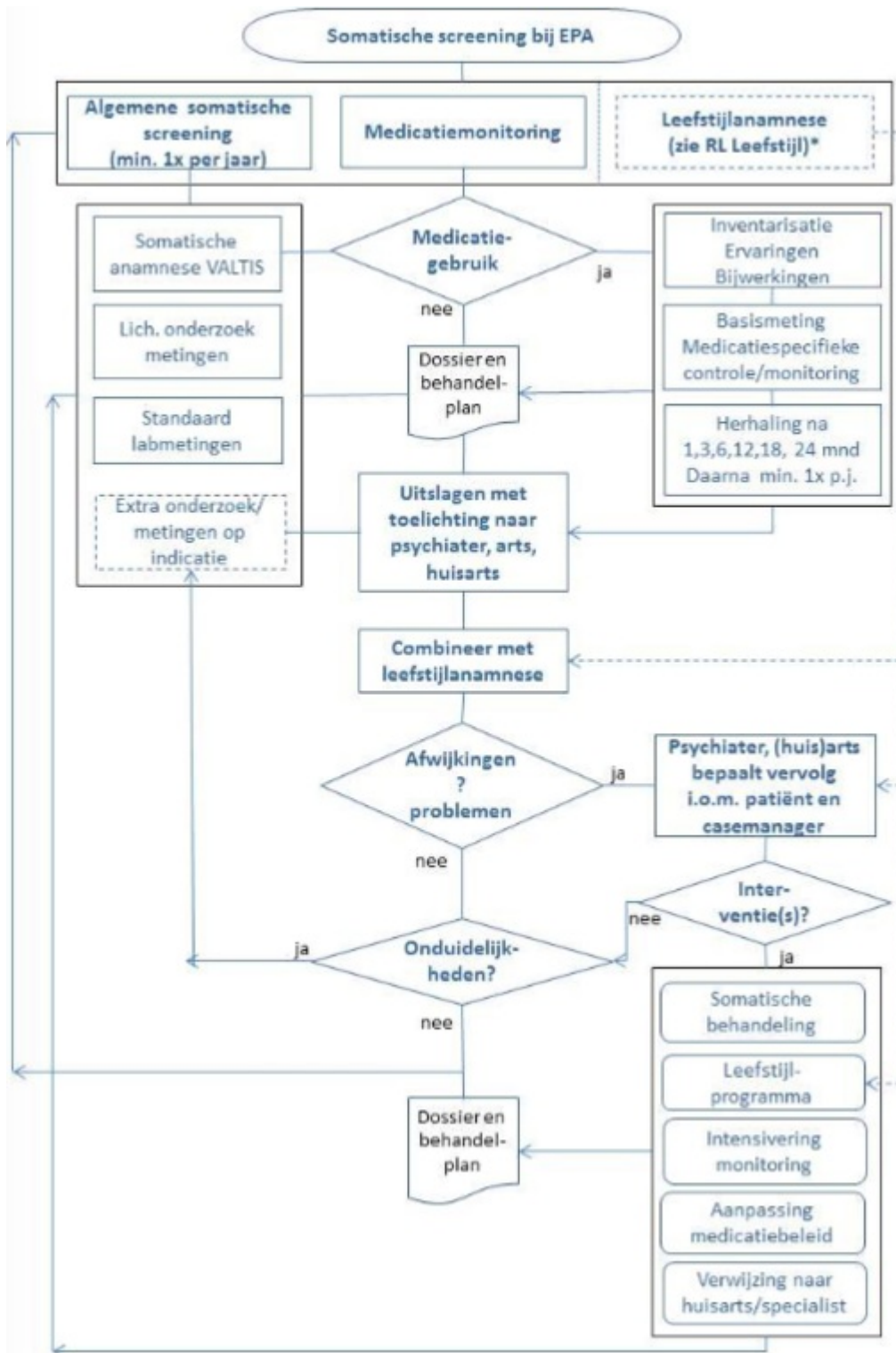
7.3.3 Aanbevelingen leefstijlanamnese

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

- Voeding en eetpatroon (inclusief koffie en energiedranken);
- Bewegen en sport;
- Welbevinden en ontspanning (balans tussen belasting en belastbaarheid);
- Middelengebruik (tabak, alcohol, medicatie verkrijgbaar zonder recept, drugs);
- Slapen (dag- en nachtritme; opstaan);
- Seksueel gedrag en SOA-preventie;
- Hygiëne (waaronder mondhygiëne).
- Breng op basis van de leefstijlanamnese bij mensen met een (risico op) ernstige psychische aandoeningen 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 Leefstijlinbeeld 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:
 - wanneer een meer uitgebreide leefstijlanamnese gewenst is;
 - of wanneer er leefstijlinterventies worden overwogen of worden opgesteld.
- Leefstijl-in-beeld kan vervolgens benut worden voor de planning en uitvoering van leefstijlinterventies.

Stroomschema somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening

Figuur 1: stroomschema somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening



7.3.4 Aanbevelingen frequentie 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. Zorg ervoor dat 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. Vermeld 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. Bespreek wat kan de patiënt verwachten en wat hij of zij kan 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.
- 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 ⁷⁶.
- 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 3 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.

Identificeer ook eventuele complicaties en de noodzaak voor het inzetten van leefstijlinterventies en leefstijlbegeleiding.

- Integreer de somatische screening en de daaruit voortvloeiende vervolgacties in een integraal behandelplan. Bespreek screening en vervolgacties regelmatig tijdens behandelplanbesprekingen.
- 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.

8. Referentielijst

1. Firth, J., Siddiqi, N., Koyanagi, A., Siskind, D., Rosenbaum, S., Galletly, C., et al (2019). The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet Psychiatry*.
2. Valk, E.S. van der, Akker, E.L.T. van der, Savas, M. et al. (2019). A comprehensive diagnostic approach to detect underlying causes of obesity in adults. *Obesity Reviews*;20:795–804. <https://doi.org/10.1111/obr.12836>
3. Firth, J., Siddiqi, N., Koyanagi, A., Siskind, D. & Rosenbaum, S., et al (2019). The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry*, 6(8), 675-712. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30132-4](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30132-4).
4. Plana-Ripoll, O., Weye, N., Momen, N.C., Christensen, M.K., Iburg, K.M., Laursen, T.M. et al. (2020). Changes over time in the differential mortality gap in individuals with mental disorders. *JAMA Psychiatry*;77[6]:648-650.
5. Plana-Ripoll, O., Pedersen, C.B., Agerbo, E., Holtz, Y., Erlangsen, A., Canuda-Romo, V., et al. (2019). A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet*;394[10211]:1827-35
6. Hjorthoj, C., Sturup, 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.
7. Laursen, T.M., Plana-Ripoll, O., Andersen, P.K., McGrath, J.J., Toender, A., Nordentoft, M. et al. (2019). Cause-specific life years lost among persons diagnosed with schizophrenia: is it getting better or worse? *Schizophr Res*;206:284-90.
8. Oakly, P., Kisely, S., Baxter, A., Harris, M., Desoe, J., Dziouba, A., et al. (2018). Increased mortality among people with schizophrenia and other non-affective psychotic disorders in the community: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*;102:245-53.
9. Herwijnen, M. van, & Arts, J. (2015). Zo zet je aan tot zelfmanagement. *Medisch contact*, 837-839.
10. Rademakers, J., Nijman, J., Hoek, L. van der, et al. (2012). Measuring patient activation in the Netherlands: translation and validation of the American short form Patient Activation Measure (PAM13). *BMC Public Health* 12, 577. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-577>.
11. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP). (2019, november). Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de keten. <https://www.knmp.nl/richtlijnen/overdracht-van-medicatiegegevens-de-keten>
12. Pharos. (2022, september). Factsheet: Medicijngebruik bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. www.pharos.nl. Geraadpleegd op 4 oktober 2023, van <https://www.pharos.nl/factsheets/medicijngebruik-bij-patienten-met-beperkte-gezondheidsvaardigheden/#:~:text=Factsheet%20%2F%20september%202022-,Medicijngebruik%20bij%20pati%C3%ABnten%20met%20beperkte%20gezondheidsvaardigheden,z>
13. • Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM). (2007, februari). FTO-module: Aanpak van therapieontrouw. https://www.medicijngebruik.nl/content/products/261/attachments/mod_therapietrouw_Aanpak_ontro
• Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). (2012). Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen . <https://richtlijnen.nhg.org/files/2021-02/2021-02-02%20%20Eindversie%20MDR%20Polyfarmacie.pdf>
• Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). (2022, maart). Richtlijn Medicatietrouw. https://www.venvn.nl/media/hpvd1lxe/202203-richtlijn-medicatietrouw_comm.pdf
14. Sorensen, K., Broucke, S. van den, Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H.

- (2012). (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 25(12), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
15. Twickler, Th. B., Hoogstraaten, E., Reuwer, A.Q., Stronks, K. & Essink-Bot, M.L. (2009). Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden vragen om een antwoord in de zorg. *Ned Tijdschr Geneesk*; 153:A250.
 16. Brandt, E. (2009). De mondige patiënt bestaat niet. *Medisch Contact*; 64: 370-3.
 17. Pharos. (2023, maart). Checklist Herkennen laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden. www.pharos.nl. Geraadpleegd op 6 oktober 2023, van <https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2018/10/Checklist-HERKENNEN-laaggeletterdheid-maart-2022.pdf>
 18. Gierus, J. et al (2015). The Montreal Cognitive Assessment as a preliminary assessment tool in general psychiatry Validity of MoCA in psychiatric patients. *Gen Hosp Psychiatry*;37: 476–480.
 19. Fisekovic, S. et al. (2012), Correlation between MOCA and MMSE for the assessment of cognition in schizophrenia. *ACTA INFORM MED*;20:186-189.
 20. Kaal H.L., Nijman H.L.I. & Moonen X.M.H. (2025). SCIL. Voor volwassenen (SCIL 18+) en jongeren van 14 tot en met 17 jaar (SCIL14-17). Handleiding. Amsterdam: Hogrefe
 21. Wolters, H.A., Knegtering, H., Wiersma, D. & Bosch, R.J. van den (2003). The spectrum of subjective effects of antipsychotic medication. *Acta Neuropsychiatrica*;15:274-9.
 22. Wolters, H.A., Knegtering, H., Wiersma, D., Bosch, R.J. van den (2006). Evaluation of the subjects' response to antipsychotics questionnaire. *International Clinical Psychopharmacology*;21: 63-9.
 23. Boer, M.K. de, Castelein, S., Bous, J., Heuvel, E.R. van den, Wiersma, D., Schoevers, R.A. & Knegtering, H. (2013). The Antipsychotics and Sexual Functioning Questionnaire (ASFQ): preliminary evidence for reliability and validity. *Schizophrenia Research* Nov;150(2-3):410-5. doi: 10.1016/j.schres.2013.08.037.
 24. Harten, P.N. van (2004). Bewegingsstoornissen door medicijngebruik. Een handleiding voor psychiatrisch verpleegkundigen. Soesterberg.
 25. Vork, L., Wilms, E., Penders, J., e.a. (2019). Stool consistency: looking beyond the Bristol Stool Form Scale. *J Neurogastroenterol Motil*; 25: 625.
 26. Maas, A.H. (2018). Women and ischaemic heart disease: treat her like a lady! *i*, 14(10), 1084–1086. <https://doi.org/10.4244/eijv14i10a195>
 27. Maas, A.H. (2018b). Time is up for treatment inequity in women with acute coronary syndromes. *European Heart Journal. Acute Cardiovascular Care*, 8(3), 291–292. <https://doi.org/10.1177/2048872618820190>
 28. McSweeney, J.C., Rosenfeld, A.G., Abel, W.M., Braun, L.T., Burke, L.E., Daugherty, S.L., Fletcher, G.F., Gulati, M., Mehta, L.S., Pettay, C.M., & Reckelhoff, J.F. (2016). Preventing and Experiencing Ischemic Heart Disease as a Woman: State of the Science. *Circulation*, 133(13), 1302–1331. <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000381>
 29. Dijk- Le Cocq d'Armandville, M.C. van, Elias-Smale, S. & Schroeder-Tanka, J. (2018). Hart- en vaatziekten niet genderneutraal. <https://www.medischcontact.nl/tijdschrift/thema/thema-artikel/hart-en-vaatziekten-niet-genderneutraal>. Geraadpleegd op 6 oktober 2023
 30. Boer, J.N. de, Brand, B.A. & Sommer, I.E.C. (2023). Antipsychotica voor vrouwen: overzicht van literatuur en praktijkadviezen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 65(2), 87-94.
 31. Beers, E. (2016). Farmacotherapie bij mannen en vrouwen. *Psyfar*, 11(1).
 32. Boer, J.N. de, Brand, B.A. & Sommer, I.E.C. (2023). [Antipsychotic drugs for women: a narrative review and clinical guidelines]. *PubMed*, 65(2), 87–94. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36912053>
 33. Sommer, I.E., Brand, B.A., Stuijt, C.C.M. & Touw, D.J. (2024). Sex differences need to be considered when treating women with psychotropic drugs. *World psychiatry*, 23(1), 151-152.

- <https://doi.org/10.1002/wps.21155>
34. Wewerinke, A., Honig, A., Heres, M.H.B., & Wennink, J.M.B. (2006). Psychiatrische stoornissen bij zwangeren en kraamvrouwen. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 150, 294-298.
 35. Vlenterie, R., Gelder, M.M.H.J. van, Anderson, R.H., Andersson, L., Broekman, B.F.P. et al. (2021). Associations Between Maternal Depression, Antidepressant Use During Pregnancy, and Adverse Pregnancy Outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 138(4), 633-646. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004538>
 36. Jager, W., & Veldhuis-Vlug, A.G. (2020). Premature overiële insufficiëntie: een ziektebeeld met grote impact. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie*, 133, 22-25.
 37. Szeliga, A., Stefanowski, B., Meczekalski, B., et al. (2021). Menopause in women with schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Maturitas*, 152, 57-62.
 38. Osborne, M.T., Shin, L.M., Mehta, N.N., Pitman, R.K., Fayad, Z.A. & Tawakol, A. (2020). Disentangling the Links Between Psychosocial Stress and Cardiovascular Disease. *Circulation. Cardiovascular Imaging*, 13(8). <https://doi.org/10.1161/circimaging.120.010931>
 39. Szeliga, A., Stefanowski, B., Meczekalski, B., et al. (2021). Menopause in women with schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Maturitas*, 152, 57-62.
 40. Tveit, K., Hermann, M., Nilsen, R. M., Wallerstedt, S., Rongve, A., Molden, E., & Hole, K. (2024). Age of onset for increased dose-adjusted serum concentrations of antidepressants and association with sex and genotype: An observational study of 34,777 individuals. *European Journal Of Clinical Pharmacology*, 80(3), 435-444. <https://doi.org/10.1007/s00228-023-03611-3>.
 41. Brand, B.A., Willemse, E.J.M., Hamers, I.M.H. & Sommer I.E. (2023). Evidence-Based Recommendations for the Pharmacological Treatment of Women with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. Nov;25(11):723-733.
 42. 1. Agnafors, S., Norman Kjellström, A., Torgerson, J. et al. (2019). Somatic comorbidity in children and adolescents with psychiatric disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 28, 1517-1525. 2. Merikangas, K.R., Calkins, M.E., Burstein, M. et al (2015). Comorbidity of physical and mental disorders in the neurodevelopmental genomics cohort study. *Pediatrics* 135(4):e927-e938. 3. Muskens, J.B., Vermeulen, K., Deurzen, P.A. van, Tomesen, E.M., Gaag, R.J., van der Buitelaar, J.K. & Staal, W.G. (2015) Somatic screening in child and adolescent psychiatry: a descriptive pilot study. *Tijdschrift voor psychiatrie* 57(10):710-718 4. Grey, M., Whittemore, R. & Tamborlane, W. (2002). Depression in type 1 diabetes in children: natural history and correlates. *J Psychosom Res* 53(4):907-911 5. Dudeney, J., Sharpe, L., Jaffe, A., Jones, E.B. & Hunt, C. (2017). Anxiety in youth with asthma: a meta-analysis. *Pediatr Pulmonol* 52(9):1121-1129 6. Plioplys, S., Dunn, D.W. & Caplan, R. (2007). 10-year research update review: psychiatric problems in children with epilepsy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Nov;46(11):1389-402. 7. Aldinger, K.A., Lane, C.J., Veenstra-VanderWeele, J. & Levitt, P. (2015). Patterns of risk for multiple co-occurring medical conditions replicate across distinct cohorts of children with Autism Spectrum Disorder. *Autism Res* 8(6):771-781 8. Buie, T., Campbell, D.B., Fuchs, G.J. 3rd et al (2010). Evaluation, diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: a consensus report. *Pediatrics* 125(Suppl 1):S1-S18. 9. Muskens, J.B., Velders, F.P. & Staal, W.G. (2017). Medical comorbidities in children and adolescents with autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorders: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Sep;26(9):1093-1103 10. Muskens, J.B., Ester, W.A., Klip, H., Zinkstok, J., Dongen-Boomsma, M. van, Staal, W.G. (2023). Novel insights into somatic comorbidities in children and adolescents across psychiatric diagnoses: an explorative study. In review 11. Druss, B.G. & Walker, E.R. (2011). Mental disorders and medical comorbidity. *Synth Project Res Synth Rep* 21:1-26 12. Aldinger, K.A., Lane, C.J., Veenstra-VanderWeele, J. & Levitt, P. (2015). Patterns of risk for multiple co-occurring medical conditions replicate across distinct cohorts of children with Autism Spectrum Disorder. *Autism Res* 8(6):771-

- 781 13. Schieve, L.A., Gonzalez, V., Boulet, S.L., Visser, S.N., Rice, C.E., Naarden, B.K. van, & Boyle, C.A. (2012). Concurrent medical conditions and health care use and needs among children with learning and behavioral developmental disabilities, National Health Interview Survey. *Arch. Public Health*; 70, 26. 15. Muskens, J.B. & Staal, W.G. (2022). H8 Kinderen en leefstijlpsychiatrie. In Cahn, W., Deenik, J. & Vermeulen, J. *Leerboek Leefstijlpsychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum ISBN 9789036827041. 16. Kalverdijk, L.J. & Helfrich, E. (2014). *Formularium psychofarmaca Accare. Monitoring op metabole en endocriene bijwerkingen van antipsychotica* (oktober)
43. 1. Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., Meinow, B. & Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, 10(4), 430-439. [https://DOI: 10.1016/j.arr.2011.03.003](https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003) 2. Schäfer, I., Kaduszkiewicz, A., Wagner, H., Schön, G., Scherer, M., Bussche, H. van den (2014). Reducing complexity: a visualization of multimorbidity by combining disease clusters and triads. *BMC Public Health*; 14:1285-1299 3. Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J. et al. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J of Gerontol Med Sc*; 56A:M146-M156. 4. Rockwood, K. & Mitnitski, A. (2007). Frailty in Relation to the Accumulation of Deficits. *J of Gerontol Med Sc*; 62A:722-727 5. Makowski, T. (2019). *Ageing Research Reviews* 53 100903 6. Nunes, B.P., Flores, T.R., Mielke, G.I., Thumé, E. & Facchini, L.A. (2016). Multimorbidity and mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of gerontology and geriatrics*, 67, 130-138. [https://DOI: 10.1016/j.archger.2016.07.008](https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.07.008) 7. Benraad, C.E.M., Haaksma, M.L., Karlietis, M.H.J., Oude Voshaar, R.C., Spijker, J., Melis, R.J.F. & Olde Rikkert, M.G.M. (2020). Frailty as a predictor of mortality in older adults within 5 years of psychiatric admission. *International Journal of Geriatric psychiatry*, 35(6), 617-625. [https://DOI:10.1002/gps.5278](https://doi.org/10.1002/gps.5278) 8. Brown, P.J., Roose, S.P., O'Boyle, K.R., Ciarleglio, A., Maas, B., Igwe, K.C., Chung, S., Gomez, S., Naqvi, M., Brickman, A.M., & Rutherford, B.R. (2020). Frailty and Its Correlates in Adults With Late Life Depression. *The American journal of geriatric psychiatry*, 28(2), 145-154. [https://DOI:10.1016/j.jagp.2019.10.005](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.10.005) 9. Collard, R.M., Comijs, H.C., Naarding, P., & Oude Voshaar, R. (2014). Physical frailty: vulnerability of patients suffering from late-life depression. *AGING & MENTAL HEALTH*, 18(5), 570-578. 10. Veronese, N., Solmi, M., Maggi, S. et al. (2017). Frailty and incident depression in community-dwelling older people: results from the ELSA study. *Int J Geriatr Psychiatry*; 32:e141-e149. 11. Benraad, C.E.M., Disselhorst, L., Laurensen, N.C.W., Hilderink, P.H., Melis, R.J.F., Spijker, J. & Olde Rikkert, M.G.M. (2020). Frailty, multimorbidity and functional status as predictors for health outcomes of acute psychiatric hospitalization in older adults. *Aging & Mental Health*, 24, 119-128. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1515888> 12. Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Tabares-Seisdedos, R., Torrent, C., Vieta, E. & Ayuso-Mateos, J.L. (2009). Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. *Psychother Psychosom*; 78:285-297. 13. Wassink-Vossen, S., Collard, R.M., Wardenaar, K.J. et al. (2019). Trajectories and determinants of functional limitations in late-life depression: A 2-year prospective cohort study. *Eur Psychiatry*; 62:90-96. 14. Bortolato, B., Miskowiak, K.W., Kohler, C.A. et al. (2016). Cognitive remission: a novel objective for the treatment of major depression? *BMC Med*; 14:9.
44. Steenhuis, I. & Overtom, W. (2019). *Positieve Leefstijlverandering* (2de ed.). Amsterdam: SWP
45. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.d.). Gezondheidsverschillen. www.loketgezondleven.nl. Geraadpleegd op 9 oktober 2023, van <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/gezondheidsverschillen>
46. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.d.-b). Armoede, schulden en gezondheid.

- www.loketgezondleven.nl. Geraadpleegd op 9 oktober 2023, van <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/armoede-schulden-en-gezondheid>
47. <https://www.pharos.nl/factsheets/sociaaleconomische-gezondheidsverschillen-segv/>
48. Nivel (2020). De Transparantiemonitor 2019/2020: De betekenis van transparantie voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.
49. <https://www.pharos.nl/factsheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden/>
<https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/persoongerichte-zorg/gezondheidsvaardigheden>
50. Braakman, M. (2023). Hoofdstuk 10 Niet-westerse migranten. Handboek Leefstijlpsychiatrie. Onder redactie van: Cahn, W., Deenik, J. & Vermeulen, J. (2022). Houten: Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum
51. Huisarts-migrant. (z.d.). Geraadpleegd op 9 oktober 2023, van <https://www.huisarts-migrant.nl>
52. Pharos. (z.d.). Gezondheid & Migranten. www.pharos.nl. Geraadpleegd op 9 oktober 2023, van <https://www.pharos.nl/thema/gezondheid-en-migranten/>
53. Lin, S.K. (2022). Racial/Ethnic Differences in the Pharmacokinetics of Antipsychotics: Focusing on East Asians. *J Pers Med* Aug 24;12(9):1362.
54. Koopmans, A.B., Braakman, M.H., Vinkers, D.J., Hoek, H.W., Harten, P.N. van (2021). Meta-analysis of probability estimates of worldwide variation of CYP2D6 and CYP2C19.
55. Lear, S.A. & Gasevic, D. (2019). Ethnicity and Metabolic Syndrome: Implications for Assessment, Management and Prevention. *Nutrients* Dec 19;12(1):15.
56. Merikangas, K.R., Calkins, M.E., Burstein, M. et al (2015). Comorbidity of physical and mental disorders in the neurodevelopmental genomics cohort study. *Pediatrics* 135(4):e927–e938.
57. Muskens, J.B., Velders, F.P. & Staal, W.G. (2017). Medical comorbidities in children and adolescents with autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorders: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 26(9), 1093-1103.
<https://doi.org/10.1007/s00787-017-1020-0>
58. Schieve, L.A., Gonzalez, V., Boulet, S.L., Visser, S.N., Rice, C.E., Naarden Braun, K. van, & Boyle, C.A. (2012). Concurrent medical conditions and health care use and needs among children with learning and behavioral developmental disabilities, National Health Interview Survey, 2006-2010. *Research in developmental disabilities*, 33(2), 467-476. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.10.008>
59. Have, M. ten, Tuithof, M., Dorsselaer, S. van, Schouten, F. & Graaf, R. de (2023). Over NEMESIS NEMESIS Achtergrond <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/over-nemesis/achtergrond/>. Geraadpleegd op: 9 oktober 2023. Utrecht: Trimbos-Instituut
60. Firth, J., Siddiqi, N., Koyanagi, A., Siskind, D. & Rosenbaum, S. et al (2019). The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry*, 6(8), 675-712. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30132-4](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30132-4)
61. Schäfer, I., Kaduszkiewicz, H., Wagner, H., Schön, G., Scherer, M., & Bussche, H. van den (2014). Reducing complexity: a visualisation of multimorbidity by combining disease clusters and triads. *BMC Public Health*, 16(14), 1285-1299. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1285>
62. Birk, J.L., Kronish, I.M., Moise, N., Falzon, L., Yoon, S. & Davidson, K.W. (2019). Depression and multimorbidity: Considering temporal characteristics of the associations between depression and multiple chronic diseases. *Health Psychology*, 38(9), 802-811. <https://doi.org/10.1037/hea0000737>
63. Lemmens, L.C., Delwel, G.O., Meijler, A.P. & Weda, M. (2015). Farmacotherapeutische zorg voor kwetsbare groepen met polyfarmacie moet beter. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 4, 189-195. <https://DOI: 10.1007/s12439-015-0137-1>
64. Cohen, D. (2015). Een ernstige psychiatrische aandoening verkort de levensverwachting. <https://www.henw.org>. Geraadpleegd op 9 oktober 2023, van <https://www.henw.org/artikelen/een-ernstige-psychiatrische-aandoening-verkort-de-levensverwachting>
65. Dickerson, F., Stallings, C.R., Origoni, A.E., Vaughan, C., Khushalani, S., Schroeder, J. & Yolken,

- R.H. (2013). Cigarette smoking among persons with schizophrenia or bipolar disorder in routine clinical settings, 1999-2011. *Psychiatric Services*, 64(1), 44-50.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200143>
66. Schnurr, P. P. (2015). Understanding pathways from traumatic exposure to physical health. In U. Schnyder & M. Cloitre (Eds.), *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians* (pp. 87–103). Springer International Publishing/Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-319-07109-1_5.
67. 'Over de brug'. Phrenos, 2014.
68. Beroepsprofiel verpleegkundig specialist
69. <https://www.napa.nl/physician-assistant/> (NAPA,2024)
70. Werken met de Utrechtse Somatische Screeningslijst - editie - Nurse Academy (nurseacademyggz.nl) Implementatie-Utrechtse-Somatische-Screener.pdf (aiar.nl)
71. Hasselt, F.M. van, Thier, C.S., Rijswijk, E. van, & Loonen, A.J. (2013). Is somatic health screening in patients with severe mental illness of added value? *Perspect Psychiatr Care*. 2014 Jul;50(3):186-92. doi: 10.1111/ppc.12042. Epub Sep 30. PMID: 24111884.
72. Bruins, J., Pijnenborg, G.H.M., Heuvel, E.R. van den, Visser, E., Corpeleijn, E., Bartels-Velthuis, A.A., Bruggeman, R. & Jörg, F. (2017). Persistent Low Rates of Treatment of Metabolic Risk Factors in People With Psychotic Disorders: A PHAMOUS Study. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(8), 1117-1125. <https://doi.org/10.4088/jcp.16m10831>
73. Simoons, M., Mulder, H., Risselada, A.J., Wilmink, F.W., Schoevers, R., Ruhé, H.G. & van Roon, E.N. (2016). Medication Discrepancies at Outpatient Departments for Mood and Anxiety Disorders in the Netherlands: Risks and Clinical Relevance. *The Journal of clinical psychiatry*, 77(11), 1511-1518. <https://doi.org/10.4088/jcp.15m10376>
74. Beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg - BR/REG-24145a https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_752102_22/1/
75. Hert, M. de & Winkel, R. van (2011). Metaboolsyndroom. In Cahn, W. et al. (red.), *Handboek Schizofrenie* (pp. 227-352). Utrecht.
76. Richtlijn voor carbamazepine (NVvP), te vinden op <http://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/richtlijnen/richtlijn-voor-het-gebruik-van-carbamazepine/> Richtlijn voor Clozapine (ClozapinePlusWerkgroep) <http://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/wp-content/uploads/2006/10/richtlijn-clozapine-definitieve-versie-130221-definitief.pdf> Richtlijn voor Lithium (NVvP) <http://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/richtlijnen/richtlijn-lithium/>