

Praktijkvoorbeelden somatische screening

bij mensen met een
psychose of andere
ernstige psychische problemen

Eindrapportage

Door: Lars de Winter & Daniëlle van Duin, Kenniscentrum Phrenos

In opdracht van: Zorginstituut Nederland (contactpersoon: Koen Böcker)

Klankbordgroep: samengesteld uit vertegenwoordigers van NVvP, V&VN, NHG/LHV/PsyHag, De Nederlandse GGZ, Akwa GGZ

Inhoud Eindrapportage

Samenvatting	3
Aanleiding	4
Achtergrond en doelstelling	4
Aard en doel van het project	5
Plan van aanpak en project uitvoering	6
Resultaten inventarisatie praktijkvoorbeelden	8
Werving en bereik voor veldraadpleging	8
Respons en selectie praktijkvoorbeelden	8
Beschrijving praktijkvoorbeelden	9
Evaluatie praktijkvoorbeelden	9
Doelgroepen voor praktijkvoorbeelden somatische screening	9
Gewenste oplossingsrichtingen	10
Knelpunten in de uitvoering en organisatie somatische screening	11
Selectie en uitwerking praktijkvoorbeelden	11
Matrix Overzicht praktijkvoorbeelden	12
Samenvatting belangrijkste bevindingen uit de matrix	13
Uitwerking praktijkvoorbeelden	14
Praktijkvoorbeeld 1	14
Praktijkvoorbeeld 2	14
Praktijkvoorbeeld 3	15
Praktijkvoorbeeld 4	15
Praktijkvoorbeeld 5	16
Praktijkvoorbeeld 6	16
Praktijkvoorbeeld 7	17
Praktijkvoorbeeld 8	17
Praktijkvoorbeeld 9	18
Conclusies, aanbevelingen en aandachtspunten	19
Literatuur	21
Colofon	22
Bijlage 1. Uitwerking praktijkvoorbeelden	23
Bijlage 2. Voorbeelden Standaard brief aan huisarts	29
Bijlage 3. Flowchart van zorgpad	30

Samenvatting

Patiënten met een psychose of andere ernstige psychische aandoening (EPA) hebben vaak last van somatische klachten. Het is daarom belangrijk om structurele jaarlijkse somatische screening bij hen uit te voeren om tot een concreet verbeterplan te komen met concrete afspraken tussen de gespecialiseerde ggz en de eerste lijn, in afstemming met de patiënt.

‘Meer mensen met een psychose krijgen jaarlijks een somatische screening’ vormt één van de verbeterdoelen die partijen in de ggz in het kader van Zinnige Zorg voor mensen met Psychose hebben geformuleerd. Om hieraan bij te dragen heeft Zorginstituut Nederland in samenwerking met ggz-partijen aan Kenniscentrum Phrenos de opdracht gegeven om goede en overdraagbare praktijkvoorbeelden van de implementatie van somatische screening en de afstemming tussen de gespecialiseerde ggz en de eerste lijn (en in het bijzonder de huisartsenpraktijk) te beschrijven.

Via een brede veldraadpleging zijn negen praktijkvoorbeelden rondom somatische screening geselecteerd:

- 1) Draaiboek werkwijze somatische poli's;
- 2) Standaardbrief naar de huisarts;
- 3) Ingebouwde systematiek voor omzetting uitkomsten rondom somatische screening naar behandeladvies;
- 4) Digitaal leefstijlplan;
- 5) Multidisciplinair team eerste lijn en ggz rondom patiënt;
- 6) Flowchart zorgpad somatische screening;
- 7) Expert uitwisseling tussen de zorgdomeinen;
- 8) Detecteren geschikte doelgroepen die nog geen screening hebben gehad vanuit de eerste lijn;
- 9) Inbedding in ROM en behandelplan cyclus.

Alle praktijkvoorbeelden bevatten onderliggende documenten en hulpmiddelen zoals bijvoorbeeld stappenplannen, handreikingen, voorbeeldbrieven en e-learning tools. Deze praktijkvoorbeelden zijn belangrijke elementen van verschillende praktijken rondom somatische screening, die onderscheidend zijn in het bereiken van een specifieke doelgroep, het oplossen van knelpunten bij patiënt, hulpverlener, het team of het systeem, of een specifieke oplossingsrichting biedt. Daarnaast worden de praktijkvoorbeelden op een gebruiksvriendelijke manier gepresenteerd in een afzonderlijk digitaal overzicht geschikt voor toepassing in de praktijk.

Er kwamen uit deze inventarisatie vanuit de praktijk ook vijf belangrijke ontwikkelpunten naar voren:

- 1) Er kan nog beter vervolg worden gegeven aan de uitslagen van de somatische screening naar concrete behandelplannen, en de opvolging van deze plannen.
- 2) Afspraken tussen huisarts en gespecialiseerde ggz rondom de verantwoordelijkheid en uitvoering van somatische screening en de onderlinge terugkoppeling kan beter gestandaardiseerd of geprotocolleerd worden.
- 3) Het samenbrengen van verschillende somatische screeningsinstrumenten kan een duidelijkere gezamenlijke lijn geven rondom de inhoud van somatische screening.
- 4) Er valt nog een hoop te winnen in hoe je de doelgroep het beste kan bereiken.
- 5) Bestuurlijke borging en voldoende financiën zijn belangrijke randvoorwaarden die nodig zijn om somatische screening op een goede manier te implementeren, maar zijn op dit moment niet altijd aanwezig.

Aanleiding

In juni 2020 is het Verbetersignalement Psychose door het Zorginstituut gepubliceerd. Dit signalement is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met verschillende partijen en deskundigen uit het ggz-veld. In het verbetersignalement wordt vastgesteld dat de zorg aan mensen met psychose kan worden verbeterd, onder andere door er voor te zorgen dat meer mensen jaarlijks een somatische screening ontvangen. Om dit verbeterdoel te realiseren is afgesproken dat een plan van aanpak wordt opgesteld, dat de leidraad vormt voor de implementatie in de periode 2021-2025. De voorliggende beschrijving van praktijkvoorbeelden rond somatische screening is een onderdeel van dit plan van aanpak.

Achtergrond en doelstelling

Patiënten met psychose of andere ernstige psychische aandoening (EPA) hebben naast hun psychische klachten ook vaak last van lichamelijke klachten. Zo hebben in Nederland meer dan 50% van de patiënten met een psychotische stoornis [1] en 69% van de patiënten met EPA [2] ernstige lichamelijke problemen in de vorm van metabool syndroom, wat zich uit in de aanwezigheid van tenminste drie van de volgende vijf criteria:

1. Overgewicht in de vorm van een te grote buikomtrek
2. Een te hoge waarde van triglyceriden (vetten) in het bloed
3. Een te hoog cholesterolgehalte in het bloed
4. Een te hoge nuchtere bloedsuiker (hyperglykemie)
5. Een te hoge bloeddruk (hypertensie)

Dit is een substantieel groter aantal dan in de algemene bevolking, waar 28,8% metabool syndroom heeft [3]. Naast bovengenoemde risicofactoren hebben patiënten met EPA ook significant vaker last van gezondheidsproblemen op andere domeinen dan de algemene bevolking. Zo hebben ongeveer 20% van de patiënten met EPA last van longaandoeningen zoals astma en chronische bronchitis, en dit effect staat los van het gebruik van sigaretten [16,17]. Daarnaast blijkt ook uit onderzoek dat patiënten met EPA een hogere kans hebben op borst- en darmkanker dan de algehele bevolking. In het geval van borstkanker kan dit te wijten zijn aan een verhoogd niveau van prolactine in de borst door toedoen van de medicatie en onvoldoende aanwezigheid bij reguliere checks. In het geval van darmkanker komt dit waarschijnlijk door alcoholgebruik en een ongezonder voedingspatroon [16,18]. Deze hoge prevalentie van aanwezigheid van verschillende gezondheidsproblemen bij mensen met psychotische stoornissen en EPA leidt tot een levensverwachting die 15 tot 20 jaar korter is dan in de algemene bevolking [4,5].

Er zijn verschillende factoren uit eerder onderzoek naar voren gekomen die verklaren waarom mensen met (ernstige) psychische problemen meer somatische klachten en een minder hoge levensverwachting hebben dan de algemene bevolking. Zo wordt vaak psychofarmaca gebruik (zowel antipsychotica als antidepressiva en stemmingsstabilisatoren) bij patiënten met een psychische stoornis als een belangrijke factor aangewezen voor deze somatische problemen [6], maar zijn bijvoorbeeld ook leefstijlfactoren, zoals een verminderde fysieke activiteit, ongezondere eetgewoonten en middelengebruik een belangrijke factor hiervoor [7-9,16]. Ook wordt gesuggereerd dat mensen met EPA zich minder bewust zijn van somatische problemen vanwege verminderd cognitief functioneren of door toedoen van medicatie, waardoor somatische problemen minder snel herkend en gerapporteerd worden, en hebben deze mensen vaak een hogere pijngrens [16].

Een breed scala aan factoren spelen dus een rol bij het ontwikkelen van somatische problemen bij mensen met (ernstige) psychische problemen. Er is expertise nodig vanuit verschillende echelons van zorg om dit probleem aan te pakken. Zo ligt bijvoorbeeld de expertise rondom het verbeteren van somatische gezondheidsproblemen meer in de eerste lijn, in het bijzonder bij de huisarts, maar zit de expertise rondom de gevolgen van medicatiegebruik en het verbeteren van leefstijl en positieve gezondheid weer relatief meer bij de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz). Vanwege de verhoogde kans op ernstige somatische problemen en de verkorte levensverwachting bij mensen met psychotische stoornissen en EPA is een multidisciplinaire richtlijn somatische screening EPA opgesteld [10], die adviseert dat iedere patiënt met EPA en iedere patiënt aan wie antipsychotica worden voorgeschreven jaarlijks een volledige somatische

screening, bestaande uit verschillende componenten zoals bijvoorbeeld een lichamelijk onderzoek, medicatiemonitoring en een leefstijlanamnese, moet krijgen. Deze aanbevelingen komen tevens ook terug in de EBRO-module Vroege Psychose en de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie [11,12]. Ook in de eerste lijn zijn brede richtlijnen ontwikkeld om cardiovasculair risicomangement (CVRM) op een goede manier te monitoren. In de betreffende NHG-standaard [13] worden patiënten met EPA echter niet als risicogroep benoemd.

Het is dus van groot belang om beter zicht te krijgen op de somatische problemen bij patiënten met (ernstige) psychische aandoeningen via structurele jaarlijkse somatische screening en op basis van de resultaten van deze screening tot een concreet verbeterplan te komen met concrete afspraken tussen de gespecialiseerde ggz en de eerste lijn in overleg met de patiënt. Dit belang wordt al een paar jaar breed gedragen door zowel de eerste lijn als de gespecialiseerde ggz. Desalniettemin blijft de implementatie van somatische screening tot op de dag van vandaag achter. Zo blijkt uit het verbeter-signalelement zorg voor mensen met psychose [14] dat in de afgelopen 5 jaar slechts circa 17% van mensen met schizofrenie jaarlijks somatisch worden gescreend. Daarnaast blijkt uit recent onderzoek dat bij een onderzoek met drie ggz instellingen in Nederland in 2019 en 2020 bij slechts 7,6% van de mensen met EPA alle vijf de criteria van metabool syndroom zijn gescreend [15]. Een overzicht van goede voorbeelden en een praktische handreiking om zorgprofessionals vanuit zowel de eerstelijnszorg als de gespecialiseerde ggz te ondersteunen in de uitvoering van somatische screening, én de onderlinge samenwerking en afstemming goed op orde te krijgen, is daarom wenselijk. Daarmee kan de (verdere) implementatie van de richtlijnen en daarmee de somatische gezondheid van de betreffende patiënten worden ondersteund.

Aard en doel van het project

Het doel van dit onderzoek is om meerdere geslaagde en overdraagbare voorbeelden (praktijkvoorbeelden) van de implementatie van somatische screening te beschrijven. Het streven is om concrete praktijkvoorbeelden aan te bieden die geschikt zijn voor de invoering en implementatie van somatische screening vanuit de eerste lijn en de gespecialiseerde ggz, alsmede de afstemming en samenwerking tussen eerste lijn en gespecialiseerde ggz. In deze concrete praktijkvoorbeelden zijn ook concrete adviezen verwerkt die gebruikt kunnen worden bij de opzet van somatische screening en de invulling van de samenwerking tussen beide echelons van zorg. De voorbeelden en adviezen kunnen worden gebruikt om inspiratie op te doen en inzicht te bieden in een (verdere) implementatie van somatische screening in de praktijk. De praktijkvoorbeelden zijn geordend naar knelpunten en oplossingsrichtingen. Daarmee wordt niet enkel inzicht geboden voor welke knelpunten en oplossingsrichtingen er al goede voorbeelden beschikbaar zijn, maar ook waar er nog goede voorbeelden missen. Dit zou een impuls kunnen bieden om nieuwe praktijkvoorbeelden te ontwikkelen.

Plan van aanpak en project uitvoering

Het doel van dit onderzoek is om meerdere geslaagde en overdraagbare voorbeelden (praktijkvoorbeelden) van de implementatie van somatische screening en de afstemming of samenwerking tussen de eerste lijn (en in het bijzonder: de huisarts) en de gespecialiseerde ggz rondom dit thema op te leveren. Ook praktijken bij andere professionals in de eerste lijn gezondheidszorg, zoals bijvoorbeeld apothekers, tandartsen en diëtisten of in de basis ggz kunnen relevant zijn om somatische screening bij mensen met ernstige psychische aandoeningen te verbeteren, maar deze vallen buiten de scope van dit project. De beschreven praktijkvoorbeelden worden onderverdeeld in verschillende oplossingsrichtingen en knelpunten waar de praktijkvoorbeelden een oplossing voor bieden. Het streven is daarbij om tenminste drie praktijkvoorbeelden te selecteren die zijn opgezet vanuit de huisartsenpraktijk, en tenminste drie praktijkvoorbeelden te selecteren die zijn opgezet vanuit de gespecialiseerde ggz. Deze praktijkvoorbeelden zijn ontwikkeld voor mensen met (langdurige) psychose en mensen met EPA. Deze praktijkvoorbeelden zullen aangeboden worden in de volgende twee eindproducten:

1. Een digitaal overzicht van praktijkvoorbeelden op basis van de praktijkvoorbeelden die professionals uit de gespecialiseerde ggz en de huisartsenpraktijk ondersteunen in het opzetten, organiseren en uitvoeren van jaarlijkse somatische screening bij patiënten met EPA.
2. Een eindrapport met een procesbeschrijving van het onderzoek, een uitgebreid overzicht van de praktijkvoorbeelden en een beschrijving van de belangrijkste resultaten uit het onderzoek.

Dit project werd uitgevoerd tussen januari 2022 en mei 2022, in drie fases. Deze drie fases worden in het tekstvak op de volgende pagina uitgebreid uitgelegd.

Fases in de projectuitvoering

Fase 1. Brede inventarisatie praktijken

In deze fase hebben de onderzoekers van kenniscentrum Phrenos (vanaf nu aangeduid als 'we') een zo compleet mogelijk beeld proberen te krijgen van relevante aanpakken en praktijken op het gebied van somatische screening via zowel een open als een selectieve veldraadpleging. De open veldraadpleging ging via een korte online survey met een paar open vragen naar de aanpak op hoofdlijnen. Deze online survey is breed is uitgezet via verschillende lerende netwerken rondom dit onderwerp. Op basis van de inhoud van de respons uit deze survey werden een aantal praktijken die goed binnen het project pasten uitgenodigd voor een verdiepend interview. Bij de selectieve veldraadpleging werden al een aantal praktijken die reeds bekend waren bij het onderzoeksteam en de klankbordgroep direct benaderd en uitgenodigd voor het verdiepende interview. In het verdiepend interview werden de volgende aspecten uitgevraagd: 1. Kenmerken van de organisatie waarin de aanpak werd uitgevoerd; 2. De inhoud van de aanpak of het praktijkvoorbeeld; 3. De organisatie van de aanpak of het praktijkvoorbeeld; 4. Verzoek om aanvullende documenten en deelbare producten met de onderzoekers te delen; 5. In hoeverre voldoet de aanpak aan de voorgeschreven richtlijnen; 6. Welke factoren in de ogen van de geïnterviewde essentieel zijn voor succesvolle implementatie en continuering van somatische screening, en waar hun aanpak in uitblonk.

Fase 2. Evaluatie, integratie en verdieping praktijkvoorbeelden

Uit alle praktijken uit de verdiepende interviews zijn in fase 2 concrete, overdraagbare en goed uitgewerkte elementen, in de vorm van praktijkvoorbeelden gekozen en vervolgens langs drie pijlers gelegd: doelgroep, knelpunten en oplossingen. Deze drie pijlers zijn nader samengesteld in afstemming met de opdrachtgever en de adviesgroep tijdens de tussenrapportage. We zullen uiteindelijk de praktijkvoorbeelden kiezen op basis van concreetheid en overdraagbaarheid of omdat het praktijkvoorbeeld voorziet aan een behoefte of oplossing die niet in andere praktijken of elementen terug te vinden zijn.

Fase 3. Opstellen eindproducten

De praktijkvoorbeelden zijn vervolgens in twee eindproducten gepresenteerd:

1. Een digitaal overzicht van praktijkvoorbeelden, waarbij de praktijkvoorbeelden op een interactieve, beknopte, en gebruiksvriendelijke manier worden gepresenteerd en toegang gegeven wordt tot meer informatie over specifieke praktijkvoorbeelden en onderliggende hulpmiddelen zoals flowcharts, e-learning tools, protocollen of handreikingen. Dit is in samenwerking met een externe vormgever ontwikkeld.
2. Daarnaast is het voorliggende uitgebreide onderzoeksrapport opgesteld, waarbij we dieper ingaan op de inventarisatie en veldraadpleging van alle praktijken, de keuze en selectie van de praktijkvoorbeelden en een beschrijving van de setting en inhoud van deze praktijkvoorbeelden.

Resultaten inventarisatie praktijken

Werving en bereik voor veldraadpleging

Zoals in bovenstaande sectie staat beschreven hebben we praktijken geworven via een open en een selectieve veldraadpleging.

Voor de selectieve veldraadpleging hebben we een aantal contactpersonen die bij de onderzoekers zelf, de opdrachtgever of bij onze adviseur (Jeroen Deenik van GGZ Centraal) bekend waren direct benaderd voor een verdiepend interview. Deze contactpersonen werden uitgenodigd wanneer het praktijkvoorbeeld of de aanpak naar onze inschatting goed uitgewerkt was, goed binnen het doel van het onderzoek paste en breed werd geïmplementeerd.

De open veldraadpleging bestond uit een korte online survey die breed werd uitgezet. De online survey diende als een eerste screening om te bepalen welke praktijken rondom somatische screening de moeite waard waren om verder uit te diepen in een verdiepend interview. Het verzoek om deel te nemen aan de open veldraadpleging, met uitleg van het doel van het project, werd breed uitgezet bij de volgende netwerken die zich bezig houden met het thema leefstijl en somatische gezondheid:

- 1) De werkgroep Zinnige Zorg Somatische Screening, gefaciliteerd door het Zorginstituut
- 2) Het lerend netwerk leefstijl en somatische gezondheid van Kenniscentrum Phrenos
- 3) Het Waardenetwerk Verslaving en Gezonde Leefstijl van de Nederlandse ggz
- 4) PsyHAG: een netwerk van kaderhuisartsen in de ggz.

Deze vier netwerken samen hebben een breed, en waarschijnlijk nagenoeg sluitend, bereik van alle professionals, onderzoekers en managers vanuit de gespecialiseerde ggz en de eerstelijnszorg die zich inzetten voor de verbetering van de leefstijl en de somatische gezondheid van mensen met ernstige psychische problemen.

De volledige veldraadpleging heeft in een periode van ongeveer zes weken plaatsgevonden. Dit is inclusief initiële werving, inplannen, uitvoeren en uitwerken van interviews en afstemming van de inhoud van de uitwerking met de betrokken experts die zijn geïnterviewd. Deze korte doorlooptijd van de uitvraag binnen dit project heeft ons als onderzoekers genoodzaakt een snelle en pragmatische selectie uit te voeren en heeft veel tijd, inzet en betrokkenheid van de experts gevraagd. Dit snelle proces kan als gevolg hebben gehad dat we andere relevante en goed uitgewerkte praktijken en aanpakken hebben gemist, bijvoorbeeld vanwege het feit dat de korte doorlooptijd te weinig ruimte bood voor sommige experts om binnen de tijd de gewenste input in de online survey te leveren. Dit is een belangrijke disclaimer om te plaatsen bij het wervingsproces. Ondanks deze mogelijke belemmering zijn we naar onze inschatting wel gekomen tot een relevant en divers overzicht van concrete praktijken uit zowel de eerste lijn als de gespecialiseerde ggz.

Respons en selectie praktijken

Uit de hierboven beschreven selectieve veldraadpleging hebben we vijf praktijken geselecteerd die we direct hebben benaderd voor een verdiepend interview. Bij de open veldraadpleging zijn via de online survey tien praktijken rondom somatische screening met ons gedeeld. Daarnaast zijn door het netwerk nog drie aanvullende praktijken aangedragen met een korte beschrijving van hoe deze zijn opgezet. Uit deze dertien praktijken uit de open veldraadpleging hebben we nogmaals zes praktijken geselecteerd om mee te nemen in de verdiepende interviews. Uiteindelijk zijn er daarmee verdiepende interviews uitgevoerd bij elf praktijken rondom somatische screening die op hun eigen manier goed uitgewerkt of uniek waren of goed pasten binnen het doel van het onderzoek. Van deze elf praktijken waren er zes specifiek opgezet in de gespecialiseerde ggz, waren drie praktijken specifiek opgezet vanuit de eerste lijn en waren twee praktijken breed opgezet en worden deze toegepast in beide echelons van zorg.

Beschrijving praktijken

De elf praktijken die zijn geïnterviewd en worden geëvalueerd staan beschreven in bijlage 1. Uit deze elf praktijken zullen we concrete en overdraagbare elementen selecteren die we in de volgende fase als praktijkvoorbeeld evalueren.

Evaluatie praktijkvoorbeelden

Bij alle elf praktijken hebben we gekeken naar concrete, overdraagbare en goed uitgewerkte elementen (praktijkvoorbeelden) die naar voren kwamen uit de interviews. Deze praktijkvoorbeelden hebben we langs drie pijlers gelegd:

1. Voor welke doelgroep is het element van toepassing?
2. Op welke gewenste oplossingsrichtingen is het element gericht?
3. Welke knelpunten lost het element op?

We zetten de doelgroepen, gewenste oplossingsrichtingen en knelpunten in onderstaande sectie op een rij.

Doelgroepen voor praktijkvoorbeelden somatische screening

Uit de interviews kwam naar voren dat er een aantal groepen patiënten te onderscheiden waren waarbij somatische screening heeft plaatsgevonden of bij gewenst is:

1. Patiënten met medicatiegebruik of somatische gezondheidsproblemen die een screening geweigerd hebben of niet in beeld zijn bij de huisarts of gespecialiseerde ggz (zorgmijders).
2. Patiënten die gescreend zijn vanuit de gespecialiseerde ggz (de zorg en monitoring kan deels ook plaatsvinden in de eerste lijn) (screening s-ggz).
3. Patiënten die gescreend zijn vanuit de eerste lijn (de zorg en monitoring kan deels ook plaatsvinden in de gespecialiseerde ggz) (screening eerste lijn).
4. Patiënten die niet in beeld zijn, maar wel in aanmerking komen voor een eerste somatische screening (eerste screening).
5. Patiënten die een eerdere somatische screening hebben gehad, eventueel door een andere zorgaanbieder, en waarbij een nieuwe somatische screening gewenst is (screenings historie).

Bij de beschrijving van de praktijkvoorbeelden zullen we aangeven op welke van deze vijf doelgroepen de praktijkvoorbeelden gericht zijn.

Gewenste oplossingsrichtingen

Op basis van de informatie uit de verdiepende interviews hebben we, in overleg met de opdrachtgever en adviseurs, een aantal oplossingsrichtingen op een rij gezet, die als randvoorwaarden fungeren voor een goede en volledige somatische screening. Deze oplossingsrichtingen hebben op meerdere niveaus betrekking. We hebben de volgende oplossingsrichtingen en randvoorwaarden op een rij gezet.

1. **Helder doel.**

Het doel van het praktijkvoorbeeld is helder, concreet en haalbaar rondom de volgende aspecten: 1) beoogde doelgroep; 2) beoogde resultaten; 3) beoogde vervolgstappen die gekoppeld worden aan de resultaten.

2. **Goede uitwerking.**

Het praktijkvoorbeeld is in een vergevorderd stadium van uitwerking in de vorm van deelbare visiedocumenten, beleidsstukken, onderzoeksrapporten of een breed gedragen plan van aanpak.

3. **Groot bereik en brede implementatie.**

Het praktijkvoorbeeld wordt op brede schaal bij een groot aantal beoogde patiënten, teams of organisaties uitgevoerd.

4. **Breed draagvlak.**

Het praktijkvoorbeeld of wordt breed gedragen binnen de organisatie, er wordt vanuit het bestuur of management actief beleid op gevoerd om het praktijkvoorbeeld te implementeren, en er worden hierin genoeg middelen voor beschikbaar gesteld en heldere afspraken over gemaakt.

5. **Goede toepasbaarheid.**

Het praktijkvoorbeeld is goed en snel toe te passen in de somatische screening van patiënten door middel van korte afnameuur van de instrumenten, eenvoudig in het gebruik, en overzichtelijk in zowel het gebruik als in de getoonde resultaten.

6. **Overdraagbaar en gebruiksvriendelijk.**

Het praktijkvoorbeeld is goed overdraagbaar en openbaar toegankelijk voor andere organisaties, sluit goed aan bij de registratiesystemen binnen de organisatie en is eenvoudig en gebruiksvriendelijk toe te passen bij verschillende teams en zorgpaden.

7. **Goede samenwerking tussen verschillende echelons van zorg.**

De uitvoering van het praktijkvoorbeeld komt tot stand via een intensieve samenwerking, of zelfs integratie, tussen verschillende echelons van zorg of typen zorgprofessionals met duidelijke afspraken wie de regie, verantwoordelijkheid en eigenaarschap heeft in welke fase van het proces. In het bijzonder: een goede samenwerking tussen regiebehandelaar, screener, huisarts, en (indien van toepassing) somatisch medisch specialist of andere eerstelijns hulpverlener (bv. diëtist, beweegprofessional of leefstijlcoach).

8. **Beschikbaar trainingsmateriaal.**

De uitvoering van het praktijkvoorbeeld wordt ondersteund en geüniformeerd met behulp van trainingsmateriaal of een trainingsprogramma die wordt verzorgd door meerdere trainers of een organisatie die verantwoordelijk is voor de training rondom de aanpak of het praktijkvoorbeeld.

9. **Veel positieve impact op patiënt.**

De patiënt heeft baat bij de somatische screening, wordt goed betrokken bij het proces, wordt flexibel ondersteund, de uitkomsten worden actief met de patiënt besproken en de wens van de patiënt staat centraal bij de uitvoering en de vervolgstappen rondom de uitvoering van de somatische screening.

10. **Goede ondersteuning bij vervolgstappen na afloop van screening.**

Een belangrijk onderdeel van het praktijkvoorbeeld is dat het ondersteunt in, of uitnodigt tot, een concreet plan van aanpak met heldere vervolgstappen om de opgedane kennis rondom de somatische gezondheid bij de patiënt te gebruiken voor gezondheid bevorderende initiatieven, interventies of leefstijlplannen.

Knelpunten in de uitvoering en organisatie somatische screening

Vanuit het Zorginstituut Nederland (ZIN) is op basis van nationale en internationale literatuur en vanuit de uitvraag van een expertpanel een overzicht gemaakt van knelpunten die een rol spelen bij de implementatie van somatische screening van mensen met psychose. Dit overzicht hebben we aangevuld met knelpunten die naar voren kwamen uit de interviews van het huidige project. Het overzicht is niet uitputtend, maar geeft wel een beeld waar zorgverleners over het algemeen tegenaan lopen bij de uitvoering en organisatie van somatische screening. In dit rapport generaliseren we deze bevindingen waar mogelijk naar de bredere groep van mensen met EPA en gaan we na voor welke knelpunten de gevonden goede voorbeelden een oplossing kunnen bieden. De knelpunten zijn ingedeeld naar factoren rond de client, de hulpverlener, het team, de organisatie, en het systeem.

1. De client.

Mensen met een psychotische stoornis en andere ernstige psychische aandoeningen hebben vaak last van negatieve symptomen, wat zich uit in apathie en lusteloosheid, waardoor het initiatief tot een gezonde leefstijl en zelfzorg wordt bemoeilijkt. Daarnaast vindt er relatief veel zorgmijndend gedrag plaats in deze groep en is er weinig therapietrouw. Wanneer men lichamelijke klachten ervaart zoekt een deel van deze groep eerder compensatie in middelengebruik in plaats van zorg te zoeken en aanvaarden. Andere factoren waardoor een deel van de betrokkenen langer wacht met hulp zoeken zijn: een gebrek aan ziekte-inzicht, stigmatisering door hulpverleners, een hoge pijndrempel, moeite met interpreteren van en kennis over fysieke symptomen, cognitieve achteruitgang, paranoïde neigingen, communicatieproblemen en sociale isolatie.

2. De hulpverlener.

Hulpverleners in de ggz kunnen te weinig kennis over en aandacht voor somatische problemen hebben bij de doelgroep, mede vanwege tijdgebrek. Mensen met psychose en andere ernstige psychische problemen worden soms niet als risico groep voor cardiovasculaire problemen gezien en reële lichamelijke klachten worden niet altijd serieus genomen. Huisartsen voelen zich soms onvoldoende toegerust om bij terug verwijzing uit de ggz de medicatie aan te passen en de bijwerkingen te wegen en behandelen, waardoor medicatie niet meer optimaal wordt geëvalueerd. Bij veel hulpverleners is sprake van een gebrek aan eigenaarschap: de psychiater ziet het behandelen van psychiatrische symptomen als zijn primaire taak en huisartsen voelen zich onbekwaam bij de zorg voor mensen met psychiatrische problemen, waardoor beiden terughoudend zijn in het monitoren van de fysieke gezondheid bij mensen met complexere psychische problemen. Stigmatisering door hulpverleners draagt bij aan het uitstellen van hulp zoeken door cliënten en het minder snel in zorg nemen door huisartsen.

3. Het team.

Op team niveau speelt mee dat in FACT teams en poliklinische teams in de ggz vaak een somatisch geschoolde verpleegkundige ontbreekt.

4. De organisatie.

In veel grote ggz organisaties is sprake van gedeelde cliëntenzorg, waarbij onduidelijk is wie verantwoordelijk is voor de monitoring van fysieke gezondheid. Daarnaast spelen personeelstekort, een te hoge caseload, en gebrek aan somatische kennis in de ggz een rol. Op verschillende niveaus ontbreekt goede communicatie rond somatische gezondheid; er vindt vaak een 'koude' overdracht plaats van ggz naar de huisarts, afspraken over somatische screening tussen huisarts en ggz komen moeilijk tot stand, er is geen standaard terugkoppeling van ggz naar RIBW, en is er een gebrek aan aanbieders van tandheelkundige zorg voor deze complexe doelgroep. Tenslotte is er te weinig inbedding van de somatische screening in de ROM en de behandelplan cyclus.

5. Het systeem.

Over het algemeen is er een gebrek aan afstemming en samenwerking tussen psychiatrie, huisartsen en apothekers. Dit wordt versterkt door onduidelijke richtlijnen en tegenstrijdigheden in verschillende aparte richtlijnen voor de aparte echelons. Daarbij ontbreekt bijvoorbeeld de doelgroep met psychose of een andere ernstige aandoening in de NHG standaard voor cardiovasculair risicomanagement. Ook ontbreekt een eenduidige echelon overstijgende richtlijn die beschrijft wie, wanneer (in welke fase) wat moet doen aan somatische screening. Ook het ontbreken van een financieel systeem rond vergoeding, beloning of sancties is een belangrijke belemmerende factor. Als laatste speelt de hardnekkig scheiding tussen psychiatrische en somatische zorg een rol, waarbij binnen een deel van de ggz de attitude heerst dat een somatisch onderzoek de behandelrelatie zou verstoren.

Selectie en presentatie praktijkvoorbeelden

We hebben de verschillende praktijkvoorbeelden langs de drie bovengenoemde pijlers (doelgroep, knelpunten en oplossingsrichtingen) gelegd. Vervolgens hebben we alle praktijkvoorbeelden geëvalueerd en gekeken of ze voldeden aan minimaal één van de volgende drie criteria:

1. Geeft het praktijkvoorbeeld een concrete oplossing die relatief eenvoudig is toe te passen binnen de gespecialiseerde ggz of de huisartsenpraktijk?
2. Is het praktijkvoorbeeld overdraagbaar in de vorm van deelbare documenten, websites of laagdrempelig te volgen trainingsmateriaal?
3. Voldoet het praktijkvoorbeeld aan een onvervulde behoefte of biedt het praktijkvoorbeeld een oplossing die nergens anders is terug te vinden?

Alle praktijkvoorbeelden zijn terug te vinden in Matrix overzicht praktijkvoorbeelden. Deze matrix is opgedeeld in twee onderdelen: oplossingsrichtingen en knelpunten. Bij ieder onderdeel staat de oplossingsrichting of het knelpunt in de linkerkolom en wordt iedere praktijkvoorbeeld geplaatst in de rij van de oplossingsrichting waar het praktijkvoorbeeld aan voldoet, of het knelpunt wat het praktijkvoorbeeld beoogt op te lossen. Daarnaast is bovenaan ieder onderdeel te vinden op welke doelgroep het praktijkvoorbeeld is gericht. Op deze manier kan in de matrix genavigeerd worden naar het praktijkvoorbeeld die zich richt op de doelgroep en de oplossingsrichting of knelpunt naar keuze. Tot slot hebben we onderaan ieder onderdeel van de matrix een legenda toegevoegd met daarin een zeer beknopte titel van iedere praktijkvoorbeeld. De praktijkvoorbeelden zijn voornamelijk gericht op de organisatie en opzet van de somatische screening bij mensen met ernstige psychische problemen binnen de eerste lijn of de gespecialiseerde ggz. Ook zijn sommige praktijkvoorbeelden gericht op de integratie en afstemming tussen beide echelons van zorg. De meeste praktijkvoorbeelden zijn concreet of deelbaar voor de praktijk. Een uitgebreide beschrijving en uitwerking van deze praktijkvoorbeelden is te vinden onder het onderdeel Uitwerking praktijkvoorbeelden.



Oplossingsrichtingen van praktijkvoorbeelden

↓ Oplossingen	Doelgroep →	Zorgmijders	S-ggz – eerste lijn	Eerste lijn – s-ggz	Eerste screening	Screeningshistorie
1. Helder doel			PV 9		PV 8	PV 8
2. Goede uitwerking			PV 3 PV 6			
3. Groot bereik en brede implementatie			PV 1	PV 7	PV 8	PV 8
4. Breed draagvlak					PV 8	PV 8
5. Goede toepasbaarheid			PV 2 PV 4 PV 6	PV 7		
6. Overdraagbaar en gebruiksvriendelijk			PV 2 PV 3 PV 6			
7. Goede samenwerking tussen verschillende echelons van zorg			PV 2 PV 1	PV 5	PV 7	
8. Beschikbaar trainingsmateriaal				PV 5		
9. Veel positieve impact op patiënt			PV 4 PV 9	PV 5		
10. Goede ondersteuning bij vervolgstappen na afloop van screening			PV 3 PV 4 PV 9	PV 5		

PV 1: Draaiboek somatische poli's; PV 2: Standaardbrief huisarts; PV 3: Ingebouwd behandeladvies; PV 4: Digitaal leefstijlplan; PV 5: Multidisciplinair team; PV 6: Flowchart zorgpad; PV 7: Expert uitwisseling; PV 8: Doelgroep detectie; PV 9: Inbedding proces

Figuur 1

Knelpunten opgelost door praktijkvoorbeeld

	↓ Knelpunten	Doelgroep →	Zorgmijders	S-ggz – eerste lijn	Eerste lijn – s-ggz	Eerste screening	Screeningshistorie
De cliënt	1. Negatieve symptomen			PV 3 PV 4	PV 5		
	2. Zorgmijdend gedrag			PV 3 PV 4	PV 5	PV 8	PV 8
De hulpverlener	3. Weinig kennis en aandacht ggz			PV 3 PV 4 PV 9	PV 7		
	4. Huisarts onvoldoende toegerust			PV 2		PV 8	PV 8
Het team	5. Gebrek aan eigenaarschap			PV 1 PV 2 PV 6			
	6. Stigmatisering			PV 4	PV 5		
De organisatie	7. Ontbreken verpleegkundige			PV 3	PV 7		
	8. Onduidelijkheid verantwoordelijkheid			PV 1 PV 2 PV 9		PV 8	PV 8
Het systeem	9. Personeelstekort						
	10. Gebrek aan kennis			PV 3 PV 4 PV 9	PV 7		
	11. Gebrek aan communicatie			PV 1 PV 9	PV 5 PV 7	PV 8	PV 8
	12. Gebrek aan samenwerking			PV 1 PV 9	PV 5 PV 7		
	13. Onduidelijke richtlijnen			PV 1 PV 2	PV 5	PV 8	PV 8
	14. Ontbreken van een financieel systeem						
	15. Attitude dat somatisch onderzoek de behandelrelatie verstoort			PV 4	PV 7		

PV 1: Draaiboek somatische poli's; PV 2: Standaardbrief huisarts; PV 3: Ingebouwd behandeladvies; PV 4: Digitaal leefstijlplan; PV 5: Multidisciplinair team; PV 6: Flowchart zorgpad; PV 7: Expert uitwisseling; PV 8: Doelgroep detectie; PV 9: Inbedding proces

Figuur 1

Samenvatting belangrijkste bevindingen uit de matrix

De matrix, die in Figuur 1 is gepresenteerd geeft een overzicht van praktijkvoorbeelden die zich richten op specifieke doelgroepen, het verbeteren van specifieke oplossingsrichtingen en het oplossen van specifieke knelpunten. Omdat de knelpunten die kunnen worden verholpen met deze praktijkvoorbeelden niet direct overeenkomen met de oplossingsrichtingen zijn deze twee categorieën los van elkaar weergegeven.

De matrix laat zien dat voor verschillende doelgroepen die we onderscheiden een of meer praktijkvoorbeelden beschikbaar zijn. Er zijn voornamelijk meerdere praktijkvoorbeelden beschikbaar voor patiënten die een somatische screening ontvangen in de gespecialiseerde ggz en de huisartsenpraktijk. We hebben echter geen praktijkvoorbeeld gevonden voor de doelgroep 'zorgmijders'. Daarnaast hebben we slechts één praktijkvoorbeeld gevonden die oplossingen biedt voor patiënten die in aanmerking komen voor een somatische screening, maar nog niet in beeld zijn in de zorg, doordat ze recent zijn aangemeld ('eerste screening') of omdat ze doorverwezen zijn naar een andere zorgaanbieder ('screeningshistorie'). Hieruit kunnen we concluderen dat er voldoende praktijkvoorbeelden beschikbaar zijn over hoe somatische screening georganiseerd kan worden bij patiënten die in beeld zijn voor deze screening. Er kunnen in de toekomst echter nog meer hulpmiddelen en praktijkvoorbeelden worden ontwikkeld voor het vinden van patiënten die in aanmerking komen en het motiveren van patiënten die zorg en somatische screening mijden.

Daarnaast zien we terug dat er voor alle oplossingsrichtingen praktijkvoorbeelden beschikbaar zijn, maar dat er slechts één praktijkvoorbeeld beschikbaar is die zich inzet op de beschikbaarheid van trainingsmateriaal. In de verdere inbedding en ontwikkeling van somatische screening binnen de gespecialiseerde ggz en de eerste lijn, zou meer aandacht gewenst zijn voor de ontwikkeling van breed beschikbaar en overdraagbaar scholingsmateriaal over de uitvoering en organisatie van somatische screening.

Ook wordt duidelijk dat er op dit moment praktijkvoorbeelden ontbreken die een oplossing bieden voor knelpunten rond personeelstekort en het ontbreken van een goede financiële structuur voor de vergoeding van somatische screening en zorg in de eerste lijn en de gespecialiseerde ggz. Dit zijn essentiële randvoorwaarden waarvoor in de praktijk nog weinig oplossingen beschikbaar en deelbaar zijn. Dit kan dus ook een aandachtspunt worden voor de nabije toekomst.

Presentatie praktijkvoorbeelden

Praktijkvoorbeeld 1.

Draaiboek werkwijze somatische poli's:

In dit draaiboek - dat is opgesteld door Dimence, een gespecialiseerde ggz-instelling - staan uniforme, heldere en duidelijke afspraken en een stappenplan rondom de organisatie en opzet van somatische screening binnen organisaties in de gespecialiseerde ggz. Daarnaast hebben zij intern en op papier beschreven hoe deze informatie moet worden gecommuniceerd naar de regiebehandelaar en naar de huisarts op een directe en heldere manier. In het draaiboek hebben ze ook beschreven wie welke stappen zet in welke fase van de somatische screening. Samenvattend wordt de intakefase uitgevoerd via het secretariaat: zij plannen een afspraak in voor het labonderzoek en de betreffende somatische poli. Daarnaast zorgt het secretariaat dat alle relevante resultaten uit het labonderzoek bij de somatische poli terechtkomen. In de somatische poli voeren de verpleegkundigen verdere somatische screening uit, zorgen ze dat alle resultaten bij de regiebehandelaar terechtkomen en dat er een standaardbrief naar de huisarts gaat. De regiebehandelaar is vervolgens aan zet om de resultaten bespreekbaar te maken met de patiënt, en de afstemming te zoeken met de huisarts. Voor iedere betrokkene wordt verder in het draaiboek beschreven waar de verschillende informatie moet worden geregistreerd, waar alle informatie te vinden is in de systemen en hoe de informatie moet worden overgedragen. Het draaiboek is niet breed beschikbaar maar enkel toegankelijk voor alle professionals binnen Dimence. Het draaiboek kan organisatie-breed gebruikt worden. Voor meer informatie over het draaiboek en hoe de screening binnen Dimence wordt uitgevoerd wordt kan contact opgenomen met een van de sociale poli's via [deze link](#).

Praktijkvoorbeeld 1 vindt plaats vanuit de s-ggz (de zorg en monitoring kan deels plaatsvinden in de eerste lijn). Dit praktijkvoorbeeld richt zich vooral op oplossingen rondom knelpunten 5, 8, 11, 12 en 13 en valt binnen de oplossingsrichtingen (cq wenselijke criteria) 4, 5 en 8, zoals beschreven in Figuur 1.

Praktijkvoorbeeld 2.

Standaardbrief naar de huisarts:

Vanuit de somatische screening en het elektronisch patiëntendossier (EPD) worden bij een aantal praktijken specifieke uitslagen automatisch verwerkt in een standaardbrief naar de huisarts. Via deze standaardbrief kan de screener of de regiebehandelaar (al naar gelang de afspraken) zelf op een heldere en eenvoudige manier de resultaten terugkoppelen aan de huisarts met bijbehorende aanbevelingen, zonder dat het de professional uit de gespecialiseerde ggz te veel tijd kost. Via een paar knoppen kan de informatie vanuit het EPD automatisch in de brief naar de huisarts worden overgezet. Dit werkt drempelverlagend en stimuleert de afstemming tussen de gespecialiseerde ggz en de huisarts. Hierbij maken we wel de kanttekening dat het belangrijk is dat deze standaardbrief als startpunt wordt genomen voor een 'warme' overdracht tussen de ggz en de huisarts. Dat het niet enkel bij schriftelijke communicatie via een brief blijft. Vanuit de Utrechtse Somatische Screening, de MOPHAR somatische screening en medicatieverificatie door verpleegkundige bij GGZ Drenthe en de somatische poli's van Dimence zijn hier goede deelbare voorbeelden voor. Dit is bijvoorbeeld terug te vinden in de USS 2.0 die via [deze link](#) te vinden is. Zie voor een voorbeeldbrief Bijlage 2.

Praktijkvoorbeeld 2 vindt plaats vanuit de s-ggz. Dit praktijkvoorbeeld richt zich vooral op oplossingen rondom knelpunten 4, 5, 8 en 13 en valt binnen oplossingsrichtingen 6, 7 en 8.

Praktijkvoorbeeld 3.

Ingebouwde systematiek voor omzetting uitkomsten rondom somatische screening naar behandeladvies:

Bij een aantal instrumenten en praktijken is gebruikgemaakt van een ingebouwd rapportagesysteem of algoritme om de resultaten van de somatische screening om te zetten in concrete behandeladviezen. Zo heeft de Somatische Miniscreen (SMS) een ingebouwd algoritme dat berekent of de patiënt tot een risicogroep behoort en welke acties hiervoor nodig zijn. Hierbij geeft het instrument een signaal aan de klinieken zodat er gedegen vervolgdagnostiek en interventies kunnen worden ingezet. Meer informatie over de SMS en het bijbehorende algoritme is te vinden via [deze](#) link. Bij PHAMOUS (gestandaardiseerde somatische screening bij patiënten met EPA in Noord Nederlandse instellingen) hebben ze eenzelfde soort systeem ingeregeld voor de somatische screening gecombineerd met andere behandel uitkomsten: de TREAT module. Meer uitleg over de TREAT module en hoe deze is geïmplementeerd is te vinden in een gepubliceerd artikel van Tasma en collega's (2018), dat te vinden is via [deze](#) link. Bij MOPHAR (gestandaardiseerde somatische screening bij patiënten met ernstige bipolaire, stemmings- en angststoornissen) verwerken ze de resultaten automatisch in een I-Shared rapport binnen het EPD waar, naast de behandelaar, ook de patiënt concreet inzicht in heeft en inspraak heeft op de vervolgstappen. Meer informatie over het gebruik van I-Shared rapporten is te vinden via <https://www.i-shared.nl/> en via de presentatie te vinden via [deze](#) link. Dit is een goed voorbeeld van shared decision making in de behandeluitkomsten.

Praktijkvoorbeeld 3 vindt plaats vanuit de s-ggz. Dit praktijkvoorbeeld richt zich vooral op oplossingen rondom knelpunten 1, 2, 3, 7 en 10 en valt binnen de oplossingsrichtingen 3, 7 en 11.

Praktijkvoorbeeld 4.

Digitaal leefstijlplan:

My GILL (Gezond in Lichaam en Leefstijl) is een digitale omgeving waarin patiënten samen met de hulpverlener meer inzicht proberen te krijgen in diens leefstijl en samen een stappenplan bedenken hoe dit verbeterd kan worden. My GILL beslaat het leefstijldeel als één van de twee onderdelen van de bredere screeningstool GILL. Zowel de patiënt als de behandelaar hebben een persoonlijk account binnen My GILL en via dit online platform kan de patiënt zelf leefstijldoelen en -plannen vormgeven die ook inzichtelijk zijn voor de behandelaar. Dit werkt als een gebruiksvriendelijk platform dat gebruikt kan worden door zowel patiënt als behandelaar om gezamenlijk de doelen rondom leefstijl bespreekbaar te maken. De patiënt is in dit proces in de lead en bepaalt op welke gebieden de leefstijl verbeterd kan worden. Daarbij wordt ruimte geboden om een concreet stappenplan te maken en dit doorlopend bespreekbaar te maken met de behandelaar. Het is een goed voorbeeld van een goed vervolg geven aan een somatische screening naar een concreet plan van aanpak. Ook wordt implementatie-ondersteuning aangeboden. My GILL wordt tegen betaling aangeboden via het e-health platform Minddistrict. Meer informatie over dit praktijkvoorbeeld is terug te vinden via <https://stichtinggill.nl/> en <https://www.minddistrict.com/nl-nl/catalogus/gezond-in-lichaam-en-leefstijl-gill>.

Praktijkvoorbeeld 4 vindt plaats vanuit de s-ggz. Dit praktijkvoorbeeld richt zich vooral op oplossingen rondom knelpunten 1, 2, 3, 6, 10 en 15 en valt binnen de oplossingsrichtingen 6, 10 en 11.

Praktijkvoorbeeld 5.

Multidisciplinair team eerste lijn en ggz rondom patiënt:

In het PLEK voor EPA en TACTIC project is een stapsgewijze interventie ontwikkeld voor mensen met antipsychoticagebruik in de huisartsenpraktijk. In dit project nodigt de huisarts de patiënten uit (waarvan de huisarts de voorschrijver is van antipsychotica) en informeert over de screening en het antipsychotica gebruik tijdens een multidisciplinair overleg met patiënt, naaste, psychiater en verpleegkundige. Vervolgens wordt de screening uitgevoerd en wordt door het multidisciplinair team rondom de patiënt een advies geformuleerd dat met de patiënt wordt besproken en waarbij een plan van aanpak voor de huisarts en de ggz wordt geformuleerd. De interventie is geïmplementeerd en onderzocht, eerst via het project PLEK voor EPA project, dat door ZonMW is gesubsidieerd (zie [deze](#) link voor de projectomschrijving) en vervolgens via het TACTIC onderzoek, dat momenteel bezig is (zie [deze](#) link voor de projectomschrijving). Dit proces is vastgelegd in een e-learning PLEK voor EPA. Meer informatie over deze e-learning is [hier](#) te vinden. Dit praktijkvoorbeeld is een goed voorbeeld van hoe je de samenwerking tussen de huisarts en de gespecialiseerde ggz op een goede manier vorm kan geven, met actieve betrokkenheid van de patiënt en diens steunsysteem.

Praktijkvoorbeeld 5 vindt plaats vanuit de eerste lijn (een deel van de zorg en monitoring kan plaatsvinden vanuit de gespecialiseerde ggz). Dit praktijkvoorbeeld richt zich vooral op oplossingen rondom knelpunten 1, 2, 6, 11, 12 en 13 en valt binnen de oplossingsrichtingen 8, 9, 10 en 11.

Praktijkvoorbeeld 6.

Flowchart zorgpad somatische screening:

De flowchart voor het opzetten van een zorgpad rondom somatische screening op basis van de Utrechtse Somatische Screening (USS) geeft een mooi overzicht welke stappen er gezet moeten worden om patiënten te screenen binnen de gespecialiseerde ggz, in welk stadium afstemming gezocht moet worden met de ketenpartners en wat er moet gebeuren met de resultaten. De flowchart is terug te vinden in Bijlage 3 van dit rapport. De flowchart zelf staat ook online gepubliceerd in de USS 2.0 die via [deze](#) link te vinden is. Een uitgebreide uitleg over het gebruik van de flowchart rondom het zorgpad somatische screening op basis van de USS staat beschreven in het artikel van Middeldorp en collega's (2020), die te vinden is via [deze](#) link.

Praktijkvoorbeeld 6 vindt plaats vanuit de s-ggz. Dit praktijkvoorbeeld richt zich vooral op oplossingen rondom knelpunt 5 en valt binnen de oplossingsrichtingen 3, 6 en 7.

Praktijkvoorbeeld 7.

Expert uitwisseling tussen de zorgdomeinen:

Vanwege de verschillende verantwoordelijkheden en expertises rondom de somatische screening en de doelgroep is het van belang dat er intensieve samenwerking plaatsvindt tussen de eerste lijn en de gespecialiseerde ggz om patiënten met EPA optimaal te ondersteunen. Om deze kloof te dichten is Gezondheidscentrum Lewenborg een pilot gestart waarbij een verpleegkundig specialist speciaal is aangenomen voor de somatische screening en medicatie monitoring van patiënten met EPA die in een van de acht huisartsenpraktijken zijn aangemeld. Dit ontlast de huisartsen en geeft ruimte voor optimale afstemming. Bij Fier hebben ze dit andersom geregeld: de patiënten vanuit hun klinieken worden gekoppeld aan een vaste huisarts, een vaste tandarts, en een POP (Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie) poli in het ziekenhuis voor tienermoeders. Deze komen ook op regelmatige basis samen voor multidisciplinaire overleggen over de patiënt. Dit praktijkvoorbeeld is slechts op kleine schaal toe te passen, maar is wel een concreet voorbeeld van hoe je de juiste expertise op de juiste plek kan inzetten. Voor deze voorbeelden zijn geen deelbare documenten beschikbaar. Wel kan er contact worden gezocht met Fier via <https://www.fier.nl/> en met Gezondheidscentrum Lewenborg via <https://www.gezondheidscentrumlewenborg.nl/>.

Praktijkvoorbeeld 7 vindt plaats vanuit de eerste lijn. Dit praktijkvoorbeeld richt zich vooral op oplossingen rondom knelpunten 3, 7, 10, 11, 12 en 15 en valt binnen de oplossingsrichtingen 4, 6 en 8.

Praktijkvoorbeeld 8.

Detecteren geschikte doelgroepen die nog geen screening hebben gehad vanuit de eerste lijn:

In verschillende praktijken vanuit de eerste lijn werd genoemd dat men bezig is met het detecteren van patiënten in de systemen die om uiteenlopende redenen al een tijd geen screening hebben gehad. Dit kan gaan om patiënten die zijn uitgestroomd uit de gespecialiseerde ggz naar de eerste lijn of die recent in beeld komen bij de eerste lijn, en waarvan nog niet bekend is of ze een somatische screening hebben gehad. In de eerste lijn is vaak toegang tot meerdere patiënten systemen en wordt vaak samengewerkt met systemen van de apotheker. Door twee keer per jaar een check te doen in de systemen die voldoet aan de criteria van somatische screening in de eerste lijn kan een groot aantal patiënten worden bereikt. Mits hier in de organisatie prioriteit aan wordt gegeven kan dit een eenvoudige manier zijn om veel patiënten te bereiken rondom de somatische screening.

Praktijkvoorbeeld 8 is gericht op patiënten die een eerste screening moeten krijgen, of opnieuw gescreend moeten worden. Dit praktijkvoorbeeld richt zich vooral op oplossingen rondom knelpunten 2, 4, 8, 11 en 13 en valt binnen de oplossingsrichtingen 1, 4, en 5.

Praktijkvoorbeeld 9.

Inbedding in ROM en behandelplan cyclus:

In verschillende praktijken heeft men er voor gekozen om de screening in te bedden in de ROM en behandelplancycclus. Bij MOPHAR en PHAMOUS van GGZ Drenthe, Lentis en andere Noord Nederlandse instellingen wordt gebruik gemaakt van onder andere ROM-gegevens en wordt de jaarlijkse screening zo gepland dat de uitkomsten voorafgaand aan de behandelplan bespreking in het EPD verschijnen. Een uitgebreide beschrijving van hoe dit bij PHAMOUS is gedaan, is te vinden in het artikel van Tasma et al (2017), dat te vinden is via [deze](#) link. Een uitgebreide beschrijving van hoe dit bij MOPHAR is gedaan is te vinden in het studie protocol van Simoons et al (2019), dat te vinden is via [deze](#) link. Geaggregeerd onderzoek hiernaar heeft al veel waardevolle gegevens opgeleverd over de somatische conditie van de patiënten in Noord-Nederland en de pijnpunten in de behandeling ervan. Bij Fier worden de resultaten van de screening als los document voorin het behandelplan gehangen, zodat uitkomsten en voortgang elke 3 maanden worden besproken in de behandelplancycclus. Deze werkwijze kan in principe grootschalig worden toegepast. Er zijn niet direct voorbeelden van beschikbaar, het betreft meer een beleidskeuze, welke desgewenst ondersteund kan worden met ICT-toepassingen door integratie van de screening in het EPD. Voor meer informatie kan er contact worden gezocht met Fier via <https://www.fier.nl/>

Praktijkvoorbeeld 9 vindt plaats vanuit de s-ggz. Dit praktijkvoorbeeld richt zich vooral op oplossingen rondom knelpunt 3, 8, 10, 11 en 12 en valt binnen de oplossingsrichtingen 1, 10 en 11.

Conclusies, aanbevelingen en aandachtspunten

Op basis van dit onderzoek concluderen we dat er veel praktijkvoorbeelden voor somatische screening zijn. Er zijn veel handreikingen, aanbevelingen en stappenplannen rondom het opzetten en organiseren van somatische screening binnen de gespecialiseerde ggz. Vanuit de eerste lijn zijn er ook een aantal praktijken aangedragen, maar deze zijn nog wel slechts op een kleine schaal toegepast. Dit geeft het beeld dat de somatische screening langzaam steeds beter geborgd is binnen de gespecialiseerde ggz organisaties en dat dit ook steeds beter wordt geïmplementeerd. Wel moeten we hier de belangrijke kanttekening bij plaatsen dat we enkel de organisaties hebben geïnterviewd die dit stuk al in een verder gevorderd stadium hebben uitgewerkt. Er lijkt overal ook nog voldoende ruimte voor verbetering. Tot slot zien we ook steeds meer voorbeelden van initiatieven om betere afstemming te bereiken tussen de huisarts en de ggz hulpverlener, bijvoorbeeld via multidisciplinaire team overleggen, het uitwisselen van expertise of het laagdrempelig maken van de terugkoppeling richting de huisarts.

Desalniettemin geven de respondenten aan dat er ook nog genoeg ontwikkelpunten zijn in de implementatie van de somatische screening en de afstemming tussen de verschillende echelons van zorg. We zetten de belangrijkste ontwikkelpunten hieronder op een rij.

1. Na afloop van de somatische screening wordt er over het algemeen nog onvoldoende vervolg gegeven aan de uitslagen van de somatische screening, waardoor gezondheid-bevorderende interventies uitblijven. Dit komt mede doordat vaak de resultaten van de somatische screening niet worden verwerkt en opgevolgd in een concreet behandelplan. Ook wordt minder prioriteit gegeven aan de somatische gezondheid binnen de gespecialiseerde ggz en worden de verantwoordelijkheden toch nog steeds regelmatig afgeschoven naar andere echelons van zorg.
2. Efficiënte communicatielijnen tussen de gespecialiseerde ggz en huisartsen blijken een essentieel onderdeel te vormen van succesvolle somatische screening en de daaropvolgende zorg. Concrete afspraken tussen huisarts en gespecialiseerde ggz rondom de verantwoordelijkheid en uitvoering van somatische screening en de onderlinge terugkoppeling is tot op heden nog niet gestandaardiseerd of geprotocolleerd. Hierdoor is het voor professionals niet altijd duidelijk hoe de afstemming tussen gespecialiseerde ggz en de huisarts moet plaatsvinden en laat de afstemming in de praktijk vaak te wensen over. Wel zijn er al goede voorbeelden, maar die worden op kleine schaal uitgevoerd. Dit is een aandachtspunt voor de nabije toekomst om de afstemming tussen de verschillende echelons van zorg te optimaliseren.
3. Er zijn veel verschillende screeningsinstrumenten met elk zijn eigen kenmerken. Iedere organisatie gebruikt daarbij ook zijn eigen screeningsinstrument. Het zou een waardevolle exercitie zijn om de verschillende aanbieders van somatische screeningsinstrumenten samen te brengen om meer van elkaar te leren en zo tot een gezamenlijke lijn rondom de inhoud van somatische screening te komen.
4. Er valt nog een hoop te winnen in hoe je de doelgroep het beste kan bereiken, voornamelijk in de eerste lijn, maar ook vaak nog in de gespecialiseerde ggz. Er is tot op heden nog weinig zicht op wie er wel en geen somatische screening heeft gehad en daardoor krijgen voornamelijk zorgmijders en patiënten die van de gespecialiseerde ggz naar de eerste lijn gaan niet de juiste screening op het juiste moment. Een grofmazige check in de patiëntensystemen twee keer per jaar zal al een groot deel van dit probleem kunnen oplossen. Daarnaast is het van belang goede informatie beschikbaar te stellen over hoe we patiënten die zorg en somatische screening mijden het beste kunnen motiveren toch een somatische screening bij zichzelf te laten uitvoeren.
5. Bestuurlijke borging en voldoende financiën zijn belangrijke randvoorwaarden die nodig zijn om somatische screening op een goede manier te implementeren. Bij verschillende praktijkvoorbeelden werd zichtbaar dat een duidelijk commitment vanuit het bestuur, welke gepaard ging met een helder beleid op het gebied van somatische screening en het beschikbaar stellen van de benodigde middelen en geormerkte tijd en verantwoordelijkheid voor specifieke personen en/of gremia in de organisatie belangrijke randvoorwaarden vormden voor een succesvolle implementatie. Vaak valt of staat het succes van de implementatie van somatische screening nog op de aanwezigheid van enthousiaste en gezaghebbende ambassadeurs om de somatische screening breed te doen landen in de organisatie. Voor een brede en landelijke implementatie van somatische screening is het echter van belang om

een bredere en duurzamere basis te leggen voor de organisatie van somatische screening. Aangezien bestuurlijke borging en goede financieringsmogelijkheden nu vaak nog ontbreken wordt er logischerwijs te weinig prioriteit gegeven aan de somatische screening. Het onder de aandacht brengen van het belang van somatische screening bij bestuurders en ook zorgverzekeraars zou een stap in de goede richting kunnen geven.

Dit project heeft concrete voorbeelden voor de implementatie van somatische screening opgeleverd en geeft waardevolle adviezen voor de nabije toekomst. Desalniettemin, zijn er nog voldoende ontwikkel mogelijkheden om de somatische gezondheid voor mensen met EPA te verbeteren. We hebben de hoop dat dit rapport en het digitale overzicht van praktijkvoorbeelden een rol kunnen spelen bij de verdere uitvoering van het plan van aanpak 'Psychose en somatische screening en monitoring' en bij kunnen dragen aan een bredere implementatie van somatische screening in zowel de gespecialiseerde ggz als de eerste lijn.

Literatuur

1. Bruins, J., Pijnenborg, G. H., van den Heuvel, E. R., Visser, E., Corpeleijn, E., Bartels-Velthuis, A. A., ... & 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), 0-0.
2. Deenik, J., Tenback, D. E., Tak, E. C., Rutters, F., Hendriksen, I. J., & van Harten, P. N. (2019). Changes in physical and psychiatric health after a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment for inpatients with severe mental illness: The MULTI study I. *Schizophrenia research*, 204, 360-367.
3. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM, 2012). *Metabool syndroom, naar leeftijd en geslacht*. Verkregen via: <https://www.rivm.nl/sites/default/files/2018-11/Metabool%20syndroom%20naar%20leeftijd%20en%20geslacht.pdf>.
4. Laursen, T. M., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2014). Excess early mortality in schizophrenia. *Annual review of clinical psychology*, 10, 425-448.
5. Hjorthøj, C., Stürup, A. E., McGrath, J. J., & Nordentoft, M. (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 295-301.
6. Nielsen, R. E., Banner, J., & Jensen, S. E. (2021). Cardiovascular disease in patients with severe mental illness. *Nature Reviews Cardiology*, 18(2), 136-145.
7. Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Mugisha, J., Hallgren, M., ... & Stubbs, B. (2017). Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 16(3), 308-315.
8. Biswas, A., Oh, P. I., Faulkner, G. E., Bajaj, R. R., Silver, M. A., Mitchell, M. S., & Alter, D. A. (2015). Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 162(2), 123-132.
9. Ringen, P. A., Engh, J. A., Birkenaes, A. B., Dieset, I., & Andreassen, O. A. (2014). Increased mortality in schizophrenia due to cardiovascular disease—a non-systematic review of epidemiology, possible causes, and interventions. *Frontiers in psychiatry*, 5, 137.
10. Meeuwissen, J., Van Meijel, B.K.G., Van Piere, M., Bak, M., Bakkenes, M., ... & Hermens, M. (2015). *Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening EPA*. Utrecht: V&VN.
11. Van Alphen, A., Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggeman, R., ... & van Wel, T. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Trimbos Instituut, 1-6-2012.
12. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2017). EBRO Module Vroege Psychose. Verkregen via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/583bb2e4aeb41189b6ee109cedc5f758.pdf.
13. Nederlands Huisartsen Genootschap (2019). NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement versie 4.0, juni 2019. Verkregen via: https://richtlijnen.nhg.org/files/pdf/93_Cardiovasculair%20risicomanagement_juni-2019.pdf.
14. Zorginstituut Nederland (2020). *Verbetersignalement Zorg voor mensen met psychose*. Verkregen via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/rapport/2020/06/15/zinnige-zorg-bij-psychose-verbetersignalement/Zinnige+Zorg+voor+mensen+met+psychose+-+verbetersignalement.pdf>.

15. Noortman, L., De Winter, L. & Deenik, J. (2021). *Prevalence and screening of Cardiometabolic Risk factors in Patients with Severe Mental Illness: a Multi-center Cross-sectional Cohort Study*. Manuscript in preparation.
16. Robson, D., & Gray, R. (2007). Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. *International journal of nursing studies*, 44(3), 457-466.
17. Sokal, J., Messias, E., Dickerson, F. B., Kreyenbuhl, J., Brown, C. H., Goldberg, R. W., & Dixon, L. B. (2004). Comorbidity of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(6), 421-427.
18. Casey, D.E., Hanson, T.E., 2003. In: Meyer, J.M., Nasrallah, H.A., (Eds.), *Medical Illness and Schizophrenia*. American Psychiatric Publishing, Vancouver.

Colofon

Dit eindrapport is ontwikkeld door Kenniscentrum Phrenos, in opdracht van Zorginstituut Nederland.

Opdrachtgever

Zorginstituut Nederland, afdeling Zorg, team GGZ en sociaal domein.
Contactpersoon: Koen Böcker.

Uitvoeringsteam

Lars de Winter & Daniëlle van Duin, Kenniscentrum Phrenos

Adviseur

Jeroen Deenik, GGZ Centraal

Klankbordgroep

Koen Böcker & Sarah Prins, Zorginstituut Nederland
Alan Ralston & Ciska Joldersma, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
Jennie van Knotsenburg, V&VN
Berno van Meijel, Hogeschool Inholland
Nienke Rengerink & Lukas Roebroek, AKWA GGZ
Monique Strijdonk, De Nederlandse GGZ
Ingrid Houtman, NHG, LHV

Met dank aan de medewerking van de volgende organisaties: Charly Green, Dimence, FIER, Gezondheidscentrum Lewenborg, GGZ Centraal, GGZ Drenthe, Jellinek, Lentis, Mondriaan, Pro Persona, Onze Huisartsen, Stichting GILL & Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Vormgeving

Zichtbaar

Bij vragen over de digitale toolkit kunt u terecht bij Lars de Winter via Lwinter@kcphrenos.nl.

Bijlage 1. Uitwerking praktijken

A. Eendagsdiagnostiek

Organisatie: UMC Utrecht

Korte beschrijving: Bij de eendagsdiagnostiek worden patiënten met een ernstige psychische aandoening uitgenodigd voor een volledige lichamelijke, psychiatrische en leefstijl screening die in één dag tijd, inclusief labonderzoek, wordt uitgevoerd. Dit is mogelijk dankzij vaste afspraken met alle betrokkenen in het ziekenhuis (bijvoorbeeld diëtist, psychiater, apotheker, etcetera). De eendagsdiagnostiek vindt één keer per week plaats bij één patiënt. Tijdens de dag wordt de patiënt de gehele dag ondersteund en bij de hand genomen door de verpleegkundige.

Doelgroep en setting: De doelgroep bestaat uit patiënten met een ernstige psychische aandoeningen die problemen ervaren op meerdere levensdomeinen (multiproblematiek). Patiënten komen in aanmerking voor de eendagsdiagnostiek wanneer behoefte is aan een second opinion, aansluitend aan de reguliere somatische screening van de patiënt. Patiënten kunnen zowel uit klinieken van UMC Utrecht zelf komen, maar kunnen ook uit gespecialiseerde ggz zijn doorverwezen.

Unieke kenmerken: De somatische screening wordt in één dag uitgevoerd, en er is slechts één afspraak nodig met de patiënt en de betrokken professionals. Ook wordt de patiënt de hele dag bij de hand genomen door een verpleegkundige en op een goede manier bij de hand genomen. Dit is een goed voorbeeld van een somatische screening waarbij de patiënt centraal wordt geplaatst.

Meer informatie: Meer informatie is te vinden via het zorgprogramma Lijf & Leven van UMC Utrecht: lijfenleven@umcutrecht.nl. of via: <https://www.umcutrecht.nl/nl/ziekenhuis/behandeling/zorgprogramma-lijf-leven>.

B. FIER somatische screening

Organisatie: FIER landelijk expertise- en behandelcentrum

Korte beschrijving: Bij Fier krijgen alle patiënten die klinisch verblijven een somatische screening. Deze screening richt zich op somatiek, medicatie en leefstijl, wordt uitgevoerd door de verpleegkundig specialist en duurt gemiddeld een uur. Het verslag met adviezen vanuit de screening komt steeds voorin het behandelplan te hangen en wordt zodoende elke 3 maanden meegenomen in de behandelplanbespreking. Fier heeft iemand persoonlijk verantwoordelijk gemaakt voor de implementatie van deze screening, in afstemming met de manager. Zij onderhoudt ook contact met de afdelingen of het lukt om actie te ondernemen naar aanleiding van de screening. Fier werkt met een aantal vast huisartsen in de wijken van de locaties. Eén huisarts ziet voornamelijk patiënten van Fier. Daarnaast is er een vaste tandarts bij Fier betrokken en zijn er vaste samenwerkingsafspraken met de POP-poli (Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie).

Doelgroep en setting: De doelgroep bestaat uit kinderen, jongeren en volwassenen die te maken hebben gehad met geweld in afhankelijke relaties. Fier biedt opvang en psychische hulpverlening aan deze groep.

Unieke kenmerken: Bij Fier wil men de somatische screening goed inbedden in de behandelplancyclus. Het gebrek aan aandacht voor somatische zorg lost men deels op door iemand persoonlijk verantwoordelijk te maken voor de implementatie van deze screening. Samenwerking met andere echelons doet men door structurele werkafspraken, waarbij wordt gewerkt met een aantal vast huisartsen in de wijken van de locaties, een vaste tandarts die bij Fier betrokken is en vaste samenwerkingsafspraken met de POP-poli.

Meer informatie: Meer informatie over de organisatie is hier te vinden.

C. GILL

Organisatie: In Holland en Charly Green

Korte beschrijving: GILL is een online screeningsinstrument en e-health tool rondom de screening van zowel somatische gezondheid als leefstijl. De tool bestaat uit een component rondom somatische screening (Our GILL) en een component rondom leefstijl (My GILL) en het programma genereert terugkoppelingen en verbeterplannen die binnen de multidisciplinaire teams kunnen worden gebruikt. MyGILL wordt ongeveer in 15 minuten ingevuld en Our GILL in ongeveer 40 minuten. Ook cliënten hebben toegang tot alle uitslagen van zowel My GILL als Our GILL.

Doelgroep en setting: GILL wordt uitgevoerd binnen verschillende instellingen. De screening is primair gericht op de gespecialiseerde ggz, maar is breder bruikbaar dan op de EPA doelgroep.

Unieke kenmerken: GILL is geborgd onder MIND district, een software platform voor zorgprofessionals. Aan het gebruik van GILL zijn kosten verbonden voor de ggz instelling, maar de infrastructuur staat daardoor wel goed. Ook wordt er via Stichting GILL implementatie ondersteuning aangeboden aan de organisaties die daar behoefte aan hebben. Professionals krijgen de mogelijkheid om stapje voor stapje naar elementen van de somatische screening te kijken en de implementatie stukje voor stukje uit te voeren.

Meer informatie: Meer informatie is te vinden via de website van GILL is hier te vinden.

D. Medicatie Monitoring Mondriaan (MMM)

Organisatie: Mondriaan

Korte beschrijving: In Mondriaan gebruikt men de Medicatie Monitor Mondriaan (MMM), die zich met name richt op bijwerkingen van medicatie, zoals metabole veranderingen, bewegingsstoornissen en seksuele bijwerkingen, en minder op algemene somatische toestand, leefstijl of voortgang van de behandeling. De screening duurt 30 tot 45 minuten.

Doelgroep en setting: De doelgroep bestaat uit mensen met (ernstige) psychische problemen die in zorg zijn bij Mondriaan, een grote geïntegreerde ggz organisatie. De somatische screening is bij Mondriaan breed ingezet. Bij klinische opname wordt iemand standaard gescreend, bij ambulante zorg is dat op indicatie of als de hulpverleners daar gaandeweg het behandeltraject de noodzaak voor zien. De Medicatie Monitor is alleen bedoeld voor mensen die antipsychotica of stemmingstabilisatie krijgen.

Unieke kenmerken: Er komen van 10 uitkomsten van de somatische screening automatisch grafieken uitrollen via een koppeling met EPD, waarmee men goed het beloop op deze maten kan zien. Binnen Mondriaan wordt met één mailtje de hele cyclus rond screening in gang gezet die plaatsvindt bij de medische dienst, tot lab-uitslagen in het dossier. Men zou graag nog wat meer nadruk op implementatie en beleid leggen.

Meer informatie: De folder van de MMM is te vinden via deze link.

E. MOPHAR

Organisatie: GGz Drenthe

Korte beschrijving: MOPHAR staat voor Monitoring Outcomes of Psychiatric Pharmacotherapy. Het is een grootschalig initiatief rondom Routine Outcome Monitoring (ROM). Binnen MOPHAR worden verschillende screeningslijsten afgenomen rond gezondheid, medicatie en leefstijl en een lichamelijk onderzoek. De resultaten zijn ook gekoppeld aan een onderzoekscomponent.

Doelgroep en setting: De doelgroep bestaat uit mensen met angst, depressie en trauma klachten die psychofarmaca gebruiken die in zorg zijn bij GGz Drenthe, een grote geïntegreerde ggz instelling. Daar wordt de somatische screening uitgevoerd binnen ambulante en klinische settings en sinds kort ook in de basis ggz.

Unieke kenmerken: MOPHAR wordt afgenomen door getrainde verpleegkundigen, de screening zit bij hen geïntegreerd in het werkproces, voornamelijk bij de intake en daarna jaarlijks indien van toepassing. Resultaten worden teruggekoppeld binnen een I shared rapport in het EPD waar zowel regiebehandelaar als patiënt inzicht in hebben. Ook worden deze resultaten automatisch teruggekoppeld in een brief aan de huisarts. Zo nodig wordt ook overlegd met de huisarts. Aan mensen die voldoen aan de criteria van metabool syndroom wordt leefstijltraining aangeboden.

Meer informatie: Meer informatie over MOPHAR is te vinden via deze link

F. PHAMOUS

Organisatie: GGz Drenthe

Korte beschrijving: PHAMOUS is een vergelijkbaar initiatief als MOPHAR, gericht op de doelgroep met een ernstige psychische aandoening. Het is een patiënt volgsysteem dat via vragenlijsten en lichamelijk onderzoek het functioneren in kaart brengt, zowel op het somatische gebied als op het psychische en maatschappelijke gebied. Het hele Phamous protocol wordt 1 x per jaar uitgevoerd, voorafgaand aan de behandelbespreking.

Doelgroep en setting: De doelgroep bestaat uit mensen met ernstige psychische aandoeningen die psychofarmaca gebruiken en in zorg zijn bij GGz Drenthe.

Unieke kenmerken: De screeningswaarden worden jaarlijks verzameld door de Phamous verpleegkundigen, die hier speciaal voor zijn opgeleid. Twee keer per jaar is er contact met alle coördinatoren van de deelnemende instellingen. Er wordt ook gezorgd voor booster trainingen van de verpleegkundigen. Het volgsysteem geeft een breed beeld van hoe het met iemand gaat over de jaren heen. De waarden van de meting worden opgeslagen in het EPD en verwerkt in het TREAT algoritme. Daarin worden verschillende waarden gecombineerd om te komen tot behandeladviezen. Er wordt een automatisch rapport gegenereerd met een samenvatting van de uitkomsten, welke ook beschikbaar is voor de client. Belangrijk dat de screening in de behandelcyclus is ingebed, in de jaarlijkse cyclus van behandelplan besprekingen.

Meer informatie: Meer informatie over PHAMOUS is hier te vinden.

G. Pilot Gezondheidscentrum Lewenburg

Organisatie: Gezondheidscentrum Lewenburg

Korte beschrijving: Binnen gezondheidscentrum Lewenburg (GCL), bestaande uit acht huisartsenpraktijken hebben ze een pilot gestart om mensen met EPA in de eerste lijn in beeld te krijgen en somatisch te screenen. Dit doen ze door een verpleegkundig specialist in dienst te nemen met kennis over de doelgroep, die de gehele somatische screening en medicatie monitoring coördineert voor alle mensen met EPA. De verpleegkundig specialist vult daarbij een belangrijke hiaat aan kennis rondom de EPA doelgroep. Iedereen werkt vanuit hetzelfde systeem en de huisarts en verpleegkundig specialist weten elkaar goed te vinden. Dit is een mooi voorbeeld voor het uitbreiden en concretiseren van de rol van de verpleegkundig specialist in de eerstelijnszorg.

Doelgroep en setting: De doelgroep bestaat uit patiënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA) die direct bij de huisartsenpraktijk terecht komen, of die zijn uitgestroomd uit gespecialiseerde ggz instellingen.

Unieke kenmerken: Een eerste unieke aspect aan de pilot van GCL is dat ze gebruik kunnen maken van de systemen vanuit de apotheek en de huisarts, waardoor ze niet alleen zicht hebben op de cliënten die zijn doorverwezen vanuit de ggz, maar ook de cliënten die niet in beeld zijn. Daarnaast is een bijkomend voordeel dat er een verpleegkundig specialist met een inhoudelijke achtergrond in de ggz betrokken is bij de somatische screening en ook de monitoring van de medicatie binnen de huisartsenpraktijk op zich kan nemen.

Meer informatie: Meer informatie is te vinden via: het zorgprogramma ernstige psychische aandoeningen of in pagina 40 tot en met 42 van het jaarverslag 2020 van GCL die hier te vinden is.

H. Somatische Miniscreen (SmS):

Organisatie: GGz Centraal

Korte beschrijving: De Somatische Miniscreen (SmS) is een praktisch toepasbare somatische screening die 25 minuten duurt en zich op somatiek en medicatie richt, met ook enkele vragen over leefstijl. Er wordt onderzoek gedaan naar de validiteit van deze korte versie. Beleid is dat de SmS bij alle klinische opnames jaarlijks wordt afgenomen door de verpleegkundige, bij intakes door de intaker.

Doelgroep en setting: De somatische screening wordt in GGz Centraal breed ingezet, voor de hele doelgroep van GGz Centraal. De polikliniek bijwerkingen is een interventie die kan worden ingezet als er bij de somatische screening met de Somatische mini Screen een risico blijkt.

Unieke kenmerken: De screening is praktisch toepasbaar en kan door alle beroepsgroepen uitgevoerd worden, er is geen specifieke scholing nodig. De screening is kosteloos beschikbaar als papieren versie, die in het EPD gehangen kan worden of kan in het EPD ingebouwd worden. Het algoritme in de SmS berekent of een patiënt tot de risicogroep behoort en of er acties nodig zijn. De navolging van adviezen is een uitdaging, men wil de screening nog wat meer in reguliere werkprocessen inbedden.

Meer informatie: De papieren versie van de SmS is via deze link te vinden.

I. Somatische poli's Dimence

Organisatie: Dimence

Korte beschrijving: Dimence heeft een unieke aanpak in het opzetten en organiseren van somatische poli's voor alle patiënten die psychofarmaca gebruiken of via hun regiebehandelaar worden doorverwezen. Binnen Dimence staat er een stevige infrastructuur met heldere afspraken en goede afstemming tussen verpleegkundig specialist, regiebehandelaar, huisarts, apotheker en het secretariaat. Ook vindt er een zorgvuldige en brede somatische screening plaats. De aanpak wordt bestuurlijk goed gedragen en dat zorgt voor een brede implementatie en een groot bereik aan patiënten.

Doelgroep en setting: De doelgroep voor de somatische poli's is iedereen die psychofarmaca gebruikt binnen Dimence, en andere cliënten met aantoonbare gezondheidsrisico's. De overgrote meerderheid van de somatische poli's zitten bij 'Stichting Dimence', de gespecialiseerde ggz setting van Dimence, maar vinden ook plaats in andere settings, zoals bijvoorbeeld de ouderenzorg.

Unieke kenmerken: De unieke kenmerken van de somatische poli's zijn allereerst de grootschaligheid van de opzet van de somatische poli's. In totaal heeft Dimence 24 somatische poli's over verschillende teams en regio's opgezet en hebben ze in totaal 40 screeners in dienst. Daarnaast hebben ze heldere en consistente afspraken rondom de organisatie van de somatische screening van aanmelding tot terugkoppeling van de resultaten. De combinatie van duidelijke richtlijnen die op grote schaal zijn geïmplementeerd, maken dit een uniek praktijkvoorbeeld.

Meer informatie: Meer informatie is te vinden op de website van Dimence via deze link of door de folder van de somatische poli te raadplegen.

J. TACTIC & PLEK voor EPA

Organisatie: Onze huisartsen

Korte beschrijving: TACTIC en PLEK voor EPA zijn projecten die zijn opgezet vanuit zorggroep onze huisartsen. Het doel van het project was om de cardiovasculaire risicomangement (CVRM) bij mensen met EPA te borgen binnen de huisartsenpraktijk. Ze hebben een werkgroep opgericht waarbij patiënt, huisarts en professional uit de gespecialiseerde ggz samenkomen. Ze proberen samen zicht te krijgen welke patiënten er niet gescreend worden en daardoor tussen wal en schip vallen. Vervolgens werken ze vanuit de huisartsenpraktijk outreachend om de patiënt te bereiken, te screenen en vervolgbehandeling aan te bieden. Vervolgens wordt dit in een multidisciplinair overleg met patiënt, professional vanuit de gespecialiseerde ggz en huisarts besproken. Hier is ook een onderzoekscomponent aan gekoppeld en is er een e-learning ontwikkeld.

Doelgroep en setting: De doelgroep bestaat uit mensen met ernstige psychische aandoeningen die daarnaast antipsychotica gebruiken en in behandeling zijn bij de huisarts en voorschrijver is van antipsychotica.

Unieke kenmerken: De unieke aspecten van TACTIC en PLEK voor EPA is dat beide projecten een multidisciplinaire samenwerking tussen cliënt, huisarts en gespecialiseerde ggz in de hand helpen waarbij de cliënt centraal staat. Daarnaast zijn er een aantal concrete producten ontwikkeld om de professionals hierbij te ondersteunen, onder andere via een e-learning tool die ook voor bijvoorbeeld de POH-GGZ te gebruiken valt.

Meer informatie: Meer informatie over de e-learning PLEK voor EPA is hier te vinden. Een folder over het TACTIC onderzoek is hier te vinden.

K. Utrechtse Somatische Screening

Organisatie: Jellinek

Korte beschrijving: De Utrechtse Somatische Screening (USS) is een instrument dat zich zowel richt op mensen met een verslaving als op patiënten die psychofarmaca gebruiken. De USS geeft een uitgebreide volledige somatische screening en bevat daarnaast een uitgebreide richtlijn voor de implementatie van de vragenlijst binnen de organisatie. De vragenlijst stimuleert motiverende gespreksvoering met de patiënt en heeft een unieke set aan vragen rondom verslavingsproblematiek. Ook stimuleert de USS ketensamenwerking via standaard brieven die worden gedeeld met de huisarts. De USS is daarmee een goed voorbeeld van een instrument die ook geschikt is voor mensen met een verslaving en een instrument die de ketensamenwerking stimuleert.

Doelgroep en setting: De USS is bedoeld voor breed gebruik, maar heeft de voornaamste focus op mensen met ernstige psychische aandoeningen en mensen met verslavingsproblematiek. Er is ook veel focus in het instrument voor mensen die last hebben van bijwerkingen van medicatie.

Unieke kenmerken: Een aantal unieke kenmerken van de USS is dat het instrument zelf stimuleert om de ketensamenwerking tussen de huisarts, psychiatrie en verslavingszorg op gang te brengen. Dit doen ze bijvoorbeeld door het tonen van een flowchart hoe je idealiter somatische screening op kan zetten en door de manier van vragen en het concreet formuleren van doelen die in het behandelplan kunnen worden meegenomen binnen het instrument.

Meer informatie: De USS is openbaar toegankelijk en te vinden via deze link. Het artikel over de implementatie van de USS is hier te vinden.

Bijlage 2. Voorbeelden Standaard brief aan huisarts

Bijlage 3 voorbeeldbrief aan huisarts

Aan: Huisarts, Adres, plaats.

Datum:

Betref: De heer/Mevrouw

Geboortedatum BSN

Onderwerp: Somatische screening

Behandeld door initialen hulp verlener / initialen hoofdbehandelaar

Geachte

In het kader van somatische screening bij intake, monitoring en/of psychofarmacagebruik hebben wij genoemde patiënt onderzocht. Hieronder staan onze bevindingen, conclusies en beleid.

Patiënt(e) is een man/vrouw van jaar is bij ons onder behandeling sinds in het kader van zijn verslaving aan / psychiatrische aandoening. Hij / zij maakt een gezonde / niet gezonde indruk. Patiënt maakt goed / niet goed gebruik van reguliere gezondheidsdiensten. Vermeld bijzonderheden over het zorggebruik van patiënt.

Uit de somatische screening komen de volgende bijzonderheden naar voren:

Metingen:

BMI: Buikomtrek:

Bloeddruk: Pols:

Bijzonderheden vermelden van onderdelen: ogen, oren, mondgezondheid, handen, voeten en buik (bij geen bijzonderheden, deze alinea in zijn geheel verwijderen)

Patiënt(e) is bekend met de volgende aandoeningen: Op het gebied van diabetes, longaandoeningen, hart- en vaatziekten, kanker, darmaandoeningen, infectie en geslachtziekten speelt:

- Bijzonderheden alleen omschrijven

- Sprake van familiale belasting?

Bij het inventariseren van huidige somatische klachten, komen als bijzonderheden naar voren:

Uit de leefstijlanamnese komen de volgende bijzonderheden naar voren:

Voeding en eetpatroon: er is sprake van voldoende / onvoldoende regelmaat in het eten.

Er is sprake van voldoende/onvoldoende gezond / gevarieerd eten.

Beweging en sport: er is sprake van voldoende / onvoldoende dagelijkse beweging.

Patiënt sport wel/niet wekelijks.

Alcohol en drugs: Patiënt rookt wel / niet. Hoeveelheid per dag.

Patiënt gebruikt wel/niet dagelijks alcohol, evt. aantal eenheden

Patiënt gebruikt verder de volgende drugs op regelmatige basis:

Bijzonderheden vermelden m.b.t. Ontspanning/slaap; Hygiëne; Seksueel gedrag en soa preventie.

Vermeld huidige medicatie, medicatietrouw en bijgebruik.

Als aanvullend onderzoek is ervoor gekozen om algemeen screenend laboratoriumonderzoek te doen.

(Evt. aangevuld met onderzoek naar infectieziekten en/of Soa's en /of ECG). Bij deze brief is een kopie meegestuurd.

Conclusie en beleid:

Hopelijk heb ik u hiermee voldoende geïnformeerd. Aan u het verzoek om de behandeling van uw patiënt verder te vervolgen.

Wij adviseren uw patiënt een afspraak met u te maken. Vanzelfsprekend zijn wij bereid tot toelichting of overleg.

Wij zijn telefonisch bereikbaar van maandag t/m vrijdag van 09.00 uur tot 17.00 uur.

Hoogachtend,

Dhr./Mw. naam behandelaar, specialisme

Dhr./Mw. naam regiebehandelaar, specialisme

Bijlage 3. Flowchart van zorgpad

Somatische screening – Somatische bemoeizorg

