

wetenschappelijke onderbouwing
multidisciplinaire richtlijn Somatische screening
bij patiënten met een ernstige psychische aandoening

Colofon

Verantwoordelijke instanties

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

Uitvoering: Trimbos Instituut



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

Tekstredactie: Textability

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

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



Rijksoverheid

Auteurs

Jolanda Meeuwissen, Berno van Meijel, Marieke van Piere, Maarten Bak, Merlijn Bakkenes, Digna van der Kellen, Sonja van Hamersveld, Ronald van Gool, Katie Dermout, Titia Feldmann, Anneriek Risseeuw, Anneke Wijtsma-van der Kolk, Ingrid van Vuuren, Matthijs Rümke, Evelyn Sloots-Jongen, Paul de Heij, Richard Starmans, Cilia Daatselaar, Christine van Veen, Marleen Hermens, Paula Speetjens en Bob van Wijngaarden

Werkgroep en klankbordgroep

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

Naar dit rapport kan als volgt worden verwezen:

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

Deze richtlijn is geautoriseerd door:

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

Deze richtlijn is inhoudelijk goedgekeurd door:

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

Inhoudsopgave

Colofon.....	2
Voorwoord	5
1 Inleiding.....	6
1.1 Tekorten in de somatische zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening.....	6
1.2 Doel van de richtlijn	6
1.3 Voor wie is de richtlijn bedoeld?	7
1.4 Uitgangsvragen.....	8
1.5 Werkwijze richtlijnenontwikkeling	9
1.6 Opbouw van dit rapport	12
2 Onderbouwing klinische noodzaak van somatische screening	13
2.1 Gezondheidsproblemen en onderbehandeling.....	13
2.2 Besef van urgentie.....	14
2.3 Gezondheidsaspecten ter somatische screening.....	14
2.4 Drie onderdelen van somatische screening	17
3 Instrumenten voor algemene somatische screening.....	19
3.1 Inventarisatie	19
3.2 Wetenschappelijke onderbouwing	19
3.3 Wetenschappelijke conclusies.....	20
3.4 Van bewijs naar aanbevelingen.....	20
3.5 Aanbevelingen	22
4 Het inzetten van screeningsinstrumenten	25
4.1 Wetenschappelijke onderbouwing	25
4.2 Wetenschappelijke conclusies.....	25
4.3 Van bewijs naar aanbevelingen.....	25
4.4 Aanbevelingen	26
5 Vervolgacties na somatische screening	27
5.1 Praktijkkennis en voorkeuren vanuit patiënten- en familieperspectief	27
5.2 Aanbevelingen	27
6 De rol van familie en naastbetrokkenen	28
6.1 Praktijkkennis en voorkeuren vanuit patiënten- en familieperspectief	28
6.2 Aanbevelingen	28
7 Voorwaarden voor goede zorg	29
7.1 Praktijkkennis en voorkeuren vanuit patiënten- en familieperspectief	29
7.2 Aanbevelingen	30
8 Stroomschema somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening	32
9 Indicatoren voor goede zorg.....	33
Literatuur.....	36
Bijlage 1 – Leden van de werkgroep, klankbordgroep en projectgroep	40
Bijlage 2 – Desksearch bestaande richtlijnen.....	41
Bijlage 3 – Systematisch literatuuronderzoek.....	43
Bijlage 4 - Beoordelingsformulieren.....	44
Bijlage 5 – Beschrijving van de SRA-74, VMGA en Leefstijl-in-beeld	49
Bijlage 6 – Kenmerken van sleutelpublicaties	51
Bijlage 7 – Gebruikte afkortingen	56

onderbouwing multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening, V&VN 2015

Voorwoord

Voor u ligt de wetenschappelijke onderbouwing van de *Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening* (2015). Het doel van deze richtlijn is om met name verpleegkundigen te ondersteunen bij de algemene somatische screening van patiënten in de ggz met een ernstige psychische aandoening (EPA) en de te ondernemen vervolgactiviteiten. Somatische screening is zowel klinisch als maatschappelijk zeer relevant, omdat de gezondheidsproblemen van deze patiënten groot zijn en het zorgaanbod er maar beperkt op aansluit.

De richtlijn is ontwikkeld voor beroepsgroepen die zorg verlenen aan mensen met een ernstige psychische aandoening: verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV'en), consultatief-psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen, psychiaters, klinisch geriaters, artsen somatisch werkzaam in de ggz, internisten in de ggz, huisartsen, POH-ggz, physician assistants in de ggz, psychomotorisch therapeuten, fysiotherapeuten, diëtisten, sociotherapeuten, ergotherapeuten en ggz-agogen.

Dit rapport biedt achtergrondinformatie voor alle zorgprofessionals, zorgmanagers, kwaliteitsmedewerkers en alle anderen die betrokken zijn bij de algemene somatische zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening en die meer willen weten over de totstandkoming van deze richtlijn. In deze onderbouwing is beschikbare wetenschappelijke kennis samengevat en wordt aangegeven welke overige overwegingen, onder meer vanuit praktijkkennis en voorkeuren vanuit patiënten- en familieperspectief, van belang waren bij het formuleren van de richtlijnaanbevelingen.

Deze richtlijn is gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, grijze literatuur, de praktijkkennis van professionals en voorkeuren vanuit patiënten- en familieperspectief. Het ontwikkeltraject bestond uit een knelpuntanalyse, een systematische inventarisatie van bestaande richtlijnen, een veldinventarisatie van beschikbare interventies, een transparant literatuuronderzoek, diverse commentaarondes onder de werkgroep- en klankbordgroepleden en een praktijktoets.

Bij de richtlijn werden een indicatorenset en een stroomschema ontwikkeld. De indicatoren worden beschreven in dit rapport. De richtlijn zelf is apart uitgegeven (Meeuwissen et al., 2015a).

1 Inleiding

De *Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening* is ontwikkeld in opdracht van de beroepsorganisatie Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) door beroepsgroepen die zorg verlenen aan mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA). Deze beroepsgroepen werden vertegenwoordigd in een werkgroep die werd ondersteund door medewerkers van het Trimbos-instituut.

Professionals in de ggz (huisartsenzorg inclusief POH-ggz, generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz) vervullen een belangrijke rol bij het herkennen van somatische aandoeningen en het bevorderen van een gezonde leefstijl. Zij hebben behalve specifieke deskundigheid ook praktische handvatten nodig waarmee ze signalen kunnen herkennen en beoordelen en (indien nodig) kunnen diagnosticeren, begeleiden, coachen, behandelen, verplegen, verzorgen of verwijzen naar andere professionals. Richtlijnen kunnen dergelijke handvatten bieden en de deskundigheid ondersteunen of bevorderen, omdat ze de beschikbare kennis ontsluiten voor beroepskrachten.

Richtlijnen beogen in het algemeen aanwijzingen te geven voor het handelen van beroepsbeoefenaren in bepaalde situaties of met betrekking tot bepaalde doelgroepen (Sackett et al., 2000). Doordat ze gewenst handelen (eenduidig en zoveel mogelijk op basis van wetenschappelijk verantwoorde uitgangspunten) helpen bevorderen en ongewenste variatie in dat handelen helpen voorkomen dragen, ze bij aan betere kwaliteit van zorg, in dit geval, aan een betere lichamelijke gezondheid van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun kwaliteit van leven. Deze richtlijn is gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, grijze literatuur, de praktijkkennis van professionals en voorkeuren vanuit patiënten- en familieperspectief (Sackett et al., 2000).

1.1 Tekorten in de somatische zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening

De somatische zorg aan mensen met een ernstige psychische aandoening schiet momenteel op een aantal punten tekort. Dit wordt uitgebreid gedocumenteerd in de nationale en internationale literatuur (zie o.a. De Hert et al., 2011; Van Alphen et al., 2012; Feltz-Cornelis et al., 2007). Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg constateerde deze tekorten (IGZ 1999; IGZ 2004) en formuleerde een zestal bouwstenen ter preventie van somatische complicaties bij patiënten die langdurig antipsychotica gebruiken (Tietema et al., 2012; IGZ, 2012).

Er liggen aan somatische en psychische aandoeningen vaak dezelfde oorzakelijke, bevorderende of in standhoudende processen ten grondslag. Onderzoek wijst er op dat mensen met een ernstige psychische aandoening vaak ongezond leefstijlgedrag vertonen (roken, ongezonde voeding, gebrek aan beweging, etc.) en zich niet of slechts gedeeltelijk houden aan de behandelvoorschriften. Langdurig medicatiegebruik is een belangrijke factor bij het ontstaan van somatische problemen bij deze patiëntengroep (Tietema et al., 2012). Naast de directe behandeling van geconstateerde gezondheidsproblemen, kunnen leefstijlinterventies worden uitgezet ter beïnvloeding van risicofactoren voor somatische aandoeningen (Wiegers et al., 2012).

Bij de groep van mensen met een ernstige psychische aandoening loopt de herkenning en behandeling van lichamelijke aandoeningen achter bij wat wenselijk en mogelijk is (De Hert et al., 2011; Van Alphen et al., 2012). De gevolgen hiervan zijn groot, voor zowel patiënten als voor de familie en naastbetrokkenen. De patiënt leeft ongezonder, hetgeen direct van invloed is op diens gezondheid en kwaliteit van leven. De levensverwachting van deze patiëntengroep is beduidend korter, rond de 20-25 jaar, vergeleken met mensen uit de algemene bevolking. De gezondheidsproblemen leiden tot hoge directe kosten van de zorg door frequenter en langdurige gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen, en tevens tot hoge indirecte kosten, onder meer door langdurig ziekteverzuim en beperkte maatschappelijke integratie.

1.2 Doel van de richtlijn

De richtlijn beoogt hulpverleners te ondersteunen bij de uitvoering van algemene somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening en beschrijft de gerichte activiteiten die daarin uitgevoerd dienen te worden. De richtlijn geeft ook aan welke vervolgacties dienen te worden ondernomen.

Somatische screening omvat een reeks deelactiviteiten die in samenhang dienen plaats te vinden. De richtlijn doet aanbevelingen over de activiteiten die met name verpleegkundigen dienen te ondernemen op het gebied van algemene somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese en over hoe deze activiteiten afgestemd dienen te worden met de activiteiten die binnen het domein van andere disciplines vallen.

De algemene somatische screening vormt de basis voor vervolgactiviteiten op het gebied van preventie en behandeling van somatische aandoeningen en leefstijlinterventies bij mensen met een ernstige psychische aandoening.

Voor het inzetten van leefstijlinterventies wordt verwezen naar de *Richtlijn Leefstijlbevordering bij patiënten met een ernstige psychische aandoening* (Meeuwissen et al., 2015b) die aanvullend op de *Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening* is ontwikkeld.

1.3 Voor wie is de richtlijn bedoeld?

Gebruikers

De richtlijn is ontwikkeld voor beroepsgroepen die zorg verlenen aan mensen met een ernstige psychische aandoening: verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV'en), consultatief-psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen, psychiaters, klinisch geriaters, artsen somatisch werkzaam in de ggz, internisten in de ggz, huisartsen, POH-ggz, physician assistants in de ggz, psychomotorisch therapeuten, fysiotherapeuten, diëtisten, sociotherapeuten, ergotherapeuten en ggz-agogen.

De aanbevelingen zijn in het bijzonder uitgewerkt voor de verpleegkundige discipline.

Daarnaast zullen deze aanbevelingen zeer toepasbaar zijn voor de POH-ggz (die vaak een verpleegkundige achtergrond hebben). Door de herordening van de ggz per 1 januari 2014 zullen patiëntenstromen naar verwachting verschuiven van de gespecialiseerde ggz naar de generalistische basis ggz en de huisartsenzorg. Door de vereiste ambulantisering zullen patiënten uit de gespecialiseerde ggz onder de hoede van de huisartsvoorziening komen, waarbij de POH-ggz vaak de casemanager zal worden. De uitvoering van de aanbevelingen vindt vanzelfsprekend plaats in samenwerking met andere disciplines. De verantwoordelijkheid hiervoor kan, afhankelijk van de aard van de te verrichten activiteiten, bij andere disciplines liggen.

Multidisciplinaire samenwerking en shared-decision-making staan in deze richtlijn centraal, aangezien een multidisciplinaire inspanning vereist is voor optimale somatische zorg bij de doelgroep en de patiënt er zelf ook een grote rol in speelt. In de richtlijn wordt aanbevolen om de verpleegkundige aan te stellen in de rol van *casemanager* die eerstverantwoordelijk is voor de continuïteit en coördinatie van de somatische zorg aan de individuele patiënt. De somatische screening wordt uitgevoerd in goede afstemming en communicatie met de hoofdbehandelaar (medisch specialist, huisarts, verpleegkundig specialist). Daarnaast zorgt de casemanager voor (het bewaken van) de uitvoering van de algemene, en zo nodig specifieke follow-up activiteiten die voortvloeien uit de somatische screening.

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

Doelgroep

De richtlijn richt zich op volwassenen (18-65 jaar) met een ernstige psychische aandoening of een verhoogd risico daarop. De afgelopen jaren is er veel gedebatteerd over de vraag wie tot deze doelgroep gerekend moet worden. De richtlijn volgt de criteria van de Consensusgroep EPA (Delespaul et al., 2013) en die passen binnen de 3D definitie van *ernstige psychische aandoening* (Diagnosis, Disability en Duration) (Kroon & Pijl, 2008) die in andere richtlijnen wordt gehanteerd:

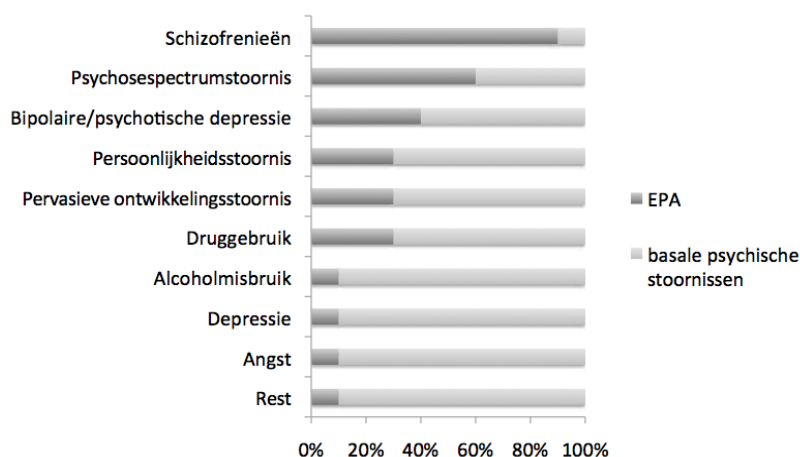
- er is sprake van een psychische stoornis, die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie);
- en die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie);
- en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van de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

Drie diagnosegroepen worden altijd meegenomen in de categorie *ernstige psychische aandoening*: stoornissen in het psychosespectrum, bipolaire stoornissen en depressie met psychotische kenmerken. Overige diagnoses (zoals depressie, aan middelen gebonden stoornissen of persoonlijkheidsstoornissen) kunnen binnen deze categorie vallen wanneer ze voldoen aan bovenstaande criteria. Een groot aantal mensen heeft een ernstige psychische aandoening op as 1 van de DSM-5 (APA, 2014) met comorbide verslavingsproblemen. Dezelfde comorbiditeit geldt voor patiënten met primaire verslavingsproblematiek.

Patiënten met een eerste psychose voldoen niet aan de criteria van de genoemde EPA-definitie. Echter, vanwege het verhoogde risico op het ontwikkelen van een ernstige psychische aandoening zullen ook de eerste-episodepatiënten aandacht krijgen in deze richtlijn.

Naar schatting betreft het in Nederland ongeveer 160.000 patiënten in de ggz tussen de 18 en 65 jaar, inclusief verslavingszorg en forensische zorg. Over alle leeftijden inclusief kinderen en jeugdigen (< 18 jaar) en ouderen (> 65 jaar) betreft het naar schatting 216.000 patiënten. Figuur 1 geeft een overzicht van het percentage patiënten per diagnostische categorie die valt binnen de groep van mensen met een ernstige psychische aandoening (Delespaul et al., 2013).

FIGUUR 1 Consensuschatting van het percentage patiënten per psychiatrisch ziektebeeld dat onder EPA en onder 'basale psychische stoornissen' valt



1.4 Uitgangsvragen

Op basis van een knelpuntenanalyse heeft de werkgroep een aantal uitgangs(deel)vragen geformuleerd, waarop de richtlijn een antwoord geeft.

De centrale vraag die in deze richtlijn wordt beantwoord is:

Wat dient de verpleegkundige te doen, in samenwerking met andere ggz-disciplines, om te screenen op algemene somatische aandoeningen bij mensen met een ernstige psychische aandoening?

De richtlijn gaat in op de volgende deelvragen:

1. Welke instrumenten zijn geschikt om in te zetten voor somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening? (hoofdstuk 3)
2. Hoe dienen deze instrumenten te worden ingezet? Wanneer en bij wie? Hoe vaak? (hoofdstuk 4)
3. Welke vervolgacties dienen plaats te vinden? (hoofdstuk 5)
4. Wat is de rol van familie en naastbetrokkenen bij somatische screening en medicatiemonitoring? (hoofdstuk 6)
5. Welke voorwaarden zijn noodzakelijk om somatische screening goed vorm te geven ten aanzien van kennis, samenwerking, coördinatie en continuïteit van zorg? (hoofdstuk 7)

1.5 Werkwijze richtlijnenontwikkeling

Deze richtlijn werd ontwikkeld als onderdeel van het programma 'Kwaliteitsverbetering somatische zorg aan cliënten met een psychiatrische aandoening of een verstandelijke beperking'. Dit programma beoogt de kwaliteit van de somatische zorg aan deze patiëntgroepen te verbeteren met gebruik van actuele kennis uit wetenschap en praktijk.

De richtlijnontwikkeling binnen dit programma werd uitgevoerd in twee fasen. De beroepsorganisatie Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) heeft de eerste fase uitgevoerd. Het gaat om een uitgebreide knelpuntenanalyse die is afgerond in 2011 (Van den Berg & Poot, 2004). De tweede fase bestond uit het ontwikkelen van de richtlijn.

In deze tweede fase heeft het Trimbos-instituut in samenwerking met een groot aantal experts die relevante beroepsverenigingen vertegenwoordigen ruim twee jaar gewerkt aan de ontwikkeling van de *Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening* (Meeuwissen et al., 2015a). Gelijktijdig werd door dezelfde werkgroep en projectgroep de *Richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening* (Meeuwissen et al., 2015b) ontwikkeld. De onderbouwing van de laatstgenoemde richtlijn is beschreven in het rapport *Wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening* (Meeuwissen et al., 2015c). Deze beide richtlijnen sluiten direct op elkaar aan.

Knelpuntenanalyse

In de eerste fase werden problemen of knelpunten in de kwaliteit van de somatische zorg geïnventariseerd, samen met de (mogelijke) oorzaken ervan. Daarbij werd het werkveld intensief betrokken. Problemen die een goede kwaliteit van de somatische zorg in de weg staan zijn in kaart gebracht met behulp van relevante beroepsverenigingen, waaronder FVG, NHG, NIP, NVAVG, NVASP, NVvP en V&VN. Daarbij werden mensen uit verschillende functie- en managementniveaus van instellingen geraadpleegd. Daarnaast zijn twee koepelorganisaties betrokken (VGN en GGZ Nederland) en verschillende expertise- en kenniscentra (waaronder NIPV, Trimbos-instituut en het lectoraat GGZ-verpleegkunde van de Hogeschool Inholland). Ook de relevante cliënten- en familieverenigingen, waaronder LPGGz en Ypsilon, werden geconsulteerd.

Voor de ggz resulteerde de inventarisatie in een selectie van twee onderwerpen voor richtlijnontwikkeling: 'algemene somatische screening' en 'leefstijl' specifiek voor de groep mensen met ernstige psychische aandoening. Op basis van de knelpuntenanalyse zijn relevante uitgangsvragen geformuleerd die als leidraad dienden bij de richtlijnontwikkeling.

Werkgroep, klankbordgroep en projectgroep

In de werkgroep waren relevante beroepsverenigingen en patiënten- en familieorganisaties vertegenwoordigd. De samenstelling van de werkgroep in fase 2 is grotendeels dezelfde als in fase 1. Het patiëntenperspectief werd ingebracht door participatie in de werkgroep; de patiënten- en familievertegenwoordigers waren leden van de werkgroep. De werkgroep kwam in totaal 3x plenair bijeen en daarnaast kwamen werkgroepleden (samen met projectgroepleden) bijeen in subgroepbijeenkomsten. De klankbordgroep bestond uit relevante stakeholders. Zie bijlage 1 voor de leden van de werkgroep en klankbordgroep. De klankbordgroepleden waren uitgenodigd voor de startbijeenkomst en leverden op een tweetal momenten in het richtlijnontwikkeltraject schriftelijk commentaar. De projectgroep ondersteunde de werkgroep methodologisch en organisatorisch. De projectgroep vatte de wetenschappelijke evidentie samen, resulterend in conclusies. Van de werkgroepleden werd gevraagd hierover actief mee te denken en input te leveren opdat de richtlijn goed zo aansluiten op de praktijk.

Bij de start van het richtlijnontwikkeltraject vond een startbijeenkomst plaats met de werkgroepleden en enkele klankbordgroepleden. In de startbijeenkomst werd aan de hand van de lijst met onderwerpen die de knelpuntenanalyse opleverde, de focus van de te ontwikkelen richtlijnen bepaald.

Samenvatten van de wetenschappelijke evidentie

Het onderzoek ter ondersteuning bij de ontwikkeling van de richtlijn bestond uit vier onderdelen:

1. Een desksearch naar bestaande landelijke, buitenlandse en instellingsgebonden richtlijnen voor somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening;

2. Een narratieve literatuurreview van sleutelpublicaties naar welke (algemene) gezondheidsaspecten je een somatische screening moet uitvoeren bij volwassen mensen (18+ jaar) met een ernstige psychische aandoening of een verhoogd risico daarop (hoofdstuk 2);
3. Een veldinventarisatie naar beschikbare screeningsinstrumenten in Nederland die door verpleegkundigen uitgevoerd kunnen worden (uitgangsvraag 1 & 2, hoofdstuk 3);
4. En een systematische literatuurreview naar studies die de geselecteerde screeningsinstrumenten beschrijven en onderbouwen (uitgangsvraag 1 & 2, hoofdstuk 3 & 4).

Desksearch & sleutelpublicaties

Als uitgangspunt voor het literatuuronderzoek is gezocht naar bestaande (buitenlandse) evidence-based richtlijnen voor somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening. In samenwerking met de werkgroep zijn de richtlijnen geselecteerd op relevantie en kwaliteit (zie bijlage 2). In totaal zijn er dertien relevante richtlijnen geïdentificeerd op basis van titel en abstract. Na het beoordelen van de volledige tekst bleken vier richtlijnen relevante informatie te bevatten.

Vervolgens is er een narratieve literatuurreview uitgevoerd naar gezondheidsaspecten bij mensen met een ernstige psychische aandoening of een verhoogd risico daarop waarvoor een somatische screening zou moeten worden uitgevoerd. Het doel van deze review was een (evidence-based) achtergrond voor screeningsinstrumenten te creëren. Hiervoor is gezocht naar systematische literatuurreviews en meta-analyses gepubliceerd in de volgende databases: Cochrane-database of systematic reviews van de Cochrane Library en Pubmed. Daarnaast leverden werkgroepleden relevante publicaties aan uit overige bronnen aan de projectgroep. In totaal zijn er zeven sleutelpublicaties over somatische screening en monitoring geïdentificeerd, waarvan de kenmerken staan beschreven in bijlage 6. Het gaat om aspecten op het gebied van (1) algemene somatische screening, (2) medicatiemonitoring, en (3) leefstijl.

Systematisch literatuurreview

De systematische literatuurreview was er op gericht relevante artikelen voor uitgangsvragen 1 en 2 – screeningsinstrumenten voor mensen met een ernstige psychische aandoening – te identificeren voor de wetenschappelijke onderbouwing. Om deze uitgangsvragen zo doelgericht en effectief mogelijk te onderzoeken, is allereerst een inventarisatie gehouden onder de werkgroepleden en hun netwerk naar relevante screeningsinstrumenten beschikbaar in Nederland. Deze instrumenten dienen door verpleegkundigen uitgevoerd te kunnen worden. In totaal zijn er acht relevante screeningsinstrumenten door de werkgroep geïdentificeerd:

- PHAMOUS: (PHArmacotherapy Monitoring and OUtcome Survey)
- SRA (onderdeel van PHAMOUS): Subjectieve Reactie op Antipsychotica vragenlijst
- LKV: Lichamelijke Klachten Vragenlijst
- USS: Utrechtse Somatische Screening
- VMGA: Verpleegkundige Monitoring bij Gebruik van Antipsychotica
- Leefstijl-in-beeld
- HIP: Health Improvement Profile
- TFI: Tilburg Frailty Indicator

Daarnaast is gezocht naar screeningsinstrumenten ontwikkeld door Nederlandse ggz-instellingen. Interventies zijn geëxcludeerd als de interventie niet op somatiek gericht is zoals in de richtlijn wordt beoogd of er geen evidentie voor beschikbaar is.

De systematische literatuurreview is uitgevoerd in twee literaturobases: PubMed en Google Scholar. Daarnaast is gezocht voor aanvullende literatuur in Nederlandse vakbladen en zijn de ontwikkelaars van de instrumenten benaderd voor relevante artikelen. Tijdens de search zijn mogelijke relevante artikelen voor de overige drie uitgangsvragen meegenomen. De zoekstrategie is weergegeven in bijlage 3. Deze is voorgelegd aan en goedgekeurd door de werkgroep. Conform de Evidence-Based Richtlijnontwikkeling (EBRO; Van Everdingen et al., 2004) methodiek beoordeelden reviewers de kwaliteit en inhoud van de verkregen literatuur (bijlage 4), beschrijvingen van de wetenschappelijke onderbouwing en wetenschappelijke (gewogen) conclusies. In totaal zijn er twee studies geïdentificeerd waarin onderzoeksresultaten van een screeningsinstrument zijn gepubliceerd. Daarnaast zijn er twee studies gepubliceerd (Cahn et al. (2008); De Hert et al. (2010)) die bruikbaar zijn als leidraad voor de frequentie en grenswaarden van algemene somatische screening en medicatiemonitoring bij mensen met een ernstige psychische aandoening.

De beoordeling van de studies volgde de GRADE systematiek (Guyatt et al., 2011). GRADE geeft een systematisch, specifiek en transparant oordeel over de kwaliteit van het wetenschappelijke bewijs. Werkgroepleden leverden grijze literatuur aan met relevante bevindingen. Dit betreft literatuur die niet uit de wetenschappelijke peer-reviewed vaktijdschriften komt. Ter beantwoording van alle uitgangsvragen – inclusief uitgangsvraag 3, 4 en 5 - is grijze literatuur gebruikt en meningen van experts (werkgroep, klankbordgroep en praktijktest).

Leden van de werkgroep gingen op basis van de gevonden literatuur met elkaar in discussie over overige overwegingen en aanbevelingen. Ook leverden zij grijze literatuur aan met relevante bevindingen. Dit betreft literatuur die niet uit de wetenschappelijke peer-reviewed vaktijdschriften komt.

Formuleren van overige overwegingen en aanbevelingen

De aanbevelingen volgen uit de conclusies en de overige overwegingen. De conclusies zijn weer gebaseerd op de beschikbare wetenschappelijke evidentie. Dit is een ruim begrip. Evidentie behelst namelijk niet alleen wetenschappelijk bewijs, maar ook de consensus over het onderwerp in de praktijk en de voorkeuren van patiënten. Naast de laatste twee zijn ook andere zogenaamde ‘overige overwegingen’ van belang. Hieronder vallen zaken als gezondheidswinst, bijwerkingen, risico’s en organisatorische aspecten. Aanbevelingen zijn dus gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur, de praktijkkennis van hulpverleners, de voorkeuren van cliënten en overige overwegingen. Leden van de werkgroep gingen op basis van de beschreven literatuur en conclusies met elkaar in discussie en formuleerden, begeleid door de projectgroep, de overige overwegingen en aanbevelingen. Deze aanbevelingen geven antwoord op de uitgangsvragen.

Het uitgangspunt was op voorhand, mede op basis van de knelpuntenanalyse in de eerste fase, dat de wetenschappelijke onderbouwing op de genoemde onderwerpen beperkt zou zijn. De aanbevelingen in de hoofdstukken over de rol van familie en naastbetrokken (hoofdstuk 6) en over voorwaarden voor goede zorg (hoofdstuk 7) zijn voornamelijk gebaseerd op basis van professionele kennis, patiëntenvoorkeuren en overige overwegingen zoals bediscussieerd in de werkgroep.

Commentaarrronde

Nadat de conceptrichtlijnteksten werden vastgesteld door de werkgroep werd deze openbaar gemaakt voor commentaar en voorgelegd aan de betrokken beroepsverenigingen en patiënten- en familieorganisaties voor commentaar. De ontvangen commentaren werden verzameld in een commentaartabel. De conceptrichtlijnteksten werden waar nodig aangepast op basis van dit commentaar. In de commentaartabel werd aangegeven wat met het commentaar is gedaan. Wanneer het commentaar niet werd overgenomen is de reden daarvoor aangegeven.

Praktijktoets

Om de praktische toepasbaarheid van de richtlijnaanbevelingen te evalueren werd een praktijktoets georganiseerd. Doel van de praktijktoets was om zicht te krijgen op de praktische toepasbaarheid van de richtlijn en op specifieke activiteiten die nodig zijn om de richtlijn in de praktijk effectief te kunnen invoeren. Bij deze praktijktoets zijn drie instellingen betrokken, geworven uit de achterban van V&VN en van de werkgroepleden: GGZ Midden-Holland, GGZ Westelijk Noord-Brabant, en Rivierduinen.

Aan deelnemende professionals werd de conceptrichtlijn voorgelegd met het verzoek er kennis van te nemen en deze bij een aantal patiënten uit hun caseload toe te passen. Vervolgens werden zij bevraagd over de haalbaarheid, wenselijkheid en uitvoerbaarheid van toepassing van de richtlijn en over de helderheid en concreetheid van de richtlijnaanbevelingen aan de hand van een vooraf opgestelde vragenlijst.

Er werden tijdens deze praktijktoets geen interventies uitgevoerd om de implementatie te bevorderen, anders dan het voorleggen van de conceptrichtlijn aan de potentiële gebruikers binnen de aangezochte instellingen. Op basis van de bevindingen en commentaren naar aanleiding van de praktijktoets werd de conceptrichtlijn, waar nodig, bijgesteld, bijvoorbeeld door aanwijzingen op te nemen voor het realiseren van randvoorwaarden, het trainen van personeel of procedurele voorwaarden. Over deze aanpassingen werd besloten in overleg met de voorzitter en werkgroepleden.

Indicatorenontwikkeling

De projectgroep ontwikkelde samen met de werkgroep een indicatorenset, bestaande uit 2-3 indicatoren per richtlijn. De indicatoren zijn bedoeld om te meten of de richtlijn wordt gevolgd. De bevindingen aan de hand van de indicatoren kunnen richting geven aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het in gang zetten van verbeteracties.

De ontwikkeling van de indicatoren volgde een systematische aanpak (Konings et al., 2006). De projectgroep bepaalde met de werkgroep voor welke van de richtlijnaanbevelingen de ontwikkeling van een indicator het meest zinvol is en hoe de indicator moet worden opgebouwd.

Overwegingen hierbij waren het kunnen bereiken van de meeste gezondheidswinst, de huidige kwaliteit van de zorg of het reeds beschikbaar zijn of toegepast worden van relevante indicatoren. Voor de belangrijkste aanbevelingen werd een indicator geoperationaliseerd door een teller en noemer te definiëren. Voor onderwerpen die niet kunnen worden uitgedrukt in uitkomstindicatoren zijn procesindicatoren gekozen.

De opbouw van de indicatoren volgt de Kernset prestatie-indicatoren 2013 (Stuurgroep Zichtbare Zorg, 2013). De thema's en fasen van het zorgcontinuüm waarop de indicatoren betrekking hebben verwijzen naar de Kwaliteitsmatrix (Programma KiZ, 2011).

1.6 Opbouw van dit rapport

Hoofdstuk 2 gaat in op de klinische noodzaak van somatische screening en op welke aspecten somatische screening dient te gebeuren. De drie onderdelen van de somatische screening worden beschreven: algemene somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese. Het onderdeel leefstijlanamnese wordt verder uitgewerkt in de *Richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening (2015b)*.

Vervolgens gaan de hoofdstukken in op de uitgangsvragen naar aanleiding van de knelpuntenanalyse. Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van de instrumenten die geschikt zijn voor algemene somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese. Hoofdstuk 4 gaat in op de vraag wanneer, bij wie en hoe vaak deze screeningsinstrumenten dienen te worden ingezet. In hoofdstuk 5 komen de vervolgacties aan bod die na somatische screening dienen te worden ondernomen.

Hoofdstuk 6 gaat in op de belangrijke rol van familie en naastbetrokkenen bij het tijdig herkennen van somatische symptomen en bij de behandeling ervan.

In hoofdstuk 7 beschrijft een aantal voorwaarden om somatische screening op effectieve wijze uit te kunnen voeren bij mensen met een ernstige psychische aandoening.

Hoofdstuk 8 biedt een stroomschema dat de stappenvolgorde weergeeft waarin de aanbevelingen van toepassing zijn. In hoofdstuk 9 beschrijft een indicatorenset van twee indicatoren. Met deze indicatoren kan worden gemeten of de belangrijkste richtlijnaanbevelingen worden opgevolgd.

2 Onderbouwing klinische noodzaak van somatische screening

2.1 Gezondheidsproblemen en onderbehandeling

Lagere levensverwachting en kwaliteit van leven bij mensen met EPA

Mensen met een ernstige psychische aandoening hebben een relatief slechte lichamelijke conditie, vergeleken met de algemene bevolking (Marder et al., 2004). De verschillen in levensverwachting tussen mensen met een ernstige psychische aandoening en de algemene bevolking zijn groot. Recente studies laten zien dat door de gezondheidsproblemen de levensverwachting van deze patiënten 20-25 jaar lager is dan die van de algemene bevolking (Saha, 2007; Tiihonen, 2011). De gezondheidsproblemen die vooral bijdragen aan deze lagere levensverwachting zijn cardiovasculaire aandoeningen, respiratoire aandoeningen, infecties, endocriene stoornissen en bepaalde vormen van kanker (De Hert et al., 2011; Leucht et al., 2007; Osborn et al., 2007; Meyer & Nasrallah, 2003).

Invloed tekort aan zelfzorg

Daarnaast worden ernstige tekorten gesignaleerd in de dagelijkse zelfzorg van deze patiënten, waardoor gezondheidsproblemen kunnen ontstaan. Dit zien we onder andere op het gebied van de gebitsverzorging (Kisely et al., 2011). Er ontstaat een steeds beter zicht op de oorzaken van deze verhoogde morbiditeit en mortaliteit. Deels liggen deze in de complicaties in medicatiegebruik en van antipsychotica-gebruik in het bijzonder (Cabassa et al. 2010; De Hert et al., 2009; Marder et al., 2004). Maar ook de ongezonde leefstijl van deze patiënten draagt sterk bij aan de problemen: weinig bewegen, slechte voeding en veel roken, het gebruik van middelen en een slechte mondhygië (waardoor tandvleesontstekingen en dientengevolge een verhoogd risico op hartproblemen ontstaan), zijn factoren die de gezondheid bij mensen met een ernstige psychische aandoening sterk negatief beïnvloeden (Brown et al., 1999; Cabassa et al., 2010; Harvey et al., 2008).

Invloed van ziektegebonden kenmerken

Daarnaast kunnen kenmerken van de ziekte zelf, zoals bepaalde symptomen of cognitieve stijlen, adequaat gezondheidsgedrag in de weg staan (Roberts & Bailey, 2011). De moeizame en gebrekkige wijze waarop mensen met een ernstige psychische aandoening hun gezondheidsproblemen signaleren, ervaren of presenteren draagt ertoe bij dat behandelaars de klachten en aandoeningen vaak niet of pas laat ontdekken (Pary & Barton, 1988; De Hert et al., 2009). Ook weet de patiënt de weg naar de gezondheidszorg vaak slecht te vinden en is er vaak sprake van lage therapietrouw (De Hert et al., 2009). Deelname van patiënten aan landelijke screeningsprogramma's is in de regel laag.

Invloed van kenmerken behandelaars

Er kan sprake zijn van behandel pessimisme: hulpverleners hebben er onvoldoende vertrouwen in dat zij wezenlijk bij kunnen dragen aan een goede lichamelijke conditie van deze doelgroep (De Hert et al., 2011). Vaak komt somatische diagnostiek, behandeling en leefstijlbevordering daardoor niet of te laat op gang. Het gebruik van de medische zorg neemt zelfs af na het diagnosticeren van een psychische aandoening. Onderdiagnostiek en onderbehandeling van lichamelijke gezondheidsproblemen komen dan ook veel voor (Nasrallah, 2005). Een tekort aan kennis en vaardigheden binnen de ggz op het gebied van somatiek en leefstijl draagt bij aan de instandhouding van de genoemde problemen. De noodzakelijke samenwerking tussen huisartsen en ggz-professionals komt slechts moeizaam tot stand (Heideman et al., 2006; Oud, 2009; Van Hasselt, 2013).

Risicofactoren

Veel van de gezondheidsproblemen, in het bijzonder de cardiovasculaire aandoeningen worden veroorzaakt door de vaak ongezonde leefstijl van mensen met een ernstige psychische aandoening. Daarnaast hebben sommige psychofarmaca, in het bijzonder antipsychotica, bijwerkingen die sterk kunnen bijdragen aan de somatische morbiditeit van deze patiënten. Gewichtstoename, verhoogde kans op diabetes, stoornissen in de vetstofwisseling, bewegingsstoornissen en seksueel disfunctioneren zijn in dit verband bekende bijwerkingen (Marder et al., 2004; De Hert et al., 2009; Brown et al., 1999; Cabassa et al., 2010; Harvey et al., 2008; Tietema et al., 2012; Bak et al., 2014). Samen zorgen de genoemde factoren voor een verhoogde kans op schadelijke metabole processen, die kunnen resulteren in een verhoogd cardiovasculair risico en de levensverwachting en kwaliteit van leven van de patiënt ongunstig beïnvloeden.

Tabel 1 geeft een overzicht van de belangrijkste beïnvloedbare risicofactoren, de prevalentie per risicofactor bij mensen met schizofrenie en bipolaire stoornis (de ziektebeelden met de hoogste percentages ernstige psychische aandoening) en de relatieve risico's (RR) ten opzichte van de normale populatie.

Tabel 1 Prevalentie en relatieve risico (RR) van beïnvloedbare risicofactoren voor cardiovasculaire aandoeningen bij schizofrenie en bipolaire stoornis vergeleken met de algemene bevolking (De Hert et al., 2011)

Beïnvloedbare risicofactoren	Schizofrenie prevalentie (%)	RR	Bipolaire stoornis prevalentie (%)	RR
Obesitas	45-55	1.5-2	21-49	1-2
Roken	50-80	2-3	54-68	2-3
Diabetes mellitus	10-15	2-3	8-17	1.5-3
Hypertensie	19-85	2-3	35-61	2-3
Dislipidemie	25-69	<5	23-38	<3
Metabool syndroom	37-65	2-3	30-49	2-3

2.2 Besef van urgentie

Bij beleidsmakers en professionals groeit een besef van urgentie om de genoemde problemen ter hand te nemen. De rijksoverheid (Nota Gezondheidsbeleid, VWS, 2011) streeft naar het verbeteren van de gezondheid van mensen met een gezondheidsachterstand en het verminderen van hun kwetsbaarheid. Preventie, positieve gezondheidszorg, leefstijl, zelfmanagement en e-health-toepassingen zijn sleutelwoorden in het nationale beleid. In het *Kernrapport Volksgezondheid Toekomstverkenning 2010* (RIVM, 2010) wordt gesteld dat doelgericht aandacht besteden aan bevolkingsgroepen met een grote kwetsbaarheid en gezondheidsachterstand onderdeel is van verantwoorde zorg.

De afgelopen jaren zijn professionals in de ggz zich steeds meer gaan inspannen om richtlijnen, methodieken en interventies te ontwikkelen die bijdragen aan een betere gezondheidstoestand van mensen met een ernstige psychische aandoening. Dit geldt met name voor de medische (zie o.a. Cahn et al., 2008; De Hert et al., 2011) en de verpleegkundige disciplines (zie o.a. Brunero & Lamont, 2009; Ohlsen et al., 2005; Shuel et al., 2010).

2.3 Gezondheidsaspecten ter somatische screening

Op welke gezondheidsaspecten zou somatische screening moeten worden uitgevoerd? De werkgroepleden hebben verschillende sleutelpublicaties aangedragen over somatische screening bij mensen met ernstige psychische aandoening. Het betreft systematische reviews uit de internationale vakliteratuur. De literatuurlijsten van deze artikelen werden gecontroleerd op aanvullende systematische reviews die aan de sleutelpublicaties werden toegevoegd. Op basis van deze zeven sleutelpublicaties werd beschrijvend samengevat op welke gezondheidsaspecten algemene screening zou moeten worden uitgevoerd.

Resultaten reviews

Van de zeven sleutelpublicaties (Cahn et al., 2008; De Hert et al., 2011a; De Hert et al., 2011b; Robson et al., 2007; Usher et al., 2006; Marder et al., 2004; Tosh et al., 2010) over somatische screening en monitoring was er één afkomstig uit Nederland (Cahn et al., 2008). Twee publicaties waren vooral op de verpleegkundigen gericht (Robson et al., 2007; Usher et al., 2006), drie andere artikelen legden de focus op artsen, met name psychiaters (Marder et al., 2004; Cahn et al., 2008). Ook was er een onderscheid in de patiënten doelgroep, die breed of juist smal kon zijn gedefinieerd. Zo gingen sommige publicaties over somatische screening en monitoring bij mensen met een ernstige psychische aandoening (Tosh et al., 2010; Robson et al., 2007; De Hert et al., 2011a), andere over patiënten met schizofrenie die een antipsychoticum gebruiken (Marder et al., 2004; Usher et al., 2006), weer een andere artikel richtte zich op patiënten die een antipsychoticum gebruiken (Cahn et al., 2008) en ten slotte een artikel over patiënten met schizofrenie (De Hert et al., 2011b).

Nog geen uitsluiting over effecten van monitoren

Tosh et al. (2010) voerden een systematische review uit naar de effecten van het monitoren van de lichamelijke gezondheid bij mensen met een ernstige psychische aandoening, gericht op het voorkomen van achteruitgang en het behoud van de kwaliteit van leven. De onderzoekers baseerden hun review uitsluitend op onderzoek volgens een design dat sterk bewijs kan opleveren voor deze vraagstelling (randomised controlled trials, RCT's).

De auteurs vonden op dit niveau geen bewijs dat het monitoren van de lichamelijke gezondheid van mensen met een ernstige psychische aandoening effectief is.

Dit betekent nog niet dat monitoring geen invloed heeft op de lichamelijke gezondheid van mensen met een ernstige psychische aandoening; de review toonde voornamelijk aan dat het effect niet goed onderzocht is. Klinische richtlijnen over het monitoren van de lichamelijke gezondheid bij mensen met een ernstige psychische aandoening zijn dus gebaseerd op consensus van experts, op klinische ervaring en goede intenties in plaats van op wetenschappelijk bewijs van hoge kwaliteit. In 2013 werd door dezelfde onderzoekers opnieuw gezocht naar relevante publicaties, maar de gevonden studies zijn nog niet opgenomen in nieuwe analyses.

Algemene controles op risicofactoren

De Hert (2011b) voerde een systematische review uit naar internationale klinische richtlijnen voor het screenen en monitoren van het cardiometabole risico bij patiënten met schizofrenie. Van de 18 aangetroffen relevante richtlijnen werden er drie beoordeeld als zijnde van hoge kwaliteit. In de meeste richtlijnen werden de volgende controles aanbevolen: nuchter glucose, nuchter triglyceriden, nuchter cholesterol, Body Mass Index (BMI), middelomvang, bloeddruk, high density lipoproteïne/low density lipoproteïne, en symptomen van diabetes.

De Nederlandse werkgroep *Somatische complicaties bij antipsychoticagebruik* deed een voorstel voor de inhoud van de somatische anamnese en het vervolgens monitoren van risicofactoren bij patiënten die antipsychotica gebruiken (Cahn et al., 2008). Onderverdeeld zijn de meest voorkomende bijwerkingen van antipsychotica:

- metabole complicaties (metabool syndroom, overgewicht en obesitas, diabetes mellitus type 2, dyslipidemie);
- cardiovasculaire complicaties;
- neurologische complicaties (parkinsonisme, acathisie, acute dystonie, tardieve dyskinesie);
- hematologische complicaties;
- gastro-intestinale complicaties;
- urogenitale en seksuele complicaties.

Deze werkgroep deed de aanbeveling om voor het starten en bij het switchen van een antipsychoticum, en ook daarna, risicofactoren te monitoren. Hierbij worden de volgende aspecten meegenomen:

- somatische anamnese;
- familiale anamnese (obesitas, diabetes mellitus, dyslipidemie, hart- en vaatziekten, neurologische ziekten en osteoporose);
- Mini Mental State Examination (MMSE);
- Body Mass Index (BMI);
- middelomtrek;
- bloeddruk en pols;
- nuchter glucose of HbA1C
- nuchter cholesterol, hdl-cholesterol en triglyceriden;
- prolactine;
- bloedbeeld;
- leverfuncties;
- bewegingsstoornissen;
- ECG;
- EEG;
- bloedbeeld/leverfuncties
- blaasscan

Tabel 2 geeft een schema voor systematische monitoring, ontleend aan Cahn et al. (2008). Het schema geeft aan hoe vaak gemeten wordt, wat de grenswaarden zijn en welke specifieke indicaties gelden voor de uitvoering van de somatische monitoring bij antipsychoticagebruik. De aanbevelingen in het artikel van Marder et al. (2004) zijn in grote lijnen vergelijkbaar met die van Cahn et al. (2008).

Tabel 2 Schema systematische monitoring Werkgroep Somatische complicaties bij antipsychoticagebruik (bron: Cahn et al., 2008)

Schema voor systematische monitoring ter preventie van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik, opgesteld door de Werkgroep Somatische Complicaties bij Antipsychoticagebruik								
	nulmeting	1 mnd	2 mnd	3 mnd	6 mnd	jaarlijks	Op indicatie	Grens/actiewaarden (overleg met somaticus)
Somatische anamnese	x	x	x	x	x	x	x	
Familiare anamnese	x					x	x	
MMSE	i	i					x	
BMI	x	x	x	x	x	x	x	Toename BMI met 1 kg/m ² of 5-7% in gewicht
Middelomtrek	x	x	x	x	x	x	x	> 102 cm (mannen); > 88 cm (vrouwen)
Bloeddruk en pols*	x			x	x	x	x	Systolische druk > 140 mmHg en polsslag > 100/min
Nuchter glucose of HbA _{1c} **	x	i	i	x	x	x	x	Nuchter glucose normaal < 6,1 gestoord > 6,1 en < 6,9 DM > 6,9 mmol/l; HbA _{1c} > 7%
Nuchter cholesterol, hdl-cholesterol en triglyceriden	x			x		x	x	Totaal cholesterol > 6,5 mmol/l ldl-cholesterol > 4,5 mmol/l hdl-cholesterol < 1,0 mmol/l (mannen); hdl-cholesterol < 1,3 mmol/l (vrouwen) Triglyceriden > 1,7 mmol/l
Prolactine***	i	i		i			x	> 1000 mU/l
Bloedbeeld	i						x	
Leverfuncties	i						x	
Bewegingsstoornissen	x	x	x	x	x	x	x	
Ecg****	i	i					x	
Eeg	i						x	
Bloedbeeld/leverfuncties	i						x	
Blaasscan	i	i					x	

ldl = low-densitylipoproteïne; hdl = high-densitylipoproteïne; MMSE = Mini Mental State Examination; i = op indicatie (bijv. eeg bij serindolgebruik; eeg bij epilepsie en clozapinegebruik; leukocyten telling en differentiatie bij clozapinegebruik); BMI = body-mass index.

*Naast de monitoring op metabool syndroom, op indicatie orthostase meten (liggend en staand).

**HbA_{1c} (in combinatie met niet-nuchtere glucosewaarde) als nuchtere glucosewaarde niet kan worden bepaald.

***Bij adolescenten vereist op aangegeven meetpunten.

****Bij ouderen vereist op aangegeven meetpunten.

Bijzondere controles

Gebit en mondzorg - In drie andere artikelen over het monitoren bij schizofreniepatiënten (Robson et al., 2007; Marder et al., 2004; De Hert et al., 2011) worden monitoring van de gebitstoestand en de ogen genoemd. Aandacht voor het gebit en de kwaliteit van de mondzorg is in het bijzonder relevant vanwege de veelal verminderde zelfzorg bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Aandacht voor de ogen is relevant vanwege het vaak voorkomen van problemen ten gevolge van diabetes mellitus.

Prolactine - Het standaard meten van de prolactine lijkt weinig toegevoegde waarde te hebben wanneer er geen sprake is van een klinisch beeld met seksuele problemen of fysieke problemen die gerelateerd kunnen zijn aan prolactineverhoging (Knegtering, 2003).

Blaascanmetingen – Het standaard uitvoeren van een blaascan lijkt weinig toegevoegde waarde te hebben zonder klinisch beeld dat verwijst naar problemen met de blaas of de mictie (Cahn et al., 2008).

Leefstijlbevordering en leefstijlinterventies

Naast het screenen op en monitoren van somatische complicaties is het van belang om deze zo veel mogelijk te voorkómen. Om deze reden is aandacht voor leefstijl gewenst, met name voor het minderen van of stoppen met roken, gezonde voeding en regelmatig bewegen (Cahn et al., 2008).

Het metabool syndroom (verhoogd cardiovasculair risico) heeft verschillende componenten: gewichtstoename (buikomvang), verhoogde bloeddruk, verhoogde triglyceridenwaarde, een verlaagde HDL en verhoogde glucosewaarden (nuchter) (Usher et al., 2006). Vroege indicatoren van een verhoogd cardiovasculair risico zijn vooral een toename van de buikomvang en stijging van de bloeddruk (Usher et al., 2006). Treden deze indicatoren op, dan dient de patiënt af te vallen, onder andere via een aangepast dieet en meer bewegen. Het veranderen van leefstijl begint met het in kaart brengen van voedingsgewoonten en bewegingspatroon. Vervolgens kunnen activiteiten worden ingezet om meer te bewegen en gezonder te eten, met naar verwachting gewichtsvermindering tot gevolg. De psychiaters, artsen en verpleegkundigen van het multidisciplinaire team kunnen de patiënt voorlichten en helpen en bij het kiezen van een verantwoord en effectief dieet- en beweegprogramma en de patiënt helpen gemotiveerd te blijven om de beoogde doelen te behalen (De Hert et al., 2011a; Usher et al., 2006).

Medicatiegebruik

Cahn et al. (2008) geven aan dat behandeling met antipsychotica gepaard kan gaan met veel bijwerkingen. Er bestaat verband tussen het gebruik van antipsychotica en het ontstaan van obesitas, dyslipidemie, hypertensie en hyperglykemie (Grundy et al., 2005). Gezien het hiermee samenhangende verhoogde risico op onder andere diabetes mellitus en hart- en vaatziekten is het monitoren van deze risicofactoren bij het gebruik van antipsychotica van groot belang (De Nayer et al., 2006; Marder et al., 2004), echter in de praktijk wordt monitoring onvoldoende uitgevoerd (Wuisman et al., 2013). Ook voor andere bijwerkingen geldt dat een goede, systematische monitoring kan leiden tot eerdere detectie van somatische problemen en eventuele bijstelling van de antipsychotische behandeling.

2.4 Drie onderdelen van somatische screening

De aspecten waarop somatische screening dient plaats te vinden kunnen worden ingedeeld in drie onderdelen: algemene somatische screening, medicatiemonitoring en 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.

Algemene somatische screening

Dit onderdeel omvat de volgende activiteiten:

1. Uitvragen van de hoofdklacht: VALTIS (voorgeschiedenis, aard, locatie, tijd, intensiteit, samenhang van de klachten)
2. Medicatie
3. Uitvragen van klachten op de gebieden: respiratoir, circulatoir, digestivus, locomotorius, urogenitalis, endocriene status, zenuwstelsel, hematologische status.
4. Algemene vragen: welbevinden, pijnklachten, gewichtsverandering, bezoek buitenland, allergieën, intoxicaties, vaccinaties.
5. Voorgeschiedenis kwetsbaarheid
6. Familieanamnese

7. Lichamelijk onderzoek op basis van anamnese (lichamelijke klachten en medicatiegebruik) en risicogebieden, waaronder:
 - specifieke metingen: BMI, middelomtrek, bloeddruk, pols, temperatuur;
 - gebits- en mondcontrole;
 - oogcontrole: visus, netvliesafwijkingen (diabetische retinopathie);
 - huidcontrole;
 - basis-neurologisch onderzoek;
 - bewegingsstoornissen.
8. Specifieke laboratorium-metingen: nuchter-glucose (of HbA1c), nuchter cholesterol, HDL-cholesterol-ratio, triglyceriden

Op indicatie, bij specifieke klachten (die bijvoorbeeld uit de screening zijn voortgekomen):

- Aanvullend bloedbeeld: hematologisch, klinisch-chemisch, endocrien (waaronder prolactine)
- Schilddklierfuncties (bij affectieve stoornissen of bekende schildklierproblemen)
- Nierfuncties (bij cardiovasculaire problemen, bij starten met lithium)
- Leverfuncties (bij cardiovasculaire problemen)
- X-ray thorax
- ECG (bij starten met clozapine of lithium)
- EEG (bij verdenking van epilepsie)
- Cognitief functioneren (MMSE).

Medicatiemonitoring

De volgende activiteiten vinden plaats in geval van gebruik van medicatie.

1. Systematisch in kaart brengen van de voorgeschreven medicatie en het medicatiegebruik. Belangrijk is om na te gaan hoe de patiënt omgaat met de medicatie, hoe en wanneer (voor, na of bij het eten) hij deze inneemt en welke medicatie de patiënt er (af en toe) bij gebruikt.
2. In kaart brengen van de subjectieve ervaringen rondom medicatiegebruik: systematisch in kaart brengen van klachten en therapietrouw.
3. Systematisch vaststellen van de bijwerkingen van de medicatie. Hierbij dient minimaal aandacht te zijn voor: bewegingsstoornissen, cardiovasculaire en metabole problemen, en seksuele problemen.

Zo nodig worden specifieke vervolgacties (vervolgonderzoek, preventie en behandeling van somatische aandoeningen of complicaties) uitgevoerd op basis van de bevindingen die worden verkregen uit zowel de algemene somatische screening als de medicatiemonitoring.

Leefstijlbegeleiding

Met behulp van een leefstijlanamnese wordt in kaart gebracht op welke van de volgende gebieden het nodig is leefstijlinterventies te overwegen:

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

Via de leefstijlanamnese wordt zichtbaar welke gebieden van leefstijl aandacht nodig hebben. Op basis van de leefstijlanamnese wordt een leefstijlplan opgesteld. Hierin worden – indien relevant – ook de bevindingen uit de voorgaande onderdelen meegenomen. Zo mogelijk of zo nodig worden op grond van de informatie uit de algemene somatische screening en medicatiemonitoring ook specifieke leefstijlinterventies aanbevolen. In de *Richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening* (Meeuwissen et al., 2015b) wordt het onderdeel leefstijl vanaf de leefstijlanamnese verder uitgewerkt.

3 Instrumenten voor algemene somatische screening

Dit hoofdstuk geeft antwoord op de vraag welke instrumenten geschikt zijn om in te zetten voor algemene somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening.

3.1 Inventarisatie

Op basis van de veldinventarisatie is een overzicht gemaakt van screeningsinstrumenten waarmee in Nederland goede ervaringen zijn opgedaan. Opgenomen zijn gestandaardiseerde instrumenten voor algemene somatische screening:

- PHAMOUS: (PHArmacotherapy Monitoring and OUtcome Survey)
- SRA-34 en SRA-74: Subjectieve Reactie op Antipsychotica vragenlijst
- USS: Utrechtse Somatische Screening
- VMGA: Verpleegkundige Monitoring bij Gebruik van Antipsychotica
- Leefstijl-in-beeld
- HIP: Health Improvement Profile

Daarnaast hebben diverse Nederlandse ggz-instellingen een instrument ontwikkeld voor somatische screening:

- IMPROVE-R patiënteninterview (Delta Psychiatrisch centrum)
- Somatische screening intake Lentis
- Somatische Screening Bouman GGZ
- Anamnese Somatische screening GGZ Oost-Brabant
- Somatische Screening GGZ Centraal Instrument en pre-screeningsinstrument
- APM: Antipsychotica Monitor (regio Zuid-Limburg, o.a. Mondriaan Groep)
- Algemene richtlijn somatische screening en behandeling GGNet
- Somatische screening en behandeling bij antipsychotica GGNet

Voor de wetenschappelijke onderbouwing zijn de screeningsinstrumenten geselecteerd die in het Nederlands beschikbaar zijn en waarover onderzoekresultaten naar de effecten van het instrument beschikbaar zijn in (internationale) tijdschriften. Dit laatste bleek alleen voor een onderdeel van de PHAMOUS het geval: de Subjectieve Reactie op Antipsychotica (SRA) vragenlijst.

3.2 Wetenschappelijke onderbouwing

Voor het onderzoeken van de wetenschappelijke evidentie voor een screeningsinstrument gaat de voorkeur uit naar een design dat kijkt naar de effecten van de screening op de morbiditeit, mortaliteit en kwaliteit van leven van mensen met een ernstige psychische aandoening. Het sterkste bewijs wordt geleverd via een randomized controlled trial (RCT) waarbij willekeurige toewijzing bepaalt welke patiënten wel of niet somatisch gescreend worden. De vervolgacties naar aanleiding van de screening (verdere diagnostiek, behandeling of anderszins) worden gevolgd en de effecten ervan op de lichamelijke gezondheid en kwaliteit van leven bij de patiënten gemeten.

Dit type onderzoek ontbreekt echter op het gebied van somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening, ook internationaal (Tosh et al., 2010). Evenmin zijn er resultaten van onderzoek zonder controlegroep in de vakliteratuur.

Psychometrische kwaliteiten SRA-lijst

Wel is onderzoek gedaan naar de psychometrische kwaliteiten van de SRA-vragenlijst, een onderdeel van het PHAMOUS-instrument. De Subjectieve Reactie op Antipsychotica (SRA) vragenlijst is in Nederland ontwikkeld door Wolters et al. (2003 en 2006). De SRA bevraagt de werking en de bijwerkingen die patiënten ervaren door het gebruik van een antipsychoticum en de tevredenheid met het gebruikte middel of middelen. Ook wordt ingevuld om welke middelen het gaat, de dosering en de therapietrouw.

Wolters et al. (2003) interviewden 77 patiënten binnen het schizofrenie-spectrum die antipsychotica gebruikten en vroegen naar hun ervaringen. Dit exploratieve onderzoek laat een brede en representatieve bandbreedte van ervaringen van patiënten met antipsychotica zien. Op basis van deze ervaringen werd de SRA-vragenlijst ontwikkeld (Wolters et al., 2006). De ontwikkelaars onderzochten de psychometrische kenmerken van de SRA-vragenlijst. De interne consistentie werd berekend voor alle subschalen met behulp van Cronbach's alfa (een score van minimaal 0.70 werd als acceptabel beschouwd).

Voor de test-hertestbetrouwbaarheid namen de onderzoekers de SRA tweemaal af, met een week ertussen. De constructvaliditeit werd onderzocht door scores op de SRA-vragenlijst te vergelijken met scores van dezelfde patiënten op twee andere instrumenten, de Drugs Attitude Inventory (DAI) en de Subjective Well-Being on Neuroleptics (SWN). Deze instrumenten meten eveneens de subjectieve reactie van patiënten op antipsychotica, maar hebben elk een wat andere inhoud dan de SRA en zijn niet vanuit het patiëntenperspectief, maar vanuit het perspectief van klinici ontwikkeld.

Resultaten

De interne consistentie van de subschalen is voldoende tot hoog (Cronbach's alpha variërend van 0.69 tot 0.93). De test-hertestbetrouwbaarheid was goed voor alle subschalen (Pearson's r correlatie > 0.74), met uitzondering van de schalen Affectieve vervlakking (een Pearson's r correlatie 0.60) en Seksuele anhedonie (0.39). Uit de matige tot zwakke correlaties tussen de SRA en de DAI of de SWN blijkt dat er weinig overeenstemming is met de andere instrumenten. Dit betekent niet per se dat de constructvaliditeit laag is. De lage overeenstemming kan ook worden verklaard doordat de andere twee instrumenten verschillende concepten meten in vergelijking met de SRA-74.

Behalve de psychometrische kenmerken (interne consistentie, de test-hertestbetrouwbaarheid en de constructvaliditeit) zijn er meer eigenschappen die de kwaliteit van een instrument bepalen (Terwee et al., 2007). Deze staan vermeld in tabel 3.1. Daarom zijn deze ook beoordeeld op grond van de beschikbare informatie uit het onderzoek van Wolters et al. (2003 en 2006). De inhoudsvaliditeit lijkt goed, aangezien de SRA gebaseerd is op alle gevolgen van antipsychoticagebruik die voor patiënten relevant zijn (Wolters et al., 2003). Over de overige kenmerken ontbreekt de juiste informatie. Kortom, de interne consistentie en de inhoudsvaliditeit van de SRA lijken gunstig en het instrument lijkt bruikbaar in de klinische praktijk. Onderzoek naar de andere psychometrische kenmerken is wenselijk.

Verkorte versie

Recent is een verkorte versie van de SRA-74 ontwikkeld in Nederland (Lako et al., 2013), de SRA-34. Deze versie heeft 34 in plaats van 74 items. De tijd om het instrument in te vullen is daardoor ongeveer gehalveerd, van 15-20 minuten naar gemiddeld 10 minuten. De verkorte versie lijkt daardoor zeer bruikbaar te zijn in onderzoek en in de klinische praktijk. De interne consistentie was goed (Cronbach's alfa 0.82). Bijlage 5 beschrijft de SRA.

3.3 Wetenschappelijke conclusies

Er is nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs uit gerandomiseerde studies of uit observationeel onderzoek dat een (algemene) somatische screening bijdraagt aan de lichamelijke gezondheid en de kwaliteit van leven van mensen met een ernstige psychische aandoening.

Voor behandeling met antipsychotica, die gepaard kan gaan met tal van bijwerkingen, geldt dat een goede, systematische monitoring kan leiden tot eerdere detectie van ongewenste bijwerkingen en eventuele bijstelling van de antipsychotische behandeling.

Van de SRA-vragenlijst zijn de interne consistentie en de inhoudsvaliditeit goed. De test-hertest betrouwbaarheid is goed voor alle subschalen met uitzondering van de schalen Affectieve vervlakking en Seksuele anhedonie. Andere psychometrische eigenschappen zijn niet onderzocht. De SRA lijkt bruikbaar in de klinische praktijk.

Voor de effectiviteit van de overige geselecteerde screeningsinstrumenten is geen wetenschappelijke evidentie beschikbaar.

3.4 Van bewijs naar aanbevelingen

Het PHAMOUS-instrument omvat reeds de SRA voor het meten van de subjectieve reacties van patiënten op antipsychoticagebruik, maar naar het oordeel van de werkgroep is de PHAMOUS als instrument in mindere mate direct toepasbaar door verpleegkundigen.

Van twee van de geselecteerde screeningsinstrumenten zijn onderzoeksverslagen gevonden in de grijze literatuur (d.w.z. niet in de wetenschappelijke peer-reviewed vaktijdschriften). Het gaat om de Verpleegkundige Monitoring bij Gebruik van Antipsychotica (VMGA) en Leefstijl-in-beeld.

De in Nederland ontwikkelde VMGA gaat in op alle mogelijke complicaties van antipsychoticagebruik (Van der Kellen 2011a; 2011b). De VMGA werd in vijf fasen ontwikkeld. In de eerste fase werden, met behulp van het farmacotherapeutisch Kompas (2009), alle bijwerkingen en complicaties in kaart gebracht die kunnen optreden bij (langdurig) gebruik van antipsychotica.

Bestaande complicaties zijn omgezet naar indicatoren (zie fase drie). In de tweede fase van het onderzoek is er literatuurstudie gedaan naar bestaande meetinstrumenten en interventies die gericht zijn op het in kaart brengen van klachten, bijwerkingen of complicaties van antipsychoticagebruik. In de derde fase zijn bestaande instrumenten vergeleken en beoordeeld op relevantie en volledigheid aan de hand van de indicatoren uit fase één. In fase vier is, omdat er geen compleet instrument werd gevonden, een nieuw meetinstrument samengesteld dat wel ingaat op alle mogelijke complicaties van antipsychotica. In de vijfde fase is het nieuwe instrument, met Delphi-onderzoek, ter beoordeling voorgelegd aan experts op het gebied van somatiek en psychiatrie. De verkregen feedback werd verwerkt in de definitieve versie van het instrument. Bijlage 5 beschrijft de VMGA.

Ten behoeve van de algemene somatische screening dienen bij álle mensen met een ernstige psychische aandoening de activiteiten die zijn opgesomd in het onderdeel Algemene somatische screening te worden uitgevoerd.

Naar het oordeel van de werkgroep voldoet de VMGA na enkele aanpassingen als instrument voor algemene somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Overwegingen hierbij zijn:

1. Het instrument vraagt alle relevante aspecten bij algemene somatische screening bij de doelgroep uit;
2. Het instrument is niet uitgebreider dan nodig. Dit is van belang voor een goede uitvoerbaarheid;
3. Het instrument kan door verpleegkundigen worden gebruikt.

Recentelijk is een aangepaste versie van de VMGA ontwikkeld (Van der Kellen, 2014), de Verpleegkundige Monitoring bij Somatiek en Leefstijl (VMSL-GGZ), met uitbreiding van screeningsonderdelen voor patiënten met een bipolaire stoornis en psychotische depressie. Hiervoor zijn als bronnen gebruikt:

- Handboek Bipolaire stoornissen (Kupka, Knoppert & Nolen et al., 2007)
- Handboek Depressieve stoornissen (Huyser et al., 2008)

Zo is de oorspronkelijke VMGA uitgebreid met een aantal onderdelen, waaronder laboratorium-aanvragen voor schildklierfuncties en leverfuncties op indicatie en het meten van de tensie bij het starten van antidepressiva (orthostase) (Kupka et al., 2008; Huijser et al., 2008).

De VMSL-GGZ biedt bij de verschillende items ook uitsluitel over welke activiteiten of interventies er ondernomen dienen te worden.

Ten behoeve van de algemene somatische screening dient op indicatie vervolgonderzoek te worden ingezet, zoals 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)

Zo mogelijk worden hiervoor gestandaardiseerde instrumenten ingezet, bijvoorbeeld de Mini-Mental State Examination (MMSE) (Kempen et al., 1995) voor cognitief functioneren.

De werkgroep is van mening dat bij mensen met een ernstige psychische aandoening voor het maken van een realistische inschatting van de gezondheidsrisico's 20 jaar dient te worden opgeteld bij de biologische leeftijd (net als bijvoorbeeld bij mensen met reumatoïde artritis).

Voor het monitoren van de bijwerkingen van medicatiegebruik dient op indicatie vervolgonderzoek te worden ingezet, zoals voor:

- bewegingsstoornissen;
- cardiovasculaire en metabole problemen;
- seksuele problemen.

Zo mogelijk worden hiervoor gestandaardiseerde instrumenten ingezet, zoals voor het verkrijgen van meer informatie over seksuele problemen de Antipsychotics and Sexual Functioning Questionnaire (ASFQ; Knegterink et al., 2013), of voor het verkrijgen van meer informatie over bewegingsstoornissen en andere extrapiramidale bijwerkingen bij antipsychoticagebruik de EPS-tool (Van Harten, 2004).

Op het gebied van leefstijl is in Nederland het instrument Leefstijl-in-beeld beschikbaar. Dit instrument richt zich onder meer op de screening van leefstijlgedragingen die van invloed zijn op de somatische gezondheid van mensen met een ernstige psychische aandoening (Van Meijel et al., 2014). Dit instrument is eerder ook beschreven in de zogenaamde grijze literatuur (Ruijter en Hamersveld, 2012; Peursem et al. 2013).

Binnen Leefstijl-in-beeld wordt gebruik gemaakt van de theorie van Motivational Interviewing (MI) (Rollnick & Miller, 2002 en het veranderingsmodel van Prochaska & Diclemente (1983). Met name de eerste drie fases van gedragsverandering krijgen veel aandacht, te weten de bewustwordings-, de overwegings- en de voorbereidende fase. Het adequaat toepassen van technieken uit MI kan leiden tot een grotere bereidheid tot gedragsverandering. Er wordt beoogd aan te sluiten bij de beleving van de patiënt en deze uit te dagen tot het zelf benoemen van verandermogelijkheden. Dit draagt bij aan het vergroten van de kans op een langdurige gedragsverandering. Andere aspecten zoals educatie, visuele ondersteuning, individuele counseling en overige interventies op maat maken onderdeel uit van Leefstijl-in-beeld. Binnen diverse leefstijlinterventies in de GGz zijn deze aspecten bevorderend gebleken voor het welslagen van gedragsverandering (Roberts, 2011). De inhoud van Leefstijl-in-beeld is gebaseerd op de richtlijn Gezonde voeding (Voedingscentrum, 2011), de norm voor gezond bewegen en de landelijke NHG-richtlijnen.

Voor onderdelen van Leefstijl-in-beeld waarvoor geen normeringen beschikbaar zijn (bijvoorbeeld het gebruik van zoetstoffen) is de mening van experts aangehouden.

Voor de ontwikkeling van Leefstijl-in-beeld volgden de ontwikkelaars de volgende procedure. Op basis van de literatuur en de meningen van experts zijn allereerst de onderdelen gedefinieerd die deel uit dienen te maken van Leefstijl-in-beeld. Naar aanleiding van deze inventarisatie is een eerste versie van Leefstijl-in-beeld geconstrueerd. Vervolgens is een Delphi-panel samengesteld, bestaande uit experts uit de (geestelijke) gezondheidszorg. In opeenvolgende rondes is consensus bereikt omtrent de inhoud en de vormgeving van Leefstijl-in-beeld. Vervolgens zijn de bruikbaarheid en de eerste effecten van Leefstijl-in-beeld getoetst in een pilot-onderzoek, dit met positieve uitkomsten (van Meijel et al., 2014). Leefstijl-in-beeld is momenteel in digitale versie beschikbaar. Er zijn diverse flexibele varianten ontwikkeld met aanpassingen naar doelgroep en gebruiker.

De werkgroep is van mening dat, indien een meer uitgebreide leefstijlanamnese gewenst is die gevolgd wordt door leefstijlinterventies, het instrument Leefstijl-in-beeld een geschikt instrument is. Zie hiervoor ook de *Richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening*.

3.5 Aanbevelingen

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

1. algemene somatische screening
2. medicatiemonitoring
3. leefstijlanamnese

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

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

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

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

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

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

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

Tel voor een realistische inschatting van de gezondheidsrisico's bij risicobeoordeling 20 jaar op bij de kalenderleeftijd van mensen met een ernstige psychische aandoening. Aansluitend kan gebruik worden gemaakt van het schema gepresenteerd in De Hert & Van Winkel⁴⁴ waarmee leeftijdsafhankelijkheid het risico op cardiovasculaire ziektes kan worden ingeschat.

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

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

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

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

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

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

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

- a. wanneer een meer uitgebreide leefstijlanamnese gewenst is;
- b. of wanneer er leefstijlinterventies worden overwogen of worden opgesteld.

Leefstijl-in-beeld kan vervolgens benut worden voor de planning en uitvoering van leefstijlinterventies. Zie hiervoor ook de *Richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening*.⁶

4 Het inzetten van screeningsinstrumenten

In dit hoofdstuk is de vraag aan de orde hoe de genoemde instrumenten uit hoofdstuk 3 moeten worden ingezet. Wanneer, bij wie en hoe vaak? Hoofdstuk 8 geeft een stroomschema waarin het totale proces in stappen is weergegeven.

4.1 Wetenschappelijke onderbouwing

Frequentie metingen

De frequentie van algemene somatische screening en medicatiemonitoring hangt samen met verschillende factoren, zoals de ernst van de klachten en de duur van het gebruik van psychofarmaca.

- Bij opname in de klinische setting dienen mensen met een ernstige psychische aandoening binnen één maand somatisch gescreend te zijn (IGZ, 2014).
- Bij een eerste psychose dient een somatische anamnese en lichamelijk onderzoek zo snel mogelijk plaats te vinden na het eerste contact; vervolgens dient in de stabiele fase neuropsychologisch onderzoek plaats te vinden (Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie; Van Alphen et al., 2012).

Voor de algemene somatische screening en medicatiemonitoring geldt verder de volgende frequentie (Van der Kellen, 2010; Cahn et al., 2008):

- **Minimaal eenmaal per jaar** dient een volledige algemene somatische screening en medicatiemonitoring te worden verricht.
- Bij het starten of toevoegen van een (nieuw) medicijn (psychofarmaca) en bij specifieke aanleidingen (bijvoorbeeld klachten van de patiënt of waargenomen bijwerkingen) dient dit vaker te gebeuren.
- **Bij geen of lichte klachten of bijwerkingen:** monitor eenmaal per jaar alle onderdelen. Bepaalde onderdelen kunnen vaker worden afgenomen wanneer hier aanleiding voor is.
- **Bij licht tot matige klachten of bijwerkingen:** eenmaal per 6 maanden. Bepaalde onderdelen kunnen vaker worden afgenomen wanneer hier aanleiding voor is.
- **Bij matige tot ernstige of bijwerkingen:** eenmaal per 3 maanden. Bepaalde onderdelen kunnen vaker worden afgenomen wanneer hier aanleiding voor is.
- **Bij ernstige klachten of bijwerkingen of start met antipsychoticum:** eenmaal per 1-3 maanden. Bepaalde onderdelen kunnen vaker worden afgenomen wanneer hier aanleiding voor is.

4.2 Wetenschappelijke conclusies

De overzichten van Cahn et al. (2008) en De Hert et al. (2010) zijn bruikbaar als leidraad voor de frequentie en grenswaarden van algemene somatische screening en medicatiemonitoring bij mensen met een ernstige psychische aandoening.

Een overzicht van de te doorlopen stappen bij algemene somatische screening en medicatiemonitoring is weergegeven in het stroomschema in hoofdstuk 8.

4.3 Van bewijs naar aanbevelingen

De werkgroep is van mening dat de uitkomsten van de somatische screening (de drie modules algemene somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese) dienen te worden opgenomen in het patiëntendossier. Specifieke somatische risico's dienen hierbij te worden benoemd; follow-up afspraken en de wijze van monitoring dienen te worden vastgelegd (Tietema et al. 2012; IGZ, 2012).

De werkgroep is van mening dat de uitkomst van de screening wordt besproken met de patiënt (en familie en naastbetrokkenen). De patiënt dient op de hoogte te worden gebracht van de uitslag en deze dient in begrijpelijke taal te worden uitgelegd, in elk geval in zoverre dat het de patiënt duidelijk wordt of iets wel of niet goed gaat. Dit kan bijdragen aan de bewustwording van de patiënt van de gezondheidstoestand en wat hieraan gedaan kan worden door de adviezen op te volgen. Ook is het van belang om goede informatie aan de patiënt en diens familie of naastbetrokkenen te geven over de risico's op somatische comorbiditeit en bijwerkingen van psychofarmaca (Tietema et al. 2012; IGZ, 2012).

Om te voorkomen dat de patiënt het middel niet wil nemen vanwege de kans op gewichtstoename, dient het starten met een middel samen te gaan met goede informatie over wat de patiënt kan verwachten en kan doen om gewichtstoename te voorkomen met zorgvuldige monitoring van het medicatiegebruik. Het is dan belangrijk de patiënt snel terug te zien, binnen 1-3 maanden, waarbij ook de keuze voor bepaalde medicatie en andere psychofarmaca eventueel dient te worden heroverwogen.

4.4 Aanbevelingen

Algemeen

Breng patiënten (en familie en naastbetrokkenen) op de hoogte van de uitslag van de screening en leg deze uit in begrijpelijke taal waarbij het voor de patiënt duidelijk wordt of iets wel of niet goed gaat en wat hieraan gedaan kan worden.

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

Psychofarmaca

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

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

Frequentie screening en monitoring

Algemeen:

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

Bij geen of lichte klachten of bijwerkingen:

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

Bij lichte tot matige klachten of bijwerkingen:

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

Bij matige tot ernstige of bijwerkingen:

- Monitor na 6 weken, vervolgens na 3, 6, en 12 maanden. Indien er geen bijzonderheden voordoen, monitor vervolgens tenminste eenmaal per jaar. Voor lithium, carbamazepine of clozapine dient de betreffende multidisciplinaire richtlijn te worden gevolgd.
- 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.

5 Vervolgacties na somatische screening

Dit hoofdstuk gaat in op de vervolgacties die moeten worden ingezet naar aanleiding van de bevindingen uit somatische screening.

5.1 Praktijkkennis en voorkeuren vanuit patiënten- en familieperspectief

De werkgroep is van mening dat bevindingen op basis van somatische screening (bestaande uit algemene somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese) dienen te resulteren in behandeling van lichamelijke aandoeningen en/of complicaties en in het aanbieden van leefstijlinterventies.

De werkgroep is van mening dat de uitkomsten van de somatische screening (bestaande uit algemene somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese) en de hieruit volgende vervolgacties (behandeling van somatische complicaties en leefstijlinterventies) onderdeel dienen te zijn van een integraal behandelplan.

5.2 Aanbevelingen

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

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

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

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

6 De rol van familie en naastbetrokkenen

Dit hoofdstuk gaat in op de vraag wat de rol en de bijdragen van familie en naastbetrokkenen kan zijn bij algemene somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese.

6.1 Praktijkkennis en voorkeuren vanuit patiënten- en familieperspectief

Het is belangrijk dat behalve de patiënt, ook de familie en naastbetrokkenen begrijpen wat de redenen zijn voor het uitvoeren van de somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese zijn en wat de uitslagen of resultaten betekenen voor de patiënt (Robson, 2007). Betrokkenheid van de familie heeft een positief effect op de therapietrouw (Klaassen, 2010; Galynker & Steele, 2011; Tielens, 2013).

Familieleden of naastbetrokkenen kunnen een belangrijke rol spelen bij het duiden van somatische symptomen, het formuleren van somatische klachten en het zoeken naar hulp ervoor. Voorwaarde is dat familieleden en naastbetrokken voldoende betrokken zijn. Daarnaast is een actieve houding van hulpverleners en de wil om familie en naastbetrokken erbij te betrekken van groot belang.

Het is dan ook van belang met de patiënt te bespreken op welk vlak de familie of naastbetrokkenen een rol kunnen spelen. Na instemming van de patiënt kan een triade worden opgesteld, bestaande uit patiënt, familie of naastbetrokkenen en hulpverlener, met heldere afspraken over wat de patiënt zelf doet, wat de familie of naastbetrokkenen doen en waar de hulp van de hulpverlener nodig gewenst of vereist is. Bijvoorbeeld, wanneer medicijngebruik problematisch is, is het belangrijk gezamenlijk het belang van de medicatie te bespreken en ook de familie of naastbetrokkenen te betrekken bij het verhogen van de therapietrouw.

De werkgroep is van mening dat het van belang is om de familie en naastbetrokkenen nauw te betrekken bij de somatische screening en eventuele vervolgacties. De familie kan een belangrijke rol bijdrage leveren in de ondersteuning van een patiënt bij de verbetering van de lichamelijke conditie en zijn leefstijl. De werkgroep is van mening dat het ook in het kader van het ondersteunen van leefstijlveranderingen van belang is om de familie en naastbetrokkenen nauw te betrekken bij de behandeling en begeleiding. De principes van shared-decision-making en zelfmanagement van de patiënt zijn hierbij sturend.

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

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

6.2 Aanbevelingen

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

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

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

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

7 Voorwaarden voor goede zorg

Dit hoofdstuk gaat in op de voorwaarden die noodzakelijk zijn om somatische screening effectief vorm te geven. Het gaat om kennis, samenwerking tussen disciplines, en continuïteit/coördinatie van de somatische zorg.

7.1 Praktijkkennis en voorkeuren vanuit patiënten- en familieperspectief

Het is van belang dat de ggz-instelling expliciet beleid heeft op het gebied van somatische screening en leefstijlbegeleiding, onder meer door het tot stand brengen van een gezonde omgeving voor zowel patiënten als hulpverleners.

Ook is het van belang dat alle hulpverleners in de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening voldoende geschoold zijn op het gebied van somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese. De Inspectie voor de Gezondheidszorg controleert of ggz-instellingen hierop toezien (Tietema et al., 2012; IGZ, 2012).

Scholingsniveau

Het is van belang dat beroepsgroepen die betrokken zijn in de uitvoering van de richtlijnen voor somatische screening en leefstijlinterventies hiertoe voldoende geschoold en getraind zijn (Tietema et al. 2012; IGZ, 2012). De scholing of training dient minimaal te bestaan uit:

- het hanteren van screeningsinstrumenten (wanneer dient op welke aspecten gescreend te worden, welke instrumenten kunnen hiertoe worden ingezet?)
- het verrichten van metingen (zoals bijvoorbeeld de buikomvang) en het hanteren van afkapwaarden van de metingen
- het interpreteren van laboratoriumcontroles (welke grenswaarden worden gehanteerd?)
- het verrichten van onderzoek naar bewegingsstoornissen
- het uitvoeren van de leefstijlanamnese
- het schrijven van het verslag en terugkoppelen van bevindingen en adviezen aan de psychiater/arts/huisarts/verpleegkundig specialist
- het beoordelen wanneer welke vervolgmetingen dienen plaats te vinden
- het bieden van begeleiding aan de patiënt bij de uitvoering van leefstijlinterventies (wie doet wat?)

Algemene somatische screening dient te worden uitgevoerd door professionals – in goede afstemming met de patiënt - die hiertoe bekwaam zijn: de psychiater, de somatisch arts ggz, de huisarts (verbonden aan de ggz-instelling), de verpleegkundig specialist ggz, de SPV, POH-ggz, verpleegkundige of de physician assistant. De casemanager voert een aantal controles uit en helpt te bewaken of alle geplande controles plaatsvinden (Robson et al., 2007). Voor de algemene somatische screening dient de professionals over minimaal HBO-competenties te beschikken. Indien uit de algemene somatische screening blijkt dat vervolgonderzoek of vervolgacties nodig zijn, dan wordt bepaald wie over de vereiste competenties beschikt om hier uitvoering aan te geven.

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

Het artikel van Robson (2007) beschrijft specifiek de rol van de verpleegkundige bij de monitoring. Naast het uitvoeren van controles en monitoring, is het belangrijk dat de patiënt en naastbetrokkenen worden geïnformeerd en begrijpen waarom deze controles uitgevoerd worden en wat de uitslagen of resultaten betekenen voor de patiënt.

De start van het bevorderen van een gezonde leefstijl is een leefstijlanamnese die dient te worden uitgevoerd door de eerstverantwoordelijke verpleegkundige (tevens casemanager), de psychiater, POH-ggz, de somatisch arts ggz of de verpleegkundig specialist. Voor de verdere uitwerking zie *de Richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening (2015b)*.

Voor de benodigde competenties van verpleegkundigen wordt verwezen naar CANMEDS (de beroepsprofielen van verpleegkundigen) (Stuurgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020, 2012a, 2012b, 2012c, 2012d).

Voorwaarden coördinatie en continuïteit van zorg

De werkgroep is van mening dat het van belang is een casemanager aan te stellen die primair verantwoordelijk is voor de continuïteit en coördinatie van de somatische zorg aan de patiënt en voor het, mede onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist of huisarts, organiseren en uitvoeren van de somatische screening en het terugkoppelen van bevindingen en hieruit volgende adviezen aan de behandelaar, medisch specialist of huisarts. Daarnaast draagt de casemanager zorg voor implementatie en uitvoering van algemene en indien nodig specifieke interventies. De rol van casemanager kan door verschillende disciplines worden uitgevoerd. Om praktische redenen van haalbaarheid zal het vaak de verpleegkundige, de verpleegkundig specialist of de SPV zijn die in de rol van eerstverantwoordelijke verpleegkundige een centrale positie in de zorg en behandeling van de patiënt inneemt.

In de klinische setting vindt afstemming plaats tussen de somatisch arts, de psychiater, de verpleegkundig specialist en de verpleegkundige over wie welke verantwoordelijkheid draagt op het gebied van de somatische screening.

In de ambulante setting is het observeren van de patiënt en het signaleren van eventuele somatische complicaties of bijwerkingen van psychofarmaca, onderdeel van het takenpakket van de casemanager, in nauwe afstemming met overige disciplines (KNMG et al., 2010). De casemanager, de verpleegkundige ambulant, het (F)ACT-team of het wijkteam houdt in het behandelplan de lichamelijke conditie en monitoring bij. Deze stuurt de patiënt in voor somatische screening bij (her)start (nieuwe) medicatie (antidepressiva, antipsychotica, stemmingsstabilisator), bij bijwerkingen, of voor de standaard (half)jaarlijkse of (drie)maandelijkse screening.

7.2 Aanbevelingen

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

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

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

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

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

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

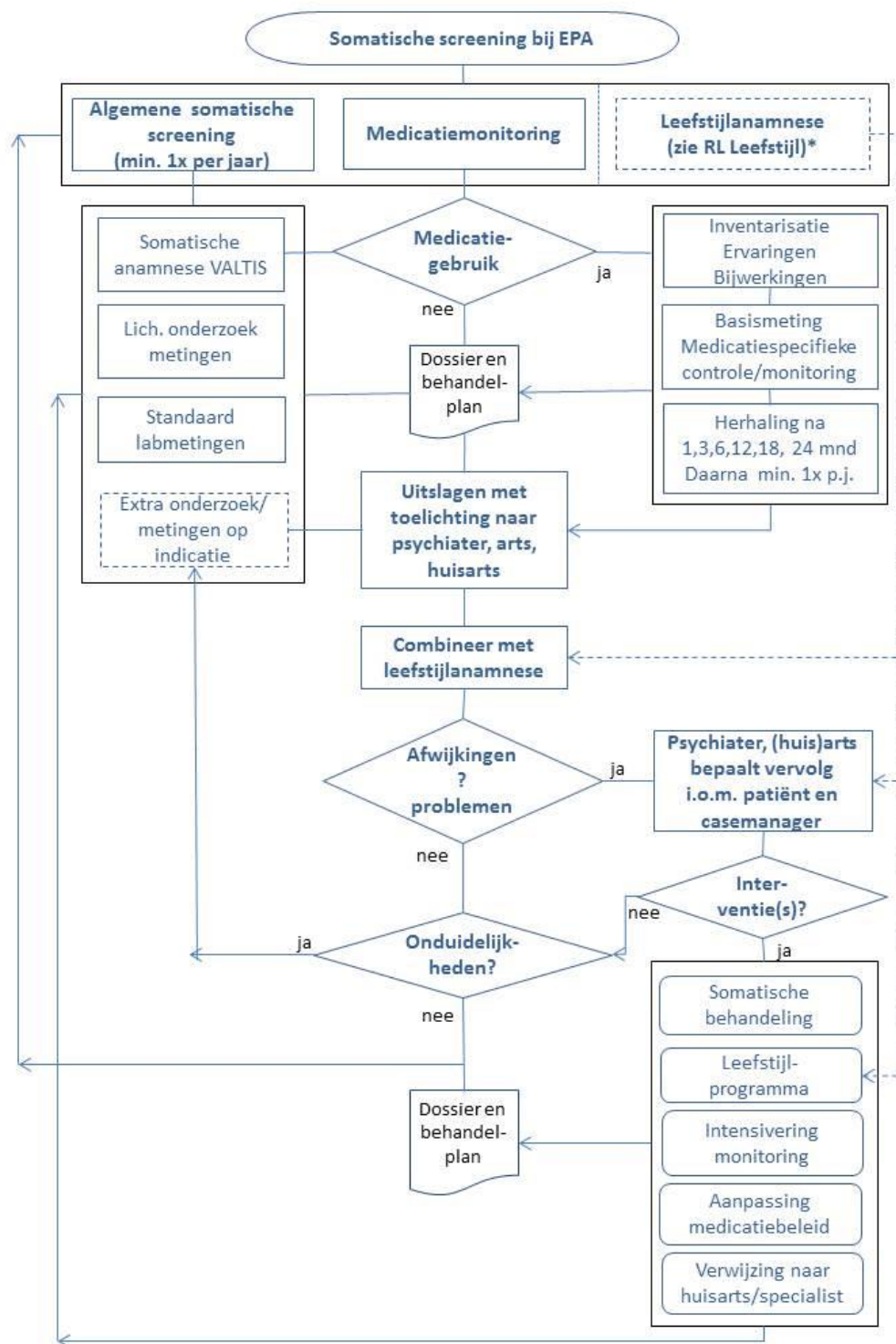
Bij somatische screening en follow-up activiteiten vanuit een (gespecialiseerde) ggz-instelling of ggz-praktijk: werk waar nodig samen met de huisartsenzorg (inclusief POH-ggz) of generalistische basis-ggz, bijvoorbeeld op het gebied van medicatiemonitoring.

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

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

8 Stroomschema somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening

*Richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening (2015b).



9 Indicatoren voor goede zorg

Indicator 1: Algemene somatische screening	
Kwaliteitsdomein	Thema: Effectieve zorg Fase: Vroege onderkenning en preventie
Relatie tot kwaliteit	Door een regelmatige algemene somatische screening wordt inzicht verkregen in de somatische gezondheid van de patiënt en individuele gezondheidsrisico's voor de patiënt. Vervolgacties (somatisch vervolgonderzoek, preventie en behandeling van somatische aandoeningen, uitgebreide leefstijlanamnese) kunnen hierdoor tijdig worden ingezet. Ook kan een integrale aanpak worden gehanteerd bij het inzetten van leefstijlinterventies en leefstijlbegeleiding, waarbij de uitkomsten van de algemene somatische screening worden betrokken bij het opstellen van het leefstijlplan.
Definitie	Neem bij alle mensen met een ernstige psychische aandoening een algemene somatische screening af, die bestaat uit de volgende activiteiten: <ol style="list-style-type: none"> 1. Uitvragen van de hoofdklacht: VALTIS (voorgeschiedenis, aard, locatie, tijd, intensiteit, samenhang van de klachten) 2. Medicatie 3. Uitvragen van klachten op de gebieden: respiratoir, circulatoir, digestivus, locomotorius, urogenitalis, endocriene status, zenuwstelsel, hematologische status. 4. Algemene vragen: welbevinden, pijnklachten, gewichtsverandering, bezoek buitenland, allergieën, intoxicaties, vaccinaties. 5. Voorgeschiedenis kwetsbaarheid 6. Familieanamnese 7. Lichamelijk onderzoek op basis van anamnese (lichamelijke klachten en medicatiegebruik) en risicogebieden, waaronder: <ol style="list-style-type: none"> a. specifieke metingen: BMI, middelomtrek, bloeddruk, pols, temperatuur b. gebits- en mondcontrole c. oogcontrole: visus, netvliesafwijkingen (diabetische retinopathie) d. huidcontrole e. basis-neurologisch onderzoek (waaronder onderzoek naar bewegingsstoornissen) 8. Standaard specifieke metingen laboratorium: nuchter-glucose (of HbA1c), nuchter cholesterol, HDL-cholesterol-ratio, triglyceriden De bevindingen worden besproken met de patiënt en vastgelegd in het patiëntendossier.
Teller	Het aantal patiënten met een ernstige psychische aandoening waarbij een algemene somatische screening is afgenomen en waarbij de uitkomsten zijn vastgelegd in het patiëntendossier.
Noemer	Het aantal patiënten met een ernstige psychische aandoening in behandeling.
Exclusie	Geen.
Informatiebron	Patiëntendossier
Referentie	Richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening (2015); Kernset prestatie-indicatoren 2013.
Type indicator	Procesindicator
Vraag	Bij hoeveel procent van de patiënten met een ernstige psychische aandoening is een algemene somatische screening uitgevoerd zoals hierboven gedefinieerd?
Meetniveau	Instelling
Meetfrequentie	Minimaal 1x per jaar

Indicator 2: Medicatiemonitoring	
Kwaliteitsdomein	Thema: Informatie, voorlichting en educatie; Veilige zorg Fase: Vroege onderkenning en preventie; Individueel zorgplan en behandeling
Relatie tot kwaliteit	Medicatiemonitoring is van belang voor het op de juiste wijze voorschrijven en innemen van passende medicatie, rekening houdend met de voorgeschiedenis van de patiënt en afwijkingen van de standaarden. De combinatie van verschillende soorten medicatie kan leiden tot ongewenste risico's en schadelijke gevolgen. Medicatiemonitoring is noodzakelijk om een passende aanpak te volgen en te evalueren of deze bijdraagt aan de somatische gezondheid en het welbevinden van de patiënt.
Definitie	Monitor bij alle mensen met een ernstige psychische aandoening het medicatiegebruik. Dit omvat de volgende activiteiten: <ol style="list-style-type: none"> 1. Systematisch in kaart brengen van de voorgeschreven medicatie en het medicatiegebruik. Hoe gaat de patiënt om met de medicatie, hoe en wanneer (voor, na of bij het eten) wordt deze ingenomen en welke medicatie gebruikt de patiënt er (af en toe) bij? 2. Systematisch in kaart brengen van de subjectieve ervaringen rondom medicatiegebruik: klachten en therapietrouw. 3. Systematisch vaststellen van de bijwerkingen van de medicatie. Hierbij is minimaal aandacht voor bewegingsstoornissen, cardiovasculaire en metabole problemen, en seksuele problemen. 4. Breng de bevindingen in verband met de resultaten van de algemene somatische screening. De bevindingen worden besproken met de patiënt en vastgelegd in het patiëntendossier.
Teller	Het aantal patiënten waarbij medicatiemonitoring plaatsvindt.
Noemer	Het aantal patiënten met een ernstige psychische aandoening in behandeling.
Exclusie	Patiënten die geen medicatie voorgeschreven krijgen.
Informatiebron	Patiëntendossier
Referentie	Richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening (2015); Kernset prestatie-indicatoren 2013.
Type indicator	Uitkomstindicator
Vraag	Bij hoeveel procent van de patiënten met een ernstige psychische aandoening vindt medicatiemonitoring plaats waarbij in kaart wordt gebracht: het actuele medicatieoverzicht, de subjectieve ervaringen, de bijwerkingen, het verband met de algemene somatische screening?
Meetniveau	Instelling
Meetfrequentie	Minimaal 1x per jaar

Indicator 3: Casemanager verantwoordelijk voor de continuïteit en coördinatie van de somatische screening en vervolgacties	
Kwaliteitsdomein	Thema: Regie over de zorg; Continuïteit van zorg Fase: Individueel zorgplan en behandeling
Relatie tot kwaliteit	Door een primaire verantwoordelijke voor het uitvoeren van de somatische screening (algemene somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese) en voor de coördinatie van de vervolgacties (somatisch vervolgonderzoek, preventie en behandeling van somatische aandoeningen, uitgebreide leefstijlanamnese) wordt de continuïteit van de somatische zorg bevorderd.
Definitie	Voor elke patiënt met een ernstige psychische aandoening is een casemanager aangesteld. De casemanager zorgt voor de continuïteit en coördinatie van de somatische zorg aan de patiënt en voor de somatische screening, onder verantwoordelijkheid van een psychiater of huisarts. De casemanager zorgt ervoor dat de somatische screening plaatsvindt door deze (op onderdelen) zelf uit te voeren of ervoor te zorgen dat deze worden uitgevoerd (bijv. door te verwijzen of via de hoofdbehandelaar). De casemanager zorgt voor terugkoppeling van bevindingen en adviezen aan de hoofdbehandelaar. Deze rol van casemanager kan door verschillende disciplines worden vervuld, maar zal doorgaans vanwege hun centrale positie in het zorgproces door de eerstverantwoordelijke verpleegkundige, verpleegkundig specialist, POH-ggz, of SPV worden ingevuld.
Teller	Het aantal casemanagers verantwoordelijk voor de continuïteit en coördinatie van de somatische screening en vervolgacties.
Noemer	Het aantal patiënten met een ernstige psychische aandoening in behandeling.
Exclusie	Geen
Informatiebron	Patiëntendossier
Referentie	Richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening (2015)
Type indicator	Structuurindicator
Vraag	Hoeveel procent van de patiënten met een ernstige psychische aandoening heeft een casemanager?
Meetniveau	Instelling
Meetfrequentie	Minimaal 1x per jaar

Literatuur

- Alphen, C. van, M. Ammeraal, C. Blanke, N. Boonstra, H. Boumans, R. Bruggeman, S. Castelein, F.L. Dekker, D. van Duin, W.M. van Ewijk, M. van der Gaag, R. van Gool, O. de Haas, C. Henquet, M.L.M. Hermens, T. Ketelaars, H. Kneqtering, M.J. Krans, M. Lansen, R. Lochy, A.J.M. Loonen, P.D. Meesters, B.K.G. van Meijel, G. Miltenburg, M.J.T. Oud, C.F. de Pater, A. Peterse, J. van der Plas, D. Rammers, I.M.F. Rentenaar, G.W. van Santen, T.W. Scheewe, J.P. Selten, C.J.A.J. Slooff, C. Stoop, P. Vlamincck, H. Vollaard, J. van Weeghel, T. van Wel, N. van Zon. Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie. Utrecht: De Tijdstroom, 2012.
- APA. American Psychiatric Association (2014). Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5). Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. Amsterdam: Boom.
- Berg, J. van den & Poot, E. (2009). Resultaat digitale vragenlijst programma 'Somatische zorg in de psychiatrie'. Utrecht, Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging.
- Broekman, T.G., Schaap, C.P.D.R., & Schippers, G.M. (1987). Programma evaluatie: geen methode, maar een denkraam. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 42, 147-162.
- Brown, S., Birtwistle, J., Roe, L., & Thompson, C. (1999). The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 29(3), 697-701.
- Brunero, S. & Lamont, S. (2009). Systematic screening for metabolic syndrome in consumers with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(2), 144-150.
- Cabassa, L. J., Ezell, J. M., & Lewis-Fernandez, R. (2010). Lifestyle interventions for adults with serious mental illness: A systematic literature review. *Psychiatric Services*, 61(8), 774-782.
- Cahn, W., Ramlal, D., Bruggeman, R., de Haan, L., Scheepers, F. E., van Soest, M. M., et al. (2008). Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 50(9), 579-591.
- Delespaul Ph. en de Consensusgroep epa (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 55; 6 427-438.
- Eldridge, E., Dawber, N. & Gray, R. (2011). A well-being support program for patients with severe mental illness. *BMC Psychiatry* 11, 46.
- Everdingen van J.J.E., Burgers J.S., Assendelft W.J.J., Swinkels J.A., Barneveld van T.A., Klundert, van der J.L.M. (2004). Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Felz-Cornelis C.M. van der, J. Nuyen, A. Pot, et al. (2007). *Zorg voor heel de mens*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Galynker, I. & Steele, A. (2011). *How to talk to families about mental illness*. WW Norton & Co.
- Goff, D.C., Sullivan, C.M., McEvoy, J.P., Meyer, J.M., Nasrallah, H.A., Daumit, G.L. et al. (2005). A comparison of ten year cardiac risk estimates in schizophrenic patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophrenia Research*, 80(1), 45-53.
- Grundy, S.M., Cleeman, J.I., Daniels, S.R., et al. (2005). Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation*, 112, 2735-2752.
- Happell, B., Platania-Phung, C., Gray, R., Hardy, S., Lambert, T., McAllister, M. & Davies, C. (2011). A role for mental health nursing in the physical health care of consumers with severe mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 706-711.
- Harten, P.H. van (2004). *Bewegingsstoornissen door medicijngebruik. Een handleiding voor psychiatrisch verpleegkundigen*. Van Harten Educatie en Research.
- Harvey, P. W., Petkov, J. N., Misan, G., Fuller, J., Battersby, M. W., Cayetano, T. N. et al (2008). Self-management support and training for patients with chronic and complex conditions improves health-related behaviour and health outcomes. *Australian Health Review : A Publication of the Australian Hospital Association*, 32(2), 330-338.
- Hassapidou, M., Papadimitriou, K., Athanasiadou, N., Tokmakidou, V., Pagkalos, I., Vlahavas, G., & Tsofliou, F. (2011). Changes in body weight, body composition and cardiovascular risk factors after long-term nutritional intervention in patients with severe mental illness: An observational study. *BMC Psychiatry*, 11, 31.
- Hasselt, F.M. van (2013). *Improving the physical health of people with severe mental illness. The need for tailor made care and uniform evaluation of interventions*. Groningen, University of Groningen.
- Heideman, J.M.C., Laurant, M.G.H., Lin, N.G.C.B. van, Verhaak, P., Wensing, M.J.P. & Grol, R.P.T.M. (2006). De samenwerking tussen huisartsen en de GGZ is voor verbetering vatbaar. *TSG* 84.1; 22-28.

- Hert, M. de, Dekker, J. M., Wood, D., Kahl, K. G., Holt, R. I., & Moller, H. J. (2009). Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European psychiatric association (EPA), supported by the European association for the study of diabetes (EASD) and the European society of cardiology (ESC). *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 24(6), 412-424.
- Hert, M. de, Correll, C.U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., Detraux, J. et al (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10(1), 52-77.
- Hert M. de, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, Newcomer JW, Uwakwe R, Asai I, Möller HJ, Gautam S, Detraux J, Correll CU (2011a): Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines plus recommendations at the system and individual level.
- De Hert M, Vancampfort D, Correll CU, Mercken V, Peuskens J, Sweers K, van Winkel R, Mitchell AJ (2011b). Guidelines for screening and monitoring of cardiometabolic risk in schizophrenia: systematic evaluation. *The British journal of psychiatry*.
- Hert, M. de & Winkel, R. van (2011). Metaboolsyndroom. In: Cahn et al. (red.): *Handboek Schizofrenie*, p. 227-352. Utrecht, De Tijdstroom.
- Hulscher, M. Laurant, M., Wensing, M. & Grol, R. (2006). Evaluatie van het proces van implementatie. In: R. Grol & M. Wensing (red.) *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg (derde herziene druk)*. Maarssen, Elsevier Gezondheidszorg.
- Huyser, J., Schene, A.H., Sabbe, B. & Spinhoven, Ph. (red.). *Handboek depressieve stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom, 2008.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (1999). *Somatische zorg in APZ'en*. Utrecht, IGZ.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2004). *De somatische zorg in de GGZ wordt beter, maar schiet in de separeerkamers tekort*. Utrecht, IGZ.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2012). *Staat van de gezondheidszorg 2012. Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen*. Utrecht, IGZ
- Kellen, van der, 2010. *VMGA-handleiding. Handleiding Verpleegkundige Monitoring bij Gebruik van Antipsychotica (VMGA). Informatie voor verpleegkundigen en behandelaars*. Poortugaal: Delta Psychiatrisch centrum.
- Kellen, D. van der (2011a). *Verpleegkundige monitoring bij gebruik van antipsychotica (VMGA). De ontwikkeling van een meetinstrument voor het monitoren van bijwerkingen en complicaties bij patiënten die antipsychotica gebruiken*. Praxis, 2011.
- Kellen D van der (2014). *De VMSL-GGZ, de Verpleegkundige Monitoring bij Somatiek en Leefstijl (VMSL-GGZ). Spijkensisse: uTOPiGGZ*.
- Kempen GJIM, Brillman EI & Ormel J (1995). De Mini-Mental State Examination. Normeringsgegevens en een vergelijking van een 12- en 20- item versie in een steekproef ouderen uit de bevolking. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 26: 163-172.
- Kisely, S., Quek, L.H., Pais, J. Laloo, R., Johnson, N.W. & Lawrence, D. (2011). Advanced dental disease in people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 187-193.
- Knegtering H. (2003). *Antipsychotic treatment and sexual functioning, role of prolactin*. Proefschrift. Groningen, Universiteit Groningen.
- KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF. *Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. Utrecht, 2010.
- Konings, J.S. de, Smulders, A.W., Klazinga, N.S. (2006). *Appraisal of Indicators through Research and Evaluation (AIRE) instrument*. Amsterdam: AMC.
- Kroon, H. & Pijl, Y.L. (2008) *Het aantal mensen met ernstige psychische stoornissen in de GGZ: trends in de periode 1995-2004 op basis van psychiatrische casusregisters*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kupka, R., Knoppert, E. & Nolen, W. (red.). *Handboek bipolaire stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom, 2008.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2007). *Evidence-based Richtlijnontwikkeling, Handleiding voor werkgroepleden*. Update. Utrecht: CBO.
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO en Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie NPCF (2010). *Richtlijnontwikkeling, Een praktische handleiding voor patiëntenvertegenwoordigers*, Utrecht: CBO/NPCF.
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO en Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie NPCF (2009). *Blauwdruk patiëntenparticipatie in richtlijnontwikkeling; Leidraad voor richtlijnontwikkelaars en werkgroepleden*. Utrecht: CBO/NPCF.

- Lako IM, Bruggeman R, Liemburg EJ, van den Heuvel ER, Knegtering H, Slooff CJ, Wiersma D, Taxis K. (2013). A brief version of the Subjects' Response to Antipsychotics questionnaire to evaluate treatment effects. *Schizophrenia Research*. 147 (1), 175-80. doi: 10.1016/j.schres.2013.02.027.
- Leucht, S, Buckard, T., Henderson, J., Maj, M. & Sartorius, N. (2007). Physical Illness and Schizophrenia: A Review of the Literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 116 (5), 317-333.
- Marder, S. R., Essock, S. M., Miller, A. L., Buchanan, R. W., Casey, D. E., Davis, J. M. et al (2004). Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1334-1349.
- Meeuwissen JAC, Meijel B van, Piere M van, Bak M, Bakkenes M, Kellen D van der, Hamersveld S van, Gool R van, Dermout K, Feldmann CT, Risseeuw AH, Wijtsma-van der Kolk A, Vuuren I van, Rümke M, Sloots-Jongen EMJN, Heij P de, Starmans R, Daatselaar C, Veen C van en Hermens M (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl) (2015a). Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: V&VN.
- Meeuwissen JAC, Meijel B van, Gool R van, Hamersveld S van, Bakkenes M, Risseeuw AH, Feldmann CT, Wijtsma-van der Kolk A, Rümke M, Sloots-Jongen EMJN, Vuuren I van, Bak M, Dermout K, Piere M van, Kellen D van der, Heij P de, Starmans R, Daatselaar C, Veen C van en Hermens M (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl) (2015b). Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: V&VN.
- Meeuwissen JAC, Meijel B van, Gool R van, Hamersveld S van, Bakkenes M, Risseeuw AH, Feldmann CT, Wijtsma-van der Kolk A, Rümke M, Sloots-Jongen EMJN, Vuuren I van, Bak M, Dermout K, Piere M van, Kellen D van der, Heij P de, Starmans R, Daatselaar C, Veen C van, Hermens M, Speetjens PAM, Wijngaarden B van (2015c). Wetenschappelijke onderbouwing van de Multidisciplinaire richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht: V&VN.
- Meijel, B. van, van Hamersveld, S., van Gool, R., van der Bijl, J.J., van Harten, P. (2014). Effects and feasibility of the 'Traffic Light Method for somatic screening and lifestyle' in patients with severe mental illness: a pilot study (geaccepteerd voor publicatie in *Perspectives in Psychiatric Care*).
- Ministerie van VWS (2011). Gezondheid dichtbij. Landelijke Nota Gezondheidsbeleid. Den Haag, Min. van VWS.
- Mulder, C.L., Staring, A.B.P., Loos, J., Buwalda, V., Kuijpers, D., Sytema, S., Wierdsma, A.I. (2004). De Health of the Nations Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46(5), 273-285.
- Regieraad Kwaliteit van Zorg (2010). Richtlijn voor richtlijnen. Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg.
- Nasrallah, H.A. (2005) An overview of common medical comorbidities in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 66 (suppl 6).
- Nayer, A. de, de Hert, M., Scheen, A., et al. (2005). On behalf of the Consensus Group. Belgian consensus on metabolic problems associated with atypical antipsychotics. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9, 130-137.
- Nayer, A. de, de Hert, M., Scheen, A., et al. (2006). Conference report Belgian consensus on metabolic problems associated with atypical antipsychotics. *Pharmakon*, 38, 13-23. <http://www.afphb.be/doc/afphb/grtr/pharkon/383.pdf>
- Ohlsen, R. I., Peacock, G., & Smith, S. (2005). Developing a service to monitor and improve physical health in people with serious mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(5), 614-619.
- Osborn, D. P., Nazareth, I., Wright, C. A., & King, M. B. (2010). Impact of a nurse-led intervention to improve screening for cardiovascular risk factors in people with severe mental illnesses. phase-two cluster randomised feasibility trial of community mental health teams. *BMC Health Services Research*, 10, 61.
- Oud, M. (2009). Zorg van de huisarts voor mensen met ernstige psychische stoornissen. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.
- Peursum, van M., Gool van R., Hamersveld S., Meijburg., Peperstraten, van H., Oolders H., Meijel B. (2014). Leefstijlinterventies in de GGZ: een zorg voor verpleegkundigen *Tijdschrift: Nurse Academy GGZ* (4) 22-26.
- Priebe, S. Huxley, P. Knight, S. Evenas, S. (1999). Application and results of the Manchester Short quality of life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1), 7-12
- Programma Kwaliteit in Zicht (KiZ) (2011). Basisset Kwaliteitscriteria. Het patiëntenperspectief op de zorg voor chronisch zieken. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).
- Rademakers, J., Nijman, J., van der Hoek, L., Heijmans, M. & Rijken, M. (2012). Measuring patient activation in the Netherlands: translation and validation of the American short form Patient Activation Measure (PAM13). *BMC Public Health* 12(1), 577. [Epub ahead of print] [cid:599A0D14-F316-47C4-9BF3-AE9BED851E6B]
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2010). Van Gezond naar beter. Kernrapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Bilthoven, RIVM.

- Roberts, S.H. & Bailey, J.E. (2011). Incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness: a narrative synthesis of quantitative, qualitative and mixed methods studies. *J Adv Nurs*. 67(4):690-708.
- Robson D, Gray R. (2007). Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. *International journal of nursing studies*.
- Ruijter, M. de & Hamersveld, S. van (2012). Balans in (bij) werking en leefstijlfactoren. *Nurse Academy GGZ* (2), 19-23.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based medicine: How to Practice and Teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Saha, S., Chant, Chant, D. McGrath, J., & McGrath J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry* 64(10), 1123-1131.
- Shuel, F., White, J., Jones, M. & Gray, R. (2010). Using the serious mental illness health improvement profile [HIP] to identify physical problems in a cohort of community patients: A pragmatic case series evaluation. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 136-145.
- Smit, E., Bohlmeijer, E., Cuijpers, P. (2003). *Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie. Epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk, nieuwe richtingen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Steylen PM, van der Heijden FM, Kok HD, Sijben NA, Verhoeven WM (2013). Cardiometabolic comorbidity in antipsychotic treated patients: need for systematic evaluation and treatment. *Int J Psychiatry Clin Pract*.17(2):125-30. doi: 10.3109/13651501.2013.779000. Epub 2013 May 13.
- Stuurgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020 (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundig specialist*. Utrecht, V&VN.
- Stuurgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020 (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige*. Utrecht, V&VN.
- Stuurgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020 (2012). *Beroepsprofiel zorgkundige*. Utrecht, V&VN.
- Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ/VZ (2013). *Kernset Prestatie-indicatoren 2013. Geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. Den Haag, Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ/VZ.
- Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J, Bouter LM, de Vet HC.(2007) Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*, 60(1):34-42.
- The AGREE Collaboration (2001). *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument* www.agreecollaboration.org (on-line).
- The Agree Collaboration (2003). *AGREE Instrument Handboek*. Nijmegen/Utrecht: Centre for Quality of Care Research/CBO.
- Tielens, J. (2013). *In gesprek met psychose*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Tietema, W., Reuling, P. & Lavertu, A. (2012). *Leefstijlbegeleiding en somatische screening bij psychiatrische patiënten*. Tijdschrift voor Verpleegkundigen , nr. 6, 12-16.
- Tiihonen, J., Lonnqvist, Lonnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, T., Niskanen, L., Tanskanen, A. & Haukka, J. (2011). 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: A population-based cohort study (FIN11 study). *The Lancet*, 374 (Aug.), 620-627.
- Tosh G, Clifton A, Mala S, Bachner M: Physical health care monitoring for people with serious mental illness. *Cochrane database of systematic reviews*, 2010, Issue 3, art.nr. CD008298.
- Usher K, Foster K, Park T. The metabolic syndrome and schizophrenia: the latest evidence and nursing guidelines for management. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2006 Dec;13(6):730-4
- Verdurmen J., M. ten Have, S. van Dorsselaer, et al. (2006). *Psychische stoornissen bij mensen met een lichamelijke aandoening*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wardle, J. & Steptoe, A. (1991). *The European Health and Behaviour Survey. Rationale, methods and initial results from the United Kingdom*. *Social Science and Medicine*, 33(8), 925-936.
- Website www.ggzrichtlijnen.nl
- Wolters HA, H Knegtering, D Wiersma, RJ van den Bosch (2003). The spectrum of subjective effects of antipsychotic medication. *Acta Neuropsychiatrica*, 15, 274-279.
- Wolters HA, Knegtering H, Wiersma D, van den Bosch RJ, 2006. Evaluation of the subjects' response to antipsychotics questionnaire. *Int Clin Psychopharmacol* 21, 63-69.
- Wolters HA. *Korte gebruiksaanwijzing SRA-vragenlijst*. Groningen, RUG, mei 2004.
- Wuisman et al., 2013

Bijlage 1 – Leden van de werkgroep, klankbordgroep en projectgroep

Leden van de werkgroep

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

Leden van de klankbordgroep

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

Leden van de projectgroep

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

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

Bijlage 2 – Desksearch bestaande richtlijnen

De desksearch is uitgevoerd op 1 mei 2012. De richtlijnen zijn met de werkgroep geselecteerd op relevantie en kwaliteit. De bronnen die zijn gebruikt voor de zoekactie zijn:

Nederlandstalige richtlijnen

- Website van Arts en Apotheker. Gezocht via: <http://www.artsenapotheker.nl/richtlijn>
- Trimbos bibliotheek. Gezocht via: http://bibliotheek.trimbos.nl/webapp_bibl/
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Gezocht via: <http://www.nvvp.net/publicaties/richtlijnen>

Buitenlandstalige richtlijnen

- National Guideline Clearhouse. Gezocht via: <http://www.guideline.org/>
- Guidelines International Network (GIN-net). Gezocht via: <http://www.g-i-n.net>
- National Health Service (NHS) evidence. Gezocht via: <https://www.evidence.nhs.uk/>
- Leitlinien Databank van de Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Gezocht via: <http://leitlinien.net/>

In onderstaande tabel staan de zoekstrategie en totaal aantal hits per bron.

Bron	Zoektermen	Hits	Relevante titel/abstract
GIN-net	(medical illness* OR medical disorder* OR medical comorbidity OR physical disorder OR medical screening OR medical care OR physical illness* OR medical evaluation OR physical health OR somatic disease* OR medical condition) AND mental disorders (MESH)	44	2
AWMF	Psychiatrisch*	47	0
NHS	“psychiatric patient**” gelimiteerd met guideline	23	0
	“psychiatric inpatient*”) gelimiteerd met guideline	72	0
National Guideline Clearinghouse	Keyword “psychiatric patient**” OR “psychiatric inpatient**”	4	1
	Binnen het topic “mental disorders” gezocht op “medical illness”		
	Mental Disorders and “physical disease*” OR “physical health” OR “physical examination”	16	0
		88	1
Arts en Apotheker	Somatisch* OF somatiek OF lichamelijk*	1	0
	GGZ		
	Psychiatrische	8	1
	Psychiatrie	3	0
		6	1

Trimbos Bibliotheek	“Somatische aandoeningen”	18	0
	Richtlijnen	98	3
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie	Handmatig alle richtlijnen doorgenomen	1	1

N.v.t = niet van toepassing.

Daarnaast is gezocht naar richtlijnen in een internetzoekmachine. In totaal zijn er 13 richtlijnen geïdentificeerd, waarvan 4 mogelijk relevante informatie bevatten. Vooral de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (2012) bevat gedetailleerde informatie voor de te ontwikkelen richtlijn.

Bijlage 3 – Systematisch literatuuronderzoek

De systematische literatuurreview was erop gericht relevante artikelen voor uitgangsvraag 1 en 2 – somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening – te identificeren. Voorafgaand aan deze search zijn in een veldinventarisatie screeningsinstrumenten geselecteerd die zullen worden onderzocht.

Zoekstrategieën

De systematische literatuurreview is uitgevoerd in twee literatuur databases (PubMed en Google scholar), aangevuld met een search in de Nederlandse vakbladen: Tijdschrift voor Psychiatrie (TvP), Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (MGv), Tijdschrift Verpleegkunde, Nursing, Verpleegkunde Nieuws, Tijdschrift voor verpleegkundigen (TvZ), Nurse Academy GGz, Nederlandse Artikelendatabank voor de Zorg (NAZ), en Psyfar.

Er is gezocht op de volgende trefwoorden:

- Naam van het instrument
- Naam van de ontwikkelaar
- Naam van de persoon die het originele instrument ontwikkeld heeft.

Daarnaast is er veelal contact geweest met de ontwikkelaars. Tenslotte zijn er aanvullingen op de literatuur gegeven door de werkgroep.

Het gaat om de volgende instrumenten:

- PHAMOUS: (PHarmacotherapy Monitoring and OUtcome Survey). Zoeken vanaf publicatie datum: januari 2000.
- SRA (onderdeel van PHAMOUS): Subjectieve Reactie op Antipsychotica vragenlijst. Zoeken vanaf publicatie datum: januari 2000
- LKV: Lichamelijke Klachten Vragenlijst. Zoeken vanaf publicatie datum: januari 2002.
- USS: Utrechtse Somatische Screening. Zoeken vanaf publicatie datum: januari 2012.
- VMGA: Verpleegkundige Monitoring bij Gebruik van Antipsychotica. Zoeken vanaf publicatie datum: januari 2000
- Leefstijl-in-beeld. Zoeken vanaf publicatie datum: januari 2012
- HIP: Health Improvement Profile. Zoeken vanaf publicatie datum: januari 2009.
- TFI: Tilburg Frailty Indicator. Zoeken vanaf publicatie datum: januari 2010.

Om geen artikelen te missen is gezocht naar artikelen in alle publicatietypes. De tijdsperiode die is geselecteerd door de werkgroep verschilt per instrument (zie bovenstaande lijst met screeningsinstrumenten). Deze data zijn gebaseerd op het introductiejaar van een instrument. Alleen Nederlands- en Engelstalige publicaties worden meegenomen voor de richtlijn.

De artikelen werden op basis van de fulltext beoordeling opgenomen in de rapportage of geëxcludeerd. In bijlage 4 staan de beoordelingsformulieren (zowel leeg als ingevuld voor geïnccludeerde artikelen) voor de kwaliteitscontrole.

Bijlage 4 – Beoordelingsformulieren

Beoordeling van onderzoek naar de ontwikkeling en/of validering van een meetinstrument (bron: Terwee et al. J Clin Epidemiol 2007;60:34-42)

Naam beoordelaar: Datum:

Titel:

Auteurs:

Bron:

Korte beschrijving van het meetinstrument:

KWALITEITSCRITERIA^{1,2}

Inhoudsvaliditeit: de mate waarin de inhoud van het meetinstrument een adequate afspiegeling is van het construct dat het meetinstrument beoogt te meten.

+	een duidelijke beschrijving van het doel, de doelpopulatie, de constructen die het meetinstrument beoogt te meten, en de itemselectie en –reductie EN doelpopulatie en (onderzoekers OF experts OF literatuur) waren betrokken bij itemselectie;
?	een duidelijke beschrijving van bovenstaande aspecten ontbreekt OF alleen de doelpopulatie was betrokken bij de item selectie OF (potentiële) methodologische tekortkomingen;
-	doelpopulatie niet betrokken bij item selectie;
0	geen informatie over inhoudsvaliditeit.

Interne consistentie: de mate waarin de items van het meetinstrument aan elkaar gerelateerd zijn.

+	factor analyse uitgevoerd in populatie van voldoende omvang ($7 * \#$ items en >100) EN Cronbach's alpha(s) berekend per dimensie EN Cronbach's alpha(s) tussen 0.70-0.95;
?	geen factor analyse OF (potentiële) methodologische tekortkomingen;
-	Cronbach's alpha(s) < 0.70 of > 0.95 , ondanks adequaat design en methode;
0	geen informatie over interne consistentie.

Criterium validiteit: de mate waarin de scores op het meetinstrument een adequate afspiegeling zijn van een gouden standaard.

+	overtuigende argumenten dat de gouden standaard echt valide is EN correlatie met gouden standaard > 0.70 ;
?	geen overtuigende argumenten dat de gouden standaard echt valide is OF (potentiële) methodologische tekortkomingen;
-	correlatie met gouden standaard < 0.70 , ondanks adequaat design en methode;
0	geen informatie over criterium validiteit.

Construct validiteit: de mate waarin de scores op het meetinstrument consistent zijn met hypothesen*, gebaseerd op de aanname dat het meetinstrument valide het construct meet dat het beoogt te meten.

* bijvoorbeeld met betrekking tot interne relaties, relaties met scores op andere meetinstrumenten, of verschillen tussen relevante groepen

+	specifieke hypothesen vooraf geformuleerd EN ten minste 75% van de resultaten is in overeenkomst met deze hypothesen;
?	(potentiële) methodologische tekortkomingen (bv. geen hypothesen);
-	minder dan 75% van de hypothesen is bevestigd, ondanks adequaat design en methode;
0	geen informatie over construct validiteit.

Reproduceerbaarheid: de mate waarin een meting vrij is van meetfouten.

Meetfout: de systematische en toevallige fout van een score die niet kan worden toegeschreven aan echte veranderingen in het construct dat het meetinstrument beoogt te meten.

+	$SDC_{individual}$ of $SDC_{group} < MIC$ OF MIC buiten de LOA OF overtuigende argumenten dat de meetfout acceptabel is;
?	(potentiële) methodologische tekortkomingen OF (MIC niet bepaald EN geen overtuigende argumenten dat de meetfout acceptabel is)
-	$SDC_{individual}$ of $SDC_{group} \geq MIC$ OF MIC gelijk aan of binnen de LOA , ondanks adequaat design en methode;
0	geen informatie over de meetfout.

Betrouwbaarheid: de mate waarin personen van elkaar kunnen worden onderscheiden, ondanks de meetfout.

+	ICC of gewogen $Kappa > 0.70$;
?	(potentiële) methodologische tekortkomingen (bv. tijdsinterval niet genoemd);
-	ICC of gewogen $Kappa < 0.70$, ondanks adequaat design en methode;
0	geen informatie over betrouwbaarheid.

Responsiviteit: het vermogen van het meetinstrument om veranderingen in de tijd te kunnen meten in het construct dat het meetinstrument beoogt te meten.

+	$SDC_{individual}$ of $SDC_{group} < MIC$ OF MIC buiten de LOA OF responsiviteitsratio > 1.96 OF $AUC \geq 0.70$;
?	(potentiële) methodologische tekortkomingen;
-	$SDC_{individual}$ of $SDC_{group} \geq MIC$ OF MIC gelijk aan of binnen de LOA OF responsiviteitsratio ≤ 1.96 OF $AUC < 0.70$, ondanks adequaat design en methode;
0	geen informatie over responsiviteit.

Bodem- en plafond effecten: het aantal respondenten dat de laagst of hoogst mogelijke score heeft.

+	$< 15\%$ van de respondenten heeft de laagst of hoogst mogelijk score;
?	(potentiële) methodologische tekortkomingen;
-	$> 15\%$ van de respondenten heeft de laagst of hoogst mogelijk score, ondanks adequaat design en methode;
0	geen informatie over bodem- en plafond effecten.

Interpretatie: de mate waarin men scores en veranderingen in scores betekenis kan geven.

+	gemiddelde scores en SD gepresenteerd van ten minste vier relevante subgroepen personen EN MIC bepaald;
?	(potentiële) methodologische tekortkomingen OF minder dan vier subgroepen OF MIC niet bepaald;
0	geen informatie over interpretatie.

¹ + = positieve beoordeling; - = negatieve beoordeling; ? = onbepaalde beoordeling; 0 = geen informatie beschikbaar

² (potentiële) methodologische tekortkomingen = onduidelijke beschrijving van het design of de onderzoeksmethoden van de studie, groepsgrootte kleiner dan 50 personen (moet ten minste 50 zijn in iedere (subgroep) analyse), of andere belangrijke methodologische tekortkomingen of potentiële vormen van bias in het design of de uitvoering van de studie

ICC = 'intraclass correlation coefficient'; MIC = 'minimal important change'; SDC = 'smallest detectable change'; LOA = 'limits of agreement'; SD = standaarddeviatie

English:

Quality criteria for measurement properties of health status questionnaires

Assessment completed by:

Date:

Reference:

Description of the test:

	Judgement + /?/ -/0	Description / explanation
1. Content validity The extent to which the domain of interest is comprehensively sampled by the items in the questionnaire		
2. Internal consistency The extent to which items in a (sub)scale are intercorrelated, thus measuring the same construct		
3. Criterion validity The extent to which scores on a particular questionnaire relate to a gold standard		
4. Construct validity The extent to which scores on a particular questionnaire relate to other measures in a manner that is consistent with theoretically derived hypotheses concerning the concepts that are being measured		
5. Reproducibility		
5.1 Agreement The extent to which the scores on repeated measures are close to each other (absolute measurement error)		
5.2: Reliability The extent to which patients can be distinguished from each other, despite measurement errors (relative measurement error)		
6. Responsiveness The ability of a questionnaire to detect clinically important changes over time		
7. Floor and ceiling effects The number of respondents who achieved the lowest or highest possible score		
8. Interpretability The degree to which one can assign qualitative meaning to quantitative scores.		

Conclusion:

--

Beoordeling van onderzoek naar de ontwikkeling en/of validering van een meetinstrument (bron: Terwee et al. J Clin Epidemiol 2007;60:34-42)

Naam beoordelaar: Marleen Hermens
 Datum: 6 november 2013
 Titel: Evaluation of the subjects' response to antipsychotics questionnaire.
 Auteurs: Wolters HA, Knegtering H, Wiersma D, van den Bosch RJ
 Bron: Int Clin Psychopharmacol 2006, 21, 63-69

Korte beschrijving van het meetinstrument

De SRA-74 meet effecten van antipsychotica voor patiënten. The concept of the SRA is defined as: 'all responses to changes in mental, physical and social domains attributed by the patient to his/her current antipsychotic medication'.

Kwaliteitscriteria

	Judgement + /?/ -/0	Description / explanation
1. inhoudsvaliditeit: mate waarin de inhoud van het meetinstrument een adequate afspiegeling is van het construct dat het meetinstrument beoogt te meten.	+	de SRA gebaseerd is op alle gevolgen van antipsychoticagebruik die voor patiënten relevant zijn, verzameld met interviews, zie Wolters et al., 2003.
2. interne consistentie: mate waarin de items van het meetinstrument aan elkaar gerelateerd zijn.	+	Chronbach's alfa tussen 0.69 en 0.93
3. criterium validiteit: mate waarin de scores op het meetinstrument een adequate afspiegeling zijn van een gouden standaard.	0	Geen informatie over, er was nog geen gouden standaard.
4. Construct validiteit: mate waarin scores op het meetinstrument consistent zijn met hypothesen, gebaseerd op de aanname dat het meetinstrument valide het construct meet dat het beoogt te meten.	?	Er lijkt echter weinig overeenstemming te zijn met de andere instrumenten die de reactie van de patiënt op antipsychotica meten, wat tot uitdrukking komt in matig tot zwakke correlaties tussen de SRA en de DAI of de SWN. Het betekent niet perse dat de <i>construct validiteit</i> laag is, het kan ook verklaard worden doordat de andere twee instrumenten verschillende concepten meten in vergelijking met de SRA-74.
5. reproduceerbaarheid: mate waarin een meting vrij is van meetfouten.		
5.1 Meetfout: systematische en toevallige fout van een score die niet kan worden toegeschreven aan echte veranderingen in het construct dat het meetinstrument beoogt te meten	0	Geen informatie over de meetfout SEM. Wel voldoende patiënten, en 1 week tussen de 2 metingen is prima.
5.2: betrouwbaarheid: mate waarin personen van elkaar kunnen worden onderscheiden, ondanks de meetfout.	0	Geen informatie over de ICC. Wel voldoende patiënten, en 1 week tussen de 2 metingen is prima.
6. responsiviteit: vermogen van het meetinstrument om veranderingen in de tijd te kunnen meten in het construct dat	0	Geen informatie

het meetinstrument beoogt te meten.		
7. Bodem- en plafond effect: aantal respondenten dat de laagst of hoogst mogelijke score heeft.	0	Geen informatie
8. interpretatie: mate waarin men scores en veranderingen in scores betekenis kan geven.	0	Geen informatie

Conclusie:

--

Bijlage 5 – Beschrijving van de SRA-74, VMGA en Leefstijl-in-beeld

Beschrijving van de SRA-74

De SRA-74 vragenlijst is een zelfbeoordelingvragenlijst met 74 items over gewenste en ongewenste somatische en psychische effecten van antipsychotica. Het invullen kost de patiënt tussen de 15 en 20 minuten.

Acht subschalen meten onplezierige effecten:

- Toename van gewicht
- Seksuele anhedonie
- Sedatie
- Affectieve vervlakking
- Extrapiramidiale bijwerkingen (EPS)
- Verminderde sociabiliteit
- Toegenomen slaap
- Totaal onplezierige effecten; hierin zijn de schalen voor onplezierige effecten opgeteld met daaraan toegevoegd een aantal overige items.

Eén subschaal meet de plezierige effecten toegeschreven aan de antipsychotica:

- Herstel

De items worden als volgt gescoord: 1. Nee; 2. Ja, in enige mate; 3. Ja, in sterke mate. De scores op de subschalen worden verkregen door de items op te tellen. In de korte gebruiksaanwijzing van de SRA-vragenlijst (Wolters, 2004) worden de items per subschaal vermeld. Ook wordt een tabel gegeven met het gemiddelde en de interne consistentie per subschaal, en welke score als laag, gemiddeld en hoog beschouwd kan worden.

Beschrijving van de VMGA

ALGEMEEN ONDERDEEL (ANAMNESE)

In het algemeen onderdeel wordt gevraagd naar:

- Medicatie (dosering, gebruik vanaf, toedieningsvorm etc.)
- Overige medicatie (voor somatische aandoeningen of overige psychofarmaca > voor interacties en interpretatie van de klachten)
- Onderliggende somatische aandoeningen
- Aandoeningen binnen de familie
- Bijzonderheden leefstijl: roken, alcohol, drugs, bewegen, voeding.

ONDERDEEL A

Onderdeel A biedt ruimte voor alle meetgegevens die van belang zijn om een indicatie te geven over de gezondheidstoestand van de patiënt, zoals lengte, gewicht, bloeddruk, BMI, vetpercentage, buikomvang en pols.

Ook kan worden aangegeven of er eventueel een electrocardiogram is aangevraagd, wat soms noodzakelijk is bij het instellen van antipsychotica. De referentiewaarden zijn hierin opgenomen.

ONDERDEEL B

Onderdeel B betreft de laboratoriumscreening/-protocol bij antipsychoticagebruik. Uitgangspunt is de studie van Cahn et al., (2008), aangevuld met screening op natriumtekort en optioneel op vitaminedeficiëntie (aanbeveling vanuit het delhipanel). Verder wordt er gevraagd of er nog recent laboratoriumonderzoek heeft plaatsgevonden, er een spiegel is bepaald en of het bloedbeeld bij clozapine maandelijks gecontroleerd wordt.

ONDERDEEL C

Onderdeel C bevat 55 bijwerkingen die zijn opgenomen in een vijfpunts Likert-schaal oplopend van nooit, zelden, soms, regelmatig tot vaak. Deze zijn opgebouwd vanuit bijwerkingen zoals geschetst in 3.2 van de concept richtlijn (Metabole-, cardiovasculaire-, neurologische-, Hematologische-, Gastro-intestinale- Urogenitale en seksuele complicaties). Ook is er ruimte om aan kruisen of er actie nodig is (bij alle onderdelen >>> is na screening meteen een mooie (actie)samenvatting. Bij de seksuele bijwerkingen is er een onderscheid gemaakt tussen de klachten van mannen en vrouwen. Verder wordt er nog gevraagd naar overige klachten en wordt er gevraagd in hoeverre iemand zich gezond voelt (cijfer 1-10)

ONDERDEEL D

Onderdeel D van de VMGA bevat alle losse symptomen die bij de verschillende bewegingsstoornissen kunnen horen, zoals parkinsonisme, acathisie, tardieve dyskinesie en (acute) dystonie. De beoordelaar hoeft alleen datgene aan te kruisen wat geobserveerd wordt. Het beschrijft wanneer extra opgelet moet worden bij:

- Het starten van antipsychotica.
- Het (snel) verhogen van antipsychotica.
- Het verlagen van medicatie die gebruikt wordt om acute extrapiramidale symptomen te behandelen.
- Toevoeging van een ander middel.

Verder bevat het een aantal vragen (rigiditeit, tandrad, looppatroon etc.) die na het bewegingsonderzoek kunnen worden beantwoord.

ONDERDEEL E

Onderdeel E biedt ruimte voor het noteren van eerder doorgemaakte ernstige bijwerkingen, zoals het neurolepticasyndroom, convulsies en allergische reacties. De beelden zijn uitgewerkt in concrete verschijnselen die gezien worden bij deze ernstige syndromen. Ook kan er bij dit onderdeel worden aangegeven of de patiënt onder controle staat bij een bepaalde specialist of medicijnen gebruikt die niet op doktersvoorschrift zijn verkregen.

Beschrijving van Leefstijl-in-beeld

Bij het instrument Leefstijl-in-beeld (Van Meijel et al., in druk) staat de vraag centraal hoe je iemand meer intrinsiek kunt motiveren tot gezond gedrag met als doel het vermijden van gezondheidsrisico's en het behalen van gezondheidswinst. De professional neemt hierbij een onderzoekende en een coachende houding aan (De Ruijter & Van Hamersveld, 2012; Van Peursum et al., 2014).

Met Leefstijl-in-beeld wordt de leefstijl van de patiënt in beeld gebracht via stoplichtkleuren en educatieve regels. Hiermee kan de patiënt zelf inzicht verkrijgen in diens eigen gezonde en ongezonde gedrag. Op basis van deze leefstijlscreening kan de patiënt vervolgens zelf zijn aandachtsgebieden bepalen waar winst met leefstijl te halen is via leefstijlaanpassing. Daartoe wordt een leefstijlplan opgesteld. In een leefstijlplan wordt doelen geformuleerd aan de hand van de zogenaamde SMART-criteria, er worden acties geformuleerd die in een voortgangsplan worden geëvalueerd. Het leefstijlplan wordt geheel afgestemd op de wensen en mogelijkheden van de patiënt.

Onderdelen van Leefstijl-in-beeld omvatten thema's op het gebied van:

1. Metabole parameters
2. Medicatie
3. Voeding en vocht
4. Bewegen en sport
5. Middelengebruik
6. Slapen
6. Hygiëne (o.a. mondhygiëne)
7. Ontspanning
8. Sociale steun
9. Seksueel gedrag.

Bijlage 6

Kenmerken van sleutelpublicaties

Referentie	Soort artikel	Patiënten-groep	Conclusie
TOSH2010: Physical health care monitoring for people with serious mental illness. <i>Cochrane database of systematic reviews.</i>	Systematic Review. Literatuur verzameld t/m oktober 2009.	Mensen (18-65) met EPA	<p>Er zijn verschillende richtlijnen over het monitoren van de lichamelijke gezondheid van mensen met EPA in de klinische praktijk. Er is geen wetenschappelijk bewijs uit rct's dat het monitoren van de lichamelijke gezondheid van mensen met EPA effectief is in het voorkomen van de achteruitgang van de lichamelijke gezondheid en in het behoud van de kwaliteit van leven. Dit wil niet zeggen dat monitoring geen invloed heeft op de lichamelijke gezondheid van mensen met EPA. De richtlijnen zijn dus gebaseerd op consensus van experts, klinische ervaring en goede intenties in plaats van op wetenschappelijk bewijs van hoge kwaliteit.</p> <p>Verwijzing naar Robson2007 voor algemene aspecten waarop mensen met EPA gescreend zouden moeten worden.</p>
ROBSON2007: Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. <i>International journal of nursing studies.</i>	Narratieve review	Mensen met EPA	<p>“Based on our review of the literature, essential routine health monitoring [for people with serious mental illness] should include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • weight, • body mass index (BMI) • waist circumference • blood pressure • lipid profiles • screening for insulin resistance and diabetes • dental checks and • eye health checks” <p>It is not necessarily the mental health nurses role to carry out these checks (...). The mental health nurse has a role of ensuring these are carried out at the onset of treatment and regularly throughout treatment. It is also important that the service user and their families/carers understand why these checks are being done and the significance and meaning of any results. Nurses can also systematically and proactively enquire about the quality of people's dietary intake, level of physical activity, smoking behaviour and sexual health.</p>
MARDER2004: Physical health monitoring of patients with Schizophrenia. <i>American journal of psychiatry.</i>	Consensus meeting met experts op basis van een (narratieve) review van de literatuur.	Volwassenen met schizofrenie die antipsychotica nemen.	<p>Clinicians should monitor weight gain, diabetes, hyperlipidemia, prolactin elevation and sexual dysfunction. Information from monitoring should guide the selection of antipsychotic agents. Moreover, patients with schizophrenia should receive regular visual examinations and clinicians should inquire about smoking, alcoholism and street drugs. The conference participants recommended that mental health care providers perform physical health monitoring that typically occurs in primary care settings for their patients who do not receive physical health monitoring in those settings.</p>

NB: dit artikel is meegenomen door CAHN2008.

DEHERT2011a: Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines plus recommendations at the system and individual level.

Review
(systematisch?)

Patiënten met EPA

In tabel 1 staan de aanbevelingen van de experts voor het monitoren van de lichamelijke gezondheid van volwassenen met EPA die antipsychotica nemen (inclusief de monitoring procedure).

NB er wordt in dit artikel ook aandacht besteed aan leefstijl ten aanzien van dieet, roken en beweging (maar vooral beschrijvend, in mindere mate over het beïnvloeden er van met leefstijl interventies).

Screening and assessment of physical health should begin with the patient's personal and family history, covering:

- diabetes mellitus (DM)
- hypertension
- CVD (myocardial infarction or cerebrovascular accident, including age at onset)
- smoking
- diet
- physical activity

p. 139: Physical health checks should focus on monitoring:

- weight gain and obesity (body mass index (BMI); waist circumference (WC);
- blood pressure;
- dietary intake;
- activity level and exercise;
- use of tobacco and alcohol or other substances;
- fasting blood levels of glucose;
- fasting blood levels of lipids, especially triglycerides and high-density lipoprotein (HDL)-cholesterol;
- prolactin levels (if indicated by reproductive system and/ or sexual symptoms)
- cardiovascular disease (CVD) risk and electrocardiographic (ECG) parameters;
- dental health;
- liver function tests, blood count, thyroid hormone, electrolytes (periodically, as indicated).

Screening and assessment of physical health should begin with the patient's personal and family history, covering: diabetes mellitus (DM), hypertension, CVD (myocardial infarction or cerebrovascular accident, including age at onset), smoking, diet, physical activity.

NB leefstijl interventies worden geadresseerd, en er worden ook specifieke aanwijzingen gegeven hiervoor: Psychiatrists, physicians, nurses and other members of the multidisciplinary team can help educate and motivate people with SMI to address

their lifestyle, including smoking, diet and exercise, through the use of effective behavioural interventions.

CAHN2008: Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. <i>Tijdschrift voor Psychiatrie.</i>	Overzichtsartikel (oorspronkelijk een review?)	Patiënten die antipsychotica gebruiken	<p>De meest voorkomende bijwerkingen van antipsychotica zijn onder te verdelen in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metabole complicaties (metabool syndroom, overgewicht en obesitas, diabetes mellitus type 2, dyslipidemie) • Cardiovasculaire complicaties • Neurologische complicaties (parkinsonisme, acathisie, acute dystonie, tardieve dyskinesie) • Hematologische complicaties • Gastro-intestinale complicaties • Urogenitale en seksuele complicaties <p>De werkgroep Somatische complicaties bij antipsychoticagebruik beveelt aan om voor het starten en bij het switchen van een antipsychoticum (en daarna) volgens tabel 5 risicofactoren te monitoren. Het zijn adviezen voor de arts (meestal psychiater) die het antipsychoticum voorschrijft, en die eindverantwoordelijk is. In deze tabel 5 zijn opgenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somatische anamnese • Familiare anamnese (obesitas, diabetes mellitus, dyslipidemie, hart- en vaatziekten, neurologische ziekten en osteoporose) • Mini Mental State Examination (MMSE) • Body Mass Index (BMI) • Middelomtrek • Bloeddruk en pols • Nuchter glucose of HbA_{1c} • Nuchter cholestrol, hdl-cholesterol en triglyceriden • Prolactine • Bloedbeeld • Leverfuncties • Bewegingsstoornissen • ECG • EEG • Bloedbeeld/leverfuncties • Blaasscan <p>In deze tabel staat ook aangegeven hoe vaak gemonitord moet worden en wat grenswaarden zijn.</p> <p>NB: er wordt ook aandacht geschonken aan leefstijlinterventies (er worden concrete aanwijzingen gegeven) ten aanzien van <u>roken, dieet en bewegen</u>.</p>
NB: MARDER2004 is in dit artikel opgenomen			<p>Er werden 18 relevante internationale klinische richtlijnen gevonden.</p> <p>The following measurements were recommended for monitoring <u>for cardiometabolic risk in patients with schizophrenia</u>, after baseline assessment:</p>
DEHERT2011b: Guidelines for screening and monitoring of cardiometabolic	Systematische review.	Patiënten met schizofrenie.	<p>Er werden 18 relevante internationale klinische richtlijnen gevonden.</p> <p>The following measurements were recommended for monitoring <u>for cardiometabolic risk in patients with schizophrenia</u>, after baseline assessment:</p>

risk in
schizophrenia:
systematic
evaluation.
*The British journal
of psychiatry.*

- fasting glucose*
- body mass index
- fasting triglycerides*
- fasting cholesterol*
- waist
- high density lipoprotein/low density lipoprotein
- blood pressure and
- symptoms of diabetes

* these are less easily to integrate into routine care. Alternatives such as non-fasting HbA1c are promising but require validation in psychiatric settings

NB: Leefstijl (geen concrete adviezen in het artikel genoemd):
In terms of lifestyle interventions, most guidelines recommended advice on physical activity, advice on diet, and smoking cessation advice.

USHER2006:
**The metabolic
syndrome and
schizophrenia: the
latest evidence
and nursing
guidelines for
management.**
*Journal of
psychiatric and
mental health
nursing.*

Narratieve review

Patienten met
schizofrenie die
antipsychotica
gebruiken

Baseline assessment should include any personal and/or family history of diabetes, obesity, hypertension, dyslipidaemia and cardiovascular disease. Weight and height should be recorded and body mass index calculated. Waist circumference should be taken at the level of the umbilicus (Masand & Mago 2005).

Six steps to reduce the development of metabolic syndrome (Nutrition Australia, 2002):

1. Increase activity level
2. Improve health through better eating habits
3. Lose weight
4. Quit smoking
5. Reduce stress levels
6. Take any medication prescribed

Guidelines for practice for the mental health nurses working with the person who is taking second generation antipsychotics:

Comprehensive baseline assessment, including:

- Physical examination
- Cardiac investigations
- Blood chemistries
- Weight
- Height
- Waist measurement
- Body mass index (BMI)
- Family history
- Personal history
- Monitoring of Blood Pressure, BMI and waist circumference at 4, 8 and 12 weeks

after commencing treatment is recommended then 3 monthly

- If there are no signs or current risk factors for metabolic syndrome indicated that the nurse needs to continue regular monitoring of Blood Pressure, waist circumference and educate the person on diet and exercise

If there is evidence of early indicators (increased waist circumference and elevated blood pressure), there is a need to monitor:

- waist circumference every 3 months
- Blood pressure every 3 months
- BMI every 3 months
- Commence treatment, e.g. reduction of weight and an increase in physical activity
- If there are three or more symptoms of metabolic syndrome need to commence treatment (e.g. reduction of weight, and an increase in physical activity and medications), ongoing monitoring and referral to a specialist.

NB: Leefstijl (geen concrete inhoudelijke adviezen in artikel genoemd):

Lifestyle modification involves assessing the person's diet and nutritional status and exercise regime, and making changes to influence weight reduction and increase physical activity. There are many weight loss programmes available, and nurses can help guide the client to choose a reputable one.

Bijlage 7

Gebruikte afkortingen

BMI – Body mass index
CVD – Cardiovascular disease
DM – Diabetes Mellitus
EBRO – Evidence-based Richtlijn Ontwikkeling
ECG – Electrocardiographic
EEG – Electro-encefalografie
EPA – Ernstige psychische aandoeningen
FVG – Fonds Verstandelijk Gehandicapten
GGZ – Geestelijke Gezondheidszorg
HDL – High-density lipoprotein
HIP – Health Improvement Profile
ICC – Intraclass correlation coefficient
LKV – Lichamelijke Klachten Vragenlijst
LOA – Limits of agreement
MMSE – Mini Mental State Examination
MIC – Minimal important change
NAZ – Nederlandse Artikelendatabank voor de Zorg
NHG – Nederlands Huisartsen Genootschap
NIP – Nederlands Instituut van Psychologen
NVASP – Nederlandse Vereniging van Artsen Somatisch werkzaam in de Psychiatrie
NVAVG – Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten
NVvP – Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
PHAMOUS - PHarmacotherapy Monitoring and OUtcome Survey
POH-ggz – Praktijkondersteuner Huisarts GGZ
SD – Standaard deviatie
SDC – Smallest detectable change
SPV – Sociaal-psychisch verpleegkundige
SRA - Subjectieve Reactie op Antipsychotica vragenlijst
TFI – Tilburg Frailty Indicator
USS – Utrechtse Somatische Screening
VGN – Vereniging Gehandicapten Zorg
VMGA – Verpleegkundige Monitoring bij Gebruik van Antipsychotica
V&VN – Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
WC – Waist circumference