

# **Uitkomsten onderzoek gebruik zorgstandaarden Somatische screening en Leefstijl in de praktijk**

**Bekijken →**

**Akwa**  
**GGZ** Alliantie kwaliteit  
Geestelijke  
Gezondheidszorg



# Inhoudsopgave

**1. Inleiding →**

**2. Samenvatting →**

**3. Somatische screening binnen  
de GGZ →**

**4. Toepassing kernaanbevelingen  
zorgstandaard Somatische  
screening →**

**5. Integratie van leefstijl in de GGZ →**

**6. Toepassing kernaanbevelingen  
zorgstandaard Leefstijl →**

**Klik op één  
van de knoppen  
om naar de  
gewenste pagina  
te navigeren.**



# 1. Inleiding

Als onafhankelijke organisatie ondersteunt Akwa GGZ bij de kwaliteitsverbetering in de GGZ. Dit doen zij onder andere door het ontwikkelen en actualiseren van zorgstandaarden, en door ondersteuning te bieden bij het gebruik ervan in de praktijk. Jaarlijks worden er een aantal zorgstandaarden geëvalueerd om te beoordelen hoe effectief en toepasbaar ze zijn, en in hoeverre ze aansluiten bij de praktijk.

## Praktijkonderzoek Somatische screening en Leefstijl

In de periode november 2024 tot begin januari 2025 is een praktijkonderzoek uitgevoerd voor de zorgstandaarden [Somatische screening](#) en [Leefstijl](#).

Met dit onderzoek wordt inzicht verkregen in de organisatie van zorg en de bruikbaarheid van deze zorgstandaarden in de praktijk. Op basis van deze inzichten kunnen deze zorgstandaarden worden verbeterd en geactualiseerd. In het onderzoek stonden de volgende vragen centraal:

- In welke mate worden somatische (basis)screenings uitgevoerd in de praktijk, en hoe wordt leefstijl geïntegreerd in de behandeling?

- Op welke punten wijken zorgprofessionals af van de zorgstandaarden en welke factoren spelen hierbij een rol?
- Wat is er nodig om de zorgstandaarden effectief en structureel te kunnen toepassen in de dagelijkse praktijk?

## Onderzoeksopzet

Voor dit praktijkonderzoek is gebruikgemaakt van een online enquête voor zorgprofessionals, zorg- of teammanagers én patiënten. Deze enquête is verspreid via diverse organisaties, waaronder Akwa GGZ, patiënten- en naastenorganisatie MIND, kennisinstituut Phrenos en onderzoeksbureau ZorgfocuZ. De uitkomsten van deze enquête vormen de belangrijkste bron van informatie voor dit rapport.

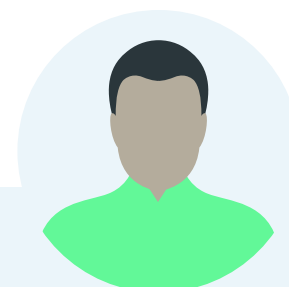
Aanvullend op de enquête zijn er verdiepende interviews gehouden met zes zorgprofessionals en vijf zorg- of teammanagers. Deze interviews zijn gehouden omdat de enquêteresultaten nieuwe vragen oproepen en om hierover de duiding van de respondenten te krijgen.

## Onderzoeksdeelnemers



### 615 zorgprofessionals:

- Werkzaam in de GGZ en hebben in de dagelijkse praktijk te maken met patiënten met diverse klachten of aandoeningen;
- Met verschillende functies, zoals psycholoog, verpleegkundige, verpleegkundig specialist (GGZ), psychiater en praktijk ondersteuner huisarts GGZ (POH-GGZ);
- Ongeveer de helft (53%) is werkzaam in de specialistische GGZ. De overige zorgprofessionals werken in de generalistische GGZ, een combinatie van beide, de huisartsenzorg, de verslavingszorg, de forensische (verslavings) zorg of een andere zorgsetting;
- De meesten (70%) hebben ruime ervaring in de GGZ, vaak meer dan tien jaar.



### 71 zorg- of teammanagers\*:

- Betrokken bij het borgen van de kwaliteit van zorg binnen hun organisatie;
- Voornamelijk werkzaam in de specialistische GGZ of binnen een organisatie die zowel generalistische als specialistische zorg aanbiedt;
- 71% van hen werkt in een grote organisatie met meer dan 250 medewerkers.



### 276 patiënten:

- Ontvangen of ontvingen hulp of ondersteuning van een behandelaar in de GGZ of staan hiervoor op een wachtlijst;
- Ervaren uiteenlopende psychische klachten of aandoeningen, zoals trauma- en stressgerelateerde klachten, depressie, angst (waaronder paniek- of piekerklachten), dissociatieve klachten of hebben een persoonlijkheidsstoornis.

\* De groep zorg- en teammanagers in dit onderzoek is relatief klein, waardoor de resultaten een eerste globale indruk bieden.

## 2. Samenvatting

### Somatische screening

#### Ervaringen van zorgprofessionals: Somatische screening in de GGZ is een belangrijk thema, maar wordt beperkt uitgevoerd

Zorgprofessionals vinden somatische screening essentieel binnen de GGZ. 88% is van mening dat een somatische basisscreening een vast onderdeel zou moeten zijn van de zorg, ook bij ogenschijnlijk gezonde patiënten (83%). Tegelijkertijd beoordeelt 56% de somatische zorg als ‘matig’ en voert slechts 22% bij alle patiënten een somatische basisscreening uit. Hoewel alle onderdelen doorgaans wel worden uitgevoerd, worden gezondheidsvaardigheden en vitale functies minder vaak uitgevraagd en gemeten. Belangrijke belemmeringen in het uitvoeren van de somatische basis screenings zijn een gebrek aan structurele inbedding, aandacht binnen de organisatie en onvoldoende expertise om de screening uit te voeren.

#### Patiëntervaringen: Lichamelijke gezondheid heeft een duidelijke impact op het psychisch welzijn

Slechts 21% van de patiënten beoordeelt de eigen lichamelijke gezondheid als (zeer) goed, en 80%

ervaart dat lichamelijke klachten invloed hebben op psychische klachten, variërend van enige tot grote invloed. Patiënten willen dat de GGZ hier aandacht aan besteedt, maar bij slechts 33% is tijdens de behandeling onderzocht of het lichaam gezond is en of er sprake is van een verhoogd risico op ziektes. Patiënten geven aan meer aandacht te willen hebben voor lichamelijke gezondheid, inclusief uitleg, advies, leefstijlondersteuning en doorverwijzing.

#### Gebruik van de zorgstandaard: Somatische screening

Een meerderheid van de zorgprofessionals zegt (grotendeels) te werken volgens de kernaanbevelingen, waarbij somatische, psychische en sociale factoren integraal worden benaderd, verantwoordelijkheden met huisarts en ketenpartners worden afgestemd en vervolginterventies worden ingezet. Daarentegen worden kernaanbevelingen zoals structurele screening, integratie in het behandelplan, aandacht voor risicogroepen, deskundigheid en betrokkenheid van patiënt en naasten relatief minder vaak toegepast.

### Leefstijl

#### Ervaringen van zorgprofessionals: Veel intentie om leefstijl te integreren maar weinig verankering

95% vindt aandacht voor leefstijl belangrijk en tegelijkertijd beoordeelt 60% de daadwerkelijke aandacht als matig tot (zeer) slecht. Zorgprofessionals beschrijven dat structurele en praktische aandacht vaak ontbreekt en dat het onderwerp afhankelijk is van de inzet van individuele professionals.

#### Patiëntervaringen: Nadrukkelijke behoefte aan integrale, samenhangende zorg

Patiënten hebben een duidelijke behoefte aan integrale, samenhangende zorg waarin leefstijl wordt meegenomen. 92% vindt dat leefstijl onderdeel moet zijn van het behandelplan en wil graag dat de behandelaar hen motiveert om gezonder te leven. In de praktijk krijgt leefstijl echter vaak onvoldoende aandacht. Medicatiegebruik, beweging en slaap worden vaker besproken dan voeding en roken. Slechts 23% ervaart dat leefstijl daadwerkelijk wordt meegenomen in het behandelplan. Een derde (33%) geeft aan dat de behandelaar hen heeft geholpen bij het verbeteren van de leefstijl. Van deze groep ervaart 68% dat dit heeft bijgedragen aan het herstel van psychische klachten.

#### Gebruik van de zorgstandaard Leefstijl

Twee derde van de zorgprofessionals werkt grotendeels volgens de kernaanbevelingen rondom leefstijl, zoals het bespreekbaar maken, motiveren en ondersteunen van patiënten, waarbij kleine stappen worden gestimuleerd

en de regie bij de patiënt blijft. Zorgprofessionals erkennen hun voorbeeldrol en tonen begrip voor maatschappelijke uitdagingen. Toch worden sommige kernaanbevelingen minder toegepast: leefstijl is niet altijd onderdeel van het behandelplan, naasten worden niet altijd betrokken en organisatiebrede integratie blijft vaak achter.

Belemmeringen en behoeften voor succesvolle toepassing zorgstandaarden

Zorgprofessionals en zorgmanagers benoemen diverse factoren die succesvolle implementatie van de zorgstandaarden Somatische screening en Leefstijl bemoeilijken:

- Gebrek aan tijd en personeel;
- Onvoldoende scholing en duidelijke richtlijnen;
- Beperkte samenwerking met huisartsen en ketenpartners;
- Onvoldoende aandacht, prioriteit en ondersteuning binnen organisaties;
- Weinig structurele verankering in beleid, protocollen of EPD's.

Tegelijkertijd is er brede bereidheid om (meer) volgens de standaarden te werken, mits passende ondersteuning beschikbaar komt. Zorgprofessionals hebben daarbij behoefte aan:

- Praktische hulpmiddelen, formats en checklists;
- (Bij)scholing gericht op somatische en leefstijlaspecten;
- Structurele samenwerking binnen en buiten de GGZ;
- Heldere taakafspraken en een gedeelde verantwoordelijkheid in de keten.

Vervolg en ondersteuning in de praktijk

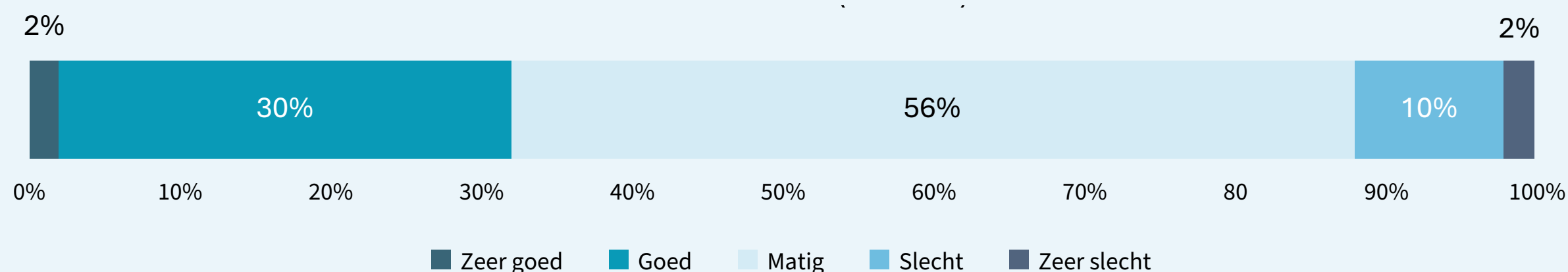
De resultaten van dit praktijkonderzoek bieden waardevolle inzichten in de mate waarin leefstijl en somatische (basis)screening momenteel aandacht krijgen binnen de GGZ, en brengen kansen voor verbetering in kaart. Akwa GGZ neemt deze inzichten mee in de ondersteuning van het veld bij het toepassen van de zorgstandaarden in de praktijk. Dit gebeurt onder meer via kennisdeling, het ontwikkelen van scholingsmateriaal en praktische hulpmiddelen, en het faciliteren van uitwisseling en samenwerking tussen professionals.

## 3. Somatische screening binnen de GGZ

Binnen de GGZ wordt in toenemende mate belang gehecht aan somatische screening. Een goede lichamelijke gezondheid kan namelijk een positieve invloed hebben op de geestelijke gezondheid en bijdragen aan symptoomvermindering bij psychische aandoeningen. Daarnaast kan het ook de weerbaarheid versterken en het algemene welzijn bevorderen.

Somatische screening voor mensen met psychische aandoeningen is een systematische beoordeling. Hiermee wordt een algemeen beeld van de somatische gezondheid en risicofactoren op lichamelijke gezondheidsproblemen van een patiënt in kaart gebracht. In de zorgstandaard Somatische screening wordt onderscheid gemaakt tussen een somatische basisscreening en een screening op indicatie. De [somatische basisscreening](#) is een screening die belangrijk is voor iedereen die in de GGZ wordt behandeld en is voor iedere patiënt hetzelfde. Deze basisscreening vindt plaats tijdens het diagnostisch

**Figuur 1** - Algemene indruk van zorgprofessionals over de somatische zorg binnen de GGZ (n = 607)



proces en is zo opgezet dat deze door behandelaren in de GGZ uitgevoerd kan worden. De [somatische screening op indicatie](#) omvat onderdelen die alleen worden ingezet als dat nodig is en wordt uitgevoerd door een medisch geschoolde professional.

Dit eerste hoofdstuk geeft inzicht in de mate waarin somatische screening onderdeel uitmaakt van de GGZ, of patiënten in de GGZ ook een lichamelijk onderzoek hebben ondergaan en wat ze daarvan vonden.

### Groot aantal zorgprofessionals vindt de somatische zorg binnen de GGZ ‘matig’

De resultaten laten zien dat een meerderheid van de zorgprofessionals (56%) de somatische zorg voor patiënten binnen de GGZ als ‘matig’ beoordeelt (zie Figuur 1). Binnen de organisaties is er volgens hen te

weinig aandacht voor deze zorg, ontbreekt het aan een structurele plek binnen het zorgaanbod en wordt een gebrek aan expertise ervaren. Daarnaast geven enkele professionals aan dat er wel metingen worden uitgevoerd, maar dat de uitkomsten nauwelijks worden benut. Ook merken zij op dat de somatische zorg vaak, en soms te snel, wordt overgedragen aan de huisarts of het ziekenhuis.

Zorgprofessionals die de somatische zorg als (zeer) goed beoordelen, geven aan dat er binnen hun organisatie wél voldoende aandacht voor is. Zij benoemen goede samenwerking met huisartsen en wijzen op structurele werkwijzen, zoals het gebruik van vaste protocollen en de betrokkenheid van artsen of verpleegkundigen.

Grote consensus over het belang van somatische basisscreening

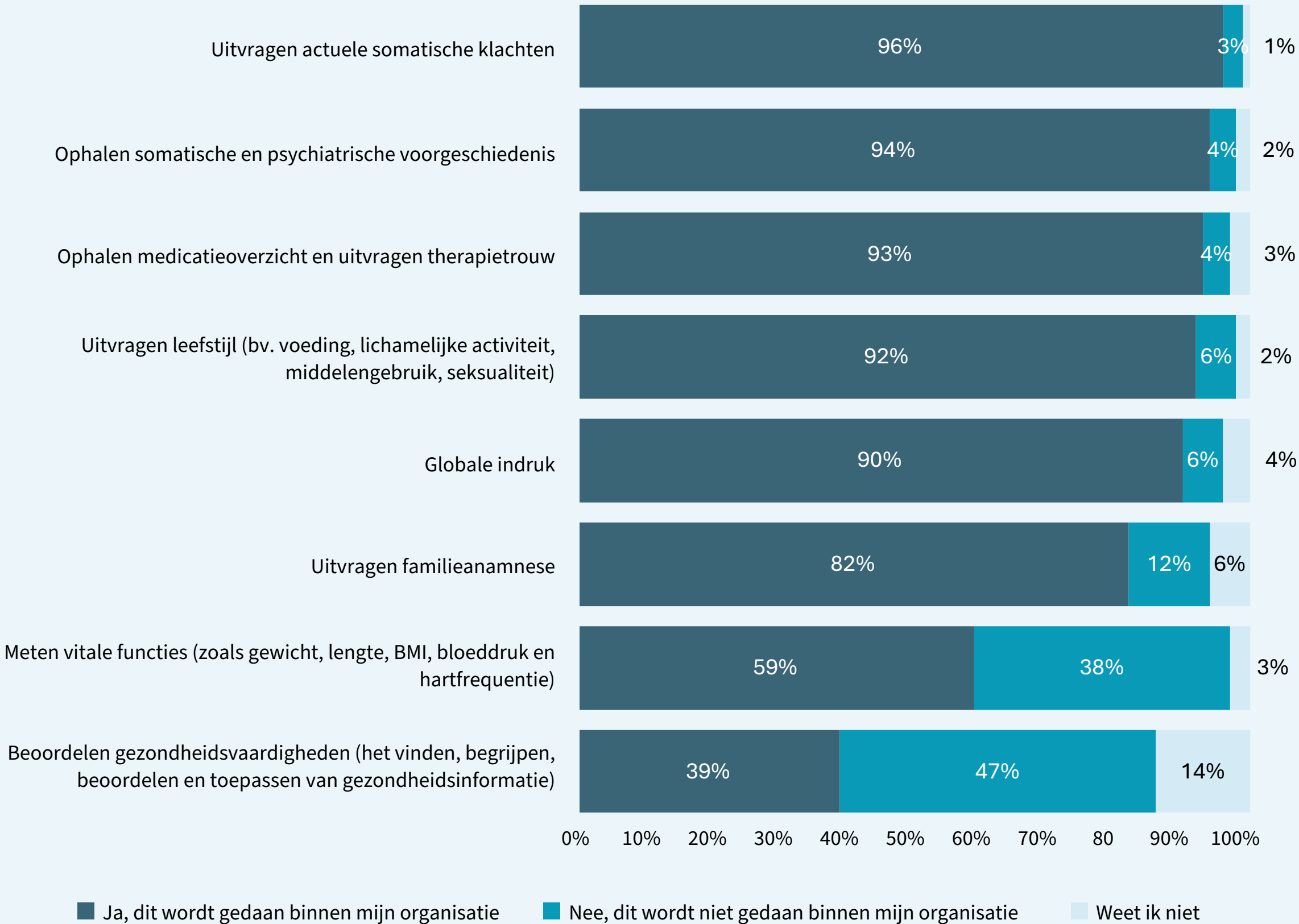
88% van de zorgprofessionals is van mening dat een somatische basisscreening een vast onderdeel is – of zou moeten zijn – van de GGZ. Dit geldt zowel voor zorgprofessionals in de generalistische GGZ als in de specialistische GGZ. Deze basisscreening wordt door 83% ook als noodzakelijk gezien bij (jonge) patiënten die ogenschijnlijk gezond lijken.

Meeste onderdelen somatische basisscreening worden door de meeste organisaties uitgevoerd

Een somatische basisscreening bestaat uit diverse onderdelen, zoals het uitvragen van lichamelijke klachten, leefstijl en mogelijke gevolgen van medicatiegebruik, maar ook het meten van vitale functies zoals de bloeddruk. De resultaten laten zien dat de meeste onderdelen van een somatische basisscreening wel worden besproken of gemeten binnen de GGZ (zie Figuur 2). Het meten van vitale functies en gezondheidsvaardigheden wordt minder vaak gedaan in de somatische basisscreening.

Er zijn op enkele onderdelen verschillen zichtbaar tussen de generalistische en specialistische GGZ, met name voor het afnemen van de familieanamnese (respectievelijk 67% en 88%) en meten van vitale functies (respectievelijk 24% en 67%).

Figuur 2 - Onderdelen van een somatische basisscreening die worden besproken, opgehaald of gemeten binnen de organisaties van de zorgprofessionals (n = 604)



**Aanvullende interviews**

In de verdiepende interviews met de zes zorgprofessionals is specifiek gevraagd naar hun ervaringen met het uitvragen van gezondheidsvaardigheden – het minst frequent uitgevraagde onderdeel in de somatische basisscreening. Zorgprofessionals geven aan dat er in de praktijk vaak vanuit wordt gegaan dat patiënten over voldoende gezondheidsvaardigheden beschikken, of wordt op basis van gesprekken en observaties door henzelf een inschatting gemaakt van de gezondheidsvaardigheden. Als een patiënt bijvoorbeeld zichtbaar overgewicht heeft, wordt het onderwerp bespreekbaar gemaakt en meegenomen in de behandeling. Enkele zorgprofessionals maken wel gebruik van hulpmiddelen, zoals vaardigheidslijstjes of het Spinnenweb Positieve Gezondheid van Machteld Huber. Tegelijkertijd wordt benoemd dat het uitvragen van gezondheidsvaardigheden bij bepaalde doelgroepen complex kan zijn. Bijvoorbeeld in de verslavingszorg is de ervaring dat patiënten niet altijd open zijn over hun situatie of zorgbehoefte, wat het in kaart brengen van gezondheidsvaardigheden bemoeilijkt. Ook zorgmijdend gedrag speelt hierbij een rol.

**Medewerkers met verschillende functies spelen een rol bij een somatische basisscreening**

Het bespreken, ophalen of meten van de onderdelen van een somatische basisscreening wordt gedaan door medewerkers met verschillende functies, zoals psychiaters, andere medisch specialisten (bv. verslavingsarts of geriater), psychologen (basis, GZ of klinisch), verpleegkundig specialisten en/of verpleegkundigen.

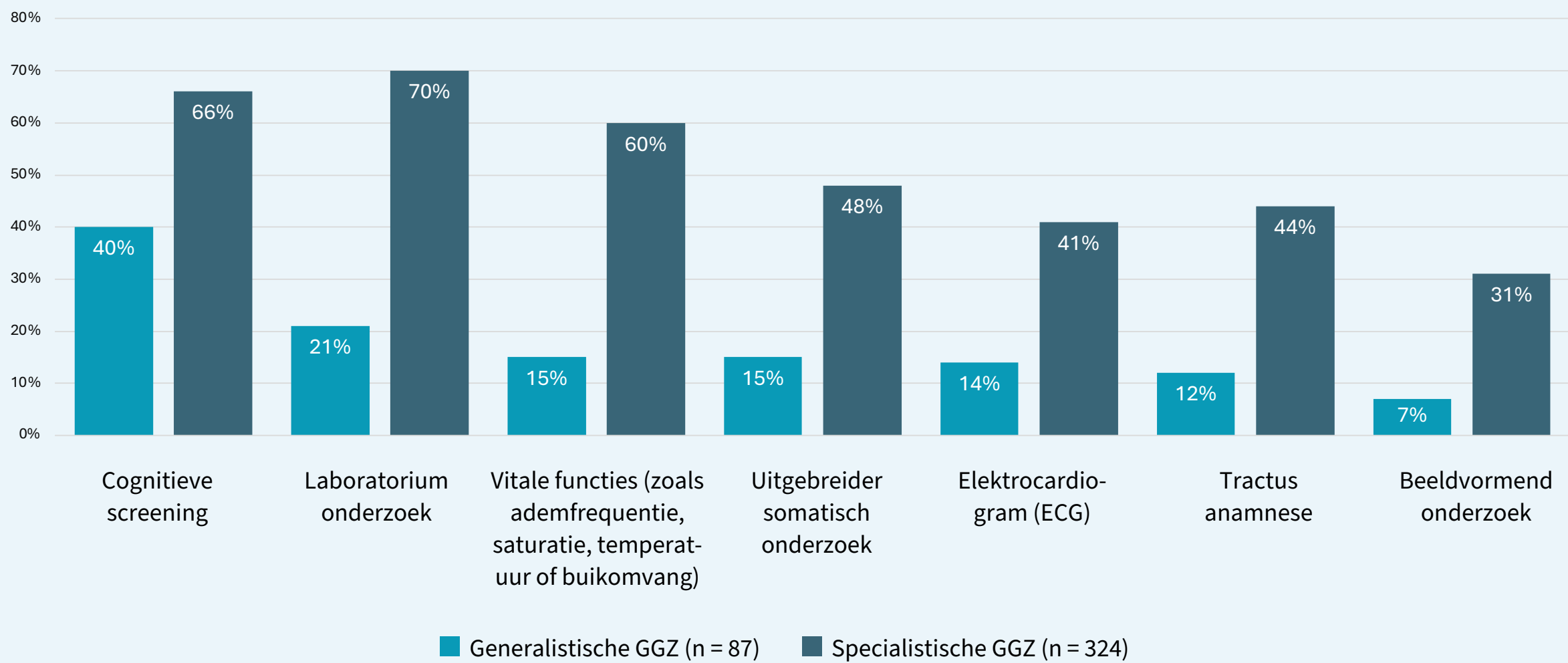
Bij de grote meerderheid van zorgprofessionals (86% of meer) worden de onderdelen op een vaste plek gerapporteerd of vastgelegd.

Somatische screening op indicatie

Figuur 3 geeft een overzicht van de onderdelen van een screening die op indicatie worden uitgevoerd. Alle onderdelen worden relatief vaker uitgevoerd in een klinische setting in vergelijking met (intensieve) ambulante behandeling/begeleiding.

De onderdelen van een somatische screening op indicatie worden doorgaans uitgevoerd door een psychiater of andere arts (zoals een verslavingsarts of geriater), een verpleegkundig specialist of een verpleegkundige. De cognitieve screening wordt voornamelijk uitgevoerd door een psycholoog. Wanneer een interventie niet binnen de eigen organisatie wordt uitgevoerd, geeft ruim driekwart (78%) van de zorgprofessionals aan dat patiënten hiervoor worden doorverwezen.

Figuur 3 - Interventies die als onderdeel van een somatische screening op indicatie worden uitgevoerd binnen de organisaties van de zorgprofessionals



Zorgmanagers over somatische screenings:  
uitvoering, knelpunten en beleid

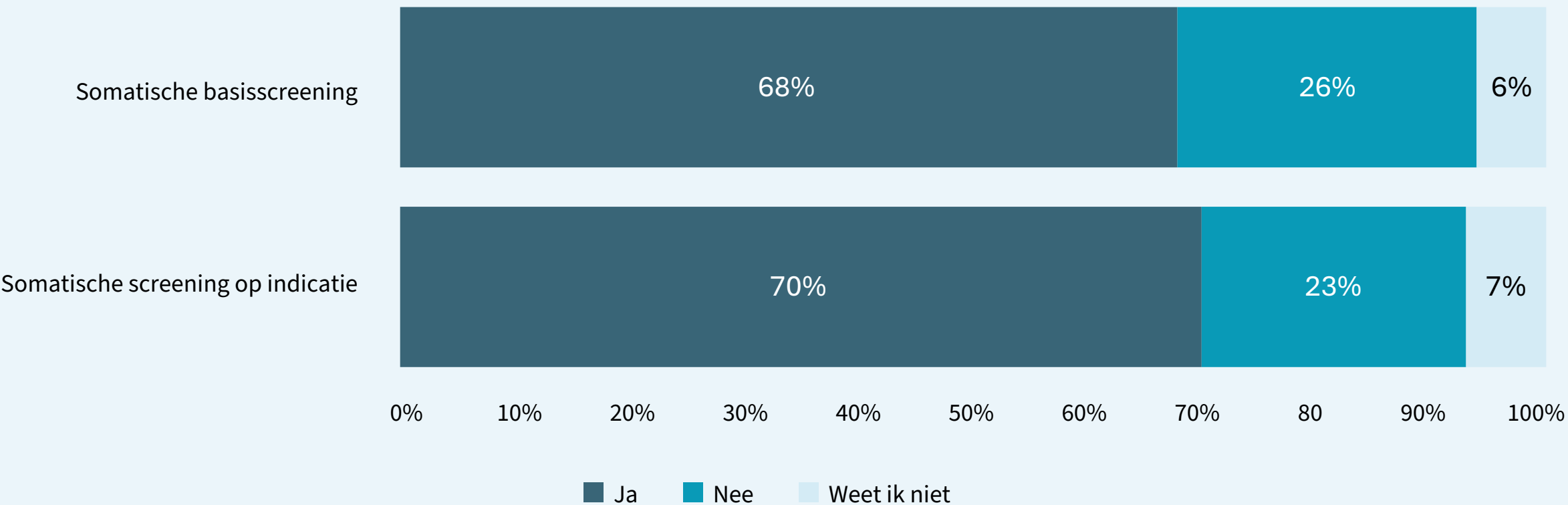
Ongeveer twee derde van de zorgmanagers geeft aan dat er binnen hun organisatie een somatische basisscreening (68%) en een somatische screening op indicatie (70%) worden uitgevoerd bij patiënten (zie Figuur 4). Bij beide vormen van screening gebeurt dit bij circa een kwart van de organisaties niet, vaak vanwege een gebrek aan personeel of omdat men geen klinische of behandelsetting heeft, zo geven de zorgmanagers aan.

Bij de helft van de zorgmanagers (53%) is er binnen de organisatie ook een screeningsinstrument beschikbaar in het elektronisch patiëntendossier (EPD). Een kwart (23%) van de zorgmanagers weet niet of dit het geval is.

Verder zijn er volgens driekwart (74%) van de zorgmanagers binnen de organisatie formeel afspraken vastgelegd over de uitvoering van somatische (basis)screenings, bijvoorbeeld in beleidsplannen, protocollen of werkprocessen.

Bij 7% zijn dergelijke afspraken niet vastgelegd, en de rest weet niet of hier formele afspraken over zijn.

Figuur 4 - Mate waarin somatische screening wordt uitgevoerd binnen de organisatie van de zorgmanagers (n = 70)



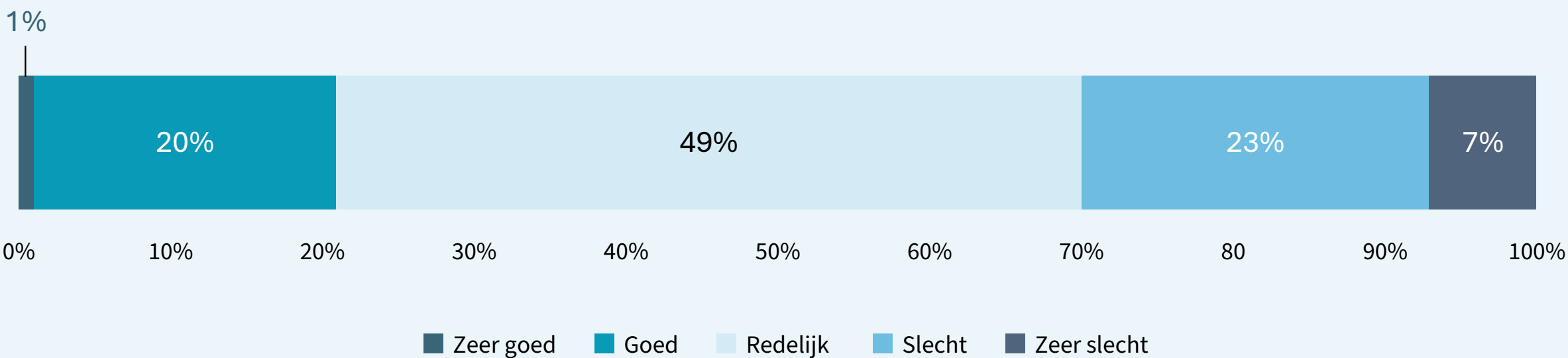
Lichamelijke klachten zijn veel voorkomend bij patiënten in de GGZ

Slechts 21% van de patiënten ervaart hun lichamelijke gezondheid over het algemeen als (zeer) goed (zie Figuur 5). Ongeveer de helft beoordeelt deze als redelijk, terwijl 30% hun lichamelijke gezondheid als (zeer) slecht beoordeelt. In de afgelopen maand had 39% van de patiënten lichamelijke klachten die hun dagelijkse activiteiten heel erg beïnvloeden. Bijna de helft (46%) ervoer klachten met een milde impact. Slechts 13% had in de afgelopen maand geen lichamelijke klachten die invloed hadden op hun dagelijkse activiteiten.

Patiënten: lichamelijke gezondheid heeft invloed op psychische klachten

Patiënten is ook gevraagd of hun lichamelijke klachten te maken hebben met hun psychische klachten. 80% van de patiënten geeft aan dat hun lichamelijke gezondheid veel of enige invloed heeft op hun psychische klachten. Zij noemen bijvoorbeeld dat een verminderde lichamelijke fitheid gepaard gaat met een toename van sombere gedachten, en dat voldoende lichaamsbeweging de behoefte aan alcohol vermindert. Daarnaast worden pijn en vermoeidheid vaak genoemd als oorzaken van piekergedachten, depressieve klachten, gevoelens van wanhoop en een gebrek aan perspectief.

Figuur 5 - Beoordeling van lichamelijke gezondheid door patiënten (n = 275)



## 4. Toepassing kernaanbevelingen zorgstandaard Somatische screening

In de zorgstandaard Somatische screening staan [acht kernaanbevelingen](#). Figuur 6 (zie volgende pagina) toont het gebruik van deze kernaanbevelingen door zorgprofessionals voor wie deze relevant zijn in hun werk/functie. Een groot gedeelte van de zorgprofessionals geeft aan dat zij in de praktijk (grotendeels) volgens kernaanbevelingen 1, 5 en 8 werken (67-82%). De kernaanbevelingen 2, 3, 4, 6 en 7 worden minder vaak toegepast (47-59%), maar het draagvlak voor alle kernaanbevelingen is groot: bijna alle zorgprofessionals geven aan dat zij bereid zijn om deze (meer) te volgen.



Figuur 6 - Mate waarin zorgprofessionals werken volgens de kernaanbevelingen uit de zorgstandaard Somatische screening



Kernaanbevelingen uitgelicht

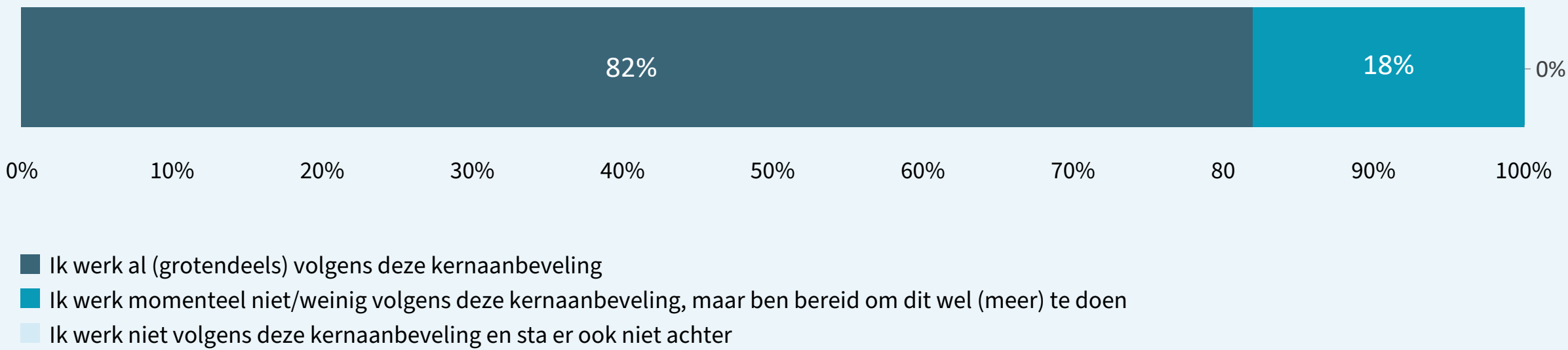
In deze sectie wordt dieper ingegaan op de toepassing van de afzonderlijke kernaanbevelingen door de zorgprofessionals. Hierbij worden de resultaten uit het onderzoek onder patiënten meegenomen.

Kernaanbeveling 1: Benader somatische, psychische en sociale factoren integraal, ze zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Een grote meerderheid van de zorgprofessionals (82%) geeft aan in de praktijk (grotendeels) te werken volgens deze kernaanbeveling (zie Figuur 7). 18% werkt op dit moment nog niet, of slechts in beperkte mate, volgens de kernaanbeveling, maar is wel bereid om dit (meer) te gaan doen. Op de vraag wat zij hiervoor nodig hebben, worden de volgende zaken genoemd:

- Meer kennis en (bij)scholing;
- Tijd en personele ondersteuning;
- Breder draagvlak en bewustwording binnen de organisatie;
- Duidelijke afspraken, richtlijnen en beleid;
- Meer aandacht voor deze factoren in het MDO;
- Een standaard format, hulpmiddel of tool om informatie systematisch uit te vragen en vast te leggen;
- Betere samenwerking en afstemming, zowel tussen collega’s als met ketenpartners.

Figuur 7 - Mate waarin zorgprofessionals volgens kernaanbeveling 1 werken (n = 586)



Patiënten waarderen integrale zorg, maar een kwart mist aandacht voor lichamelijke gezondheid

58% van de patiënten geeft aan dat er in hun behandeling veel of in enige mate aandacht is geweest voor hun lichamelijke gezondheid. Wanneer patiënten toelichten hoe die aandacht tot uiting kwam, noemen zij bijvoorbeeld het monitoren van gezondheidswaarden (zoals bloeddruk, gewicht en bloedonderzoek), bespreken van leefstijl en lichamelijke klachten, somatische screening en waar nodig doorverwijzing naar artsen of specialisten. Een grote meerderheid is positief over het feit dat hier aandacht voor was. Tegelijkertijd geeft ongeveer een kwart (27%) van de patiënten aan dat er géén aandacht was voor hun lichamelijke gezondheid, terwijl zij dit wel graag hadden gewild.

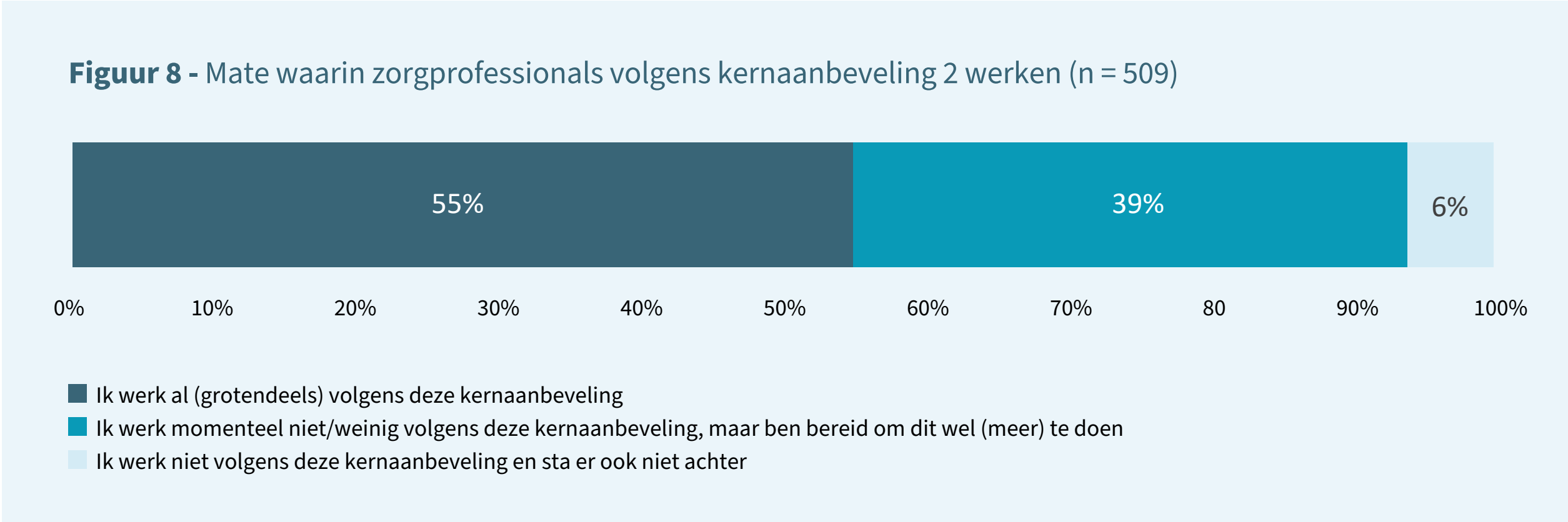
Zij benoemen de behoefte aan meer integrale en serieuze aandacht voor lichamelijke klachten, bijwerkingen van medicatie, ondersteuning bij leefstijl (zoals voeding, beweging en slaap), betere samenwerking tussen de GGZ en de somatische zorg en een holistische aanpak waarin lichaam en geest in samenhang worden bekeken.

97% van de patiënten vindt het belangrijk dat hun behandelaar naar hun psychische, lichamelijke en sociale welzijn als geheel kijkt.

**Kernaanbeveling 2: Voer bij alle patiënten in de GGZ minimaal 1 somatische basisscreening uit tijdens de diagnostiek. De frequentie van herhaling hangt af van een aantal factoren, maar is minimaal jaarlijks. Wanneer nodig wordt screening op indicatie toegevoegd.**

Iets meer dan de helft van de zorgprofessionals (55%) geeft aan (grotendeels) te werken volgens deze kernaanbeveling (zie Figuur 8), wat betekent dat ze minimaal jaarlijks een somatische basisscreening uitvoeren. Dit gebeurt bij het grootste deel van de patiënten (22% van de zorgprofessionals doet een somatische basisscreening bij álle patiënten). Wanneer een somatische basisscreening niet standaard bij alle patiënten plaatsvindt, wordt de beslissing hierover vooral genomen op basis van de aanwezigheid van een indicatie (zoals actuele klachten, hulpvraag, voorgeschiedenis, medicatiegebruik, etc.), de bereidheid van de patiënt en/of beschikbare gegevens uit een recente meting.

Bij 35% van deze zorgprofessionals die (grotendeels) volgens deze kernaanbeveling werken, wordt de somatische screening vervolgens jaarlijks herhaald, terwijl 45% aangeeft dit alleen te doen wanneer daar aanleiding toe is.



**De helft van de zorgprofessionals gebruikt een gestandaardiseerd instrument voor somatische gezondheid**

Bij de helft (50%) van de zorgprofessionals die volgens deze kernaanbeveling werken, wordt een gestandaardiseerd meetinstrument of vragenlijst ingezet binnen de organisatie om de somatische gezondheid van patiënten in kaart te brengen. De meest genoemde zijn de Somatische mini Screen (SmS) en de Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Daarnaast worden er verschillende andere instrumenten en vragenlijsten gebruikt, maar ook zelfontwikkelde varianten. Bij 30% van deze zorgprofessionals wordt géén gestandaardiseerd meetinstrument of vragenlijst gebruikt, en 20% weet niet of dit binnen hun organisatie gebeurt.

**Wat is er nodig om meer volgens de kernaanbeveling te werken?**

39% van de zorgprofessionals werkt momenteel niet of weinig volgens deze kernaanbeveling, maar is wel bereid om dit (meer) te gaan doen. Wat hier volgens hen voor nodig is:

- Voldoende tijd en personeel;
- Scholing;
- Duidelijke protocollen;
- Structurele inbedding in het zorgproces;
- Samenwerking met huisartsen en andere ketenpartners;
- Digitale ondersteuning (zoals reminders en integratie in het EPD).

6% van de zorgprofessionals geeft aan niet volgens deze kernaanbeveling te werken, omdat zij er inhoudelijk niet achter staan. Zij geven aan dat een somatische basisscreening niet altijd nodig is en alleen op indicatie toegepast zou moeten worden. Ook wordt door zorgprofessionals gezegd dat het buiten hun expertise of taak valt (hoort thuis bij de huisarts) en leidt tot extra werkdruk en te veel medicaliseren.

#### Aanvullende interviews

In verdiepende interviews met vijf zorgmanagers kwamen verschillende knelpunten naar voren met betrekking tot het uitvoeren van een somatische basisscreening:

- **Onvoldoende kennis en handelingsverlegenheid bij zorgprofessionals.**  
Zorgprofessionals, inclusief artsen, beschikken niet altijd over voldoende kennis of ervaring en voelen zich regelmatig handelingsverlegen. Het is hen vaak niet duidelijk welke vragen zij mogen stellen, wat leidt tot terughoudendheid in het uitvoeren van de screening.

- **Beperkte beschikbaarheid en informatie vanuit de huisarts.**  
De huisarts is vaak moeilijk bereikbaar en de informatie die bij doorverwijzing wordt meegegeven, is beperkt. Het zou helpend zijn als de huisarts standaard een beknopte samenvatting van de (relevante) lichamelijke gezondheidssituatie van de patiënt toevoegt aan de verwijzing.
- **Tijdsinvestering en risico op het niet uitvoeren van beleid.**

Het borgen van nieuwe afspraken en beleid rondom somatische screening kost veel tijd. Wanneer de zorgmanager de regie loslaat, ontstaat er een risico op verwatering. Somatiek wordt door zorgprofessionals vaak niet als prioriteit gezien binnen de behandeling en eerder ervaren als iets ‘extra’s’. Tevens hangt een hogere tijdsinvestering ook samen met een hogere kosten per patiënt: één manager vertelt dat dit als belemmering wordt ervaren bij het aanbieden van interventies waarbij niet gelijk een meetbaar effect is vast te stellen.

- **Beperkte motivatie bij patiënten.**  
Patiënten zijn niet altijd gemotiveerd om actief met hun lichamelijke gezondheid aan de slag te gaan. Een klassiek voorbeeld is de diabetespatiënt die zich niet aan het dieet houdt, met verhoogde stress

en psychische klachten tot gevolg. Het is dus van belang om de somatische basisscreening meer te gaan zien als een gesprek over gezondheid en dit op een interactieve, aansluitende manier aan te pakken.

#### Positieve uitzondering

Een van de zorgmanagers ervaart juist geen problemen met de uitvoering van de basisscreening. Binnen haar organisatie is de screening volledig geïntegreerd in het klinisch (groeps)programma. Doordat patiënten vooraf weten wat hen te wachten staat, lijkt er minder weerstand te zijn dan wanneer dit ad hoc tijdens de behandeling wordt aangeboden. Een belemmering die wél wordt ervaren, is de financiering van aanvullende ondersteuning, zoals sportcoaches. Deze vallen namelijk niet onder de erkende beroepen, waardoor vergoeding vaak ontbreekt.

Patiënten: Een derde heeft een somatische basisscreening gehad

33% van de patiënten geeft aan dat er tijdens hun behandeling een onderzoek heeft plaatsgevonden om te beoordelen of hun lichaam gezond is en of zij een verhoogd risico hebben op ziektes. 59% zegt dat dit niet is gebeurd en 7% weet het niet.

88% van de patiënten vindt het belangrijk dat tijdens hun behandeling minimaal één keer per jaar wordt onderzocht of hun lichamelijke gezondheid in orde is.

Aanvullende interviews

In de verdiepende interviews met zes zorgprofessionals is ook ingegaan op de discrepantie tussen de ervaringen van zorgprofessionals en patiënten met betrekking tot de frequentie waarmee een somatische basisscreening wordt uitgevoerd. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat vooral zorgprofessionals met affiniteit met somatische screening de vragenlijst hebben ingevuld. Dit kan ertoe leiden dat de resultaten van de vragenlijst een positiever beeld geven dan in werkelijkheid het geval is.

Daarnaast kan het zijn dat patiënten zich niet altijd bewust zijn van de onderdelen van een somatische screening. Hoewel in de vragenlijst aan patiënten is uitgelegd wat onder lichamelijke klachten en lichamelijk onderzoek wordt verstaan, herkennen zij

onderdelen als een familieanamnese, globale indruk of het uitvragen van gezondheidsvaardigheden mogelijk niet als zodanig. Zorgprofessionals geven aan dat zij tijdens de intake vaak wel een vragenlijst of checklist gebruiken, maar dat de termen ‘somatische screening’ of ‘lichamelijk onderzoek’ daarbij meestal niet expliciet worden benoemd. Bovendien worden de uitkomsten van deze onderdelen lang niet altijd afzonderlijk besproken of teruggekoppeld aan de patiënt.

Overigens worden de resultaten van een somatische screening doorgaans wel vastgelegd in het patiëntendossier, dat voor patiënten toegankelijk is. Tegelijkertijd geven zorgprofessionals aan dat zij niet goed weten in hoeverre patiënten hier daadwerkelijk in kijken.

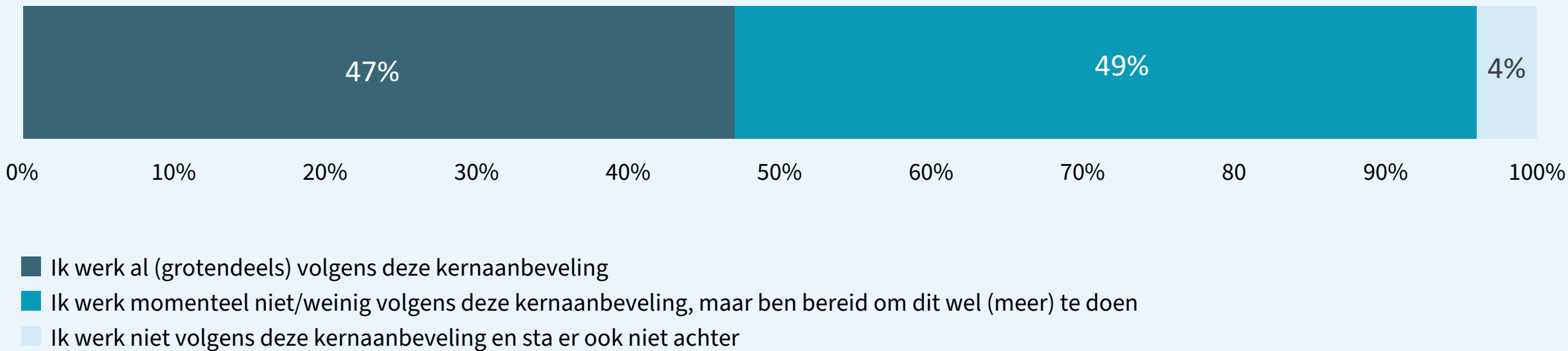
Kernaanbeveling 3: Integreer en evalueer de (uitkomsten van de) somatische screening in het behandelplan en de behandel- en hersteldoelen.

Deze kernaanbeveling wordt relatief het minst toegepast door zorgprofessionals; iets minder dan de helft (47%) geeft aan momenteel (grotendeels) volgens deze aanbeveling te werken (zie Figuur 9). Binnen deze groep wordt bij ongeveer een derde (36%) van de zorgprofessionals de somatische screening bij alle patiënten geïntegreerd en geëvalueerd in het behandelplan en -doelen. Bij een kwart (23%) gebeurt dit bij de helft of slechts een klein deel van de patiënten, of is het onbekend in hoeverre dit plaatsvindt.

Op de vraag hoe zorgprofessionals dit in de praktijk doorgaans aanpakken, worden de volgende zaken genoemd:

- Uitkomsten worden besproken tijdens multidisciplinair overleg en afgestemd met collega's en/of de huisarts.
- Leefstijl- of hersteldoelen (bv. op het gebied van bewegen, voeding of slaap) worden opgesteld op basis van de bevindingen.
- De doelen worden in overleg met de patiënt geformuleerd en afgestemd op diens motivatie en mogelijkheden.

Figuur 9 - Mate waarin zorgprofessionals volgens kernaanbeveling 3 werken (n = 538)



- Doelen worden periodiek geëvalueerd en bijgesteld indien nodig.
- Bij medische aandachtspunten vindt doorverwijzing plaats naar huisarts of andere relevante zorgverleners.

**Aanvullende interviews**

In de verdiepende interviews met zes zorgprofessionals is ook gevraagd hoe de resultaten van een somatische screening worden geïntegreerd in het behandelplan. Uit de antwoorden blijkt dat wanneer er specifieke bevindingen uit de screening naar voren komen, hier in principe een behandeldoel en bijpassende interventie aan gekoppeld kunnen worden. In de praktijk gebeurt dit echter nog weinig. Sommige zorgprofessionals geven aan dat hun behandelplan wel een specifiek onderdeel bevat, zoals ‘gezondheidsrisico’s’. Tegelijkertijd geven anderen aan dat somatische screening – net als leefstijl – beter verankerd zou moeten worden in het behandelplan, bijvoorbeeld door deze expliciet te koppelen aan concrete behandeldoelen. Ook wordt in de interviews genoemd dat er behoefte is aan meer kennis op dit gebied.

**Wat is er nodig om meer volgens de kernaanbeveling te werken?**

De helft (49%) van de zorgprofessionals werkt momenteel niet of weinig volgens deze kernaanbeveling, maar is wel bereid om dit meer te gaan doen. Zij geven aan behoefte te hebben aan:

- Meer tijd;
- Kennis en scholing;
- Duidelijke protocollen;
- Aandacht/bewustwording;
- Structurele inbedding in het behandelplan en EPD;
- Organisatiebreed beleid;
- Betere samenwerking met collega’s en huisartsen om de resultaten van somatische screening effectief te integreren in behandeling en hersteldoelen.

4% van de zorgprofessionals werkt niet volgens de kernaanbeveling, omdat zij er inhoudelijk niet achter staan. Zij vinden dit geen kerntaak van de GGZ en wijzen op gebrek aan tijd en medische expertise (“Schoenmaker, blijf bij je leest”).

**Patiënten: Een derde mist de integratie van somatische screening in hun behandelplan**

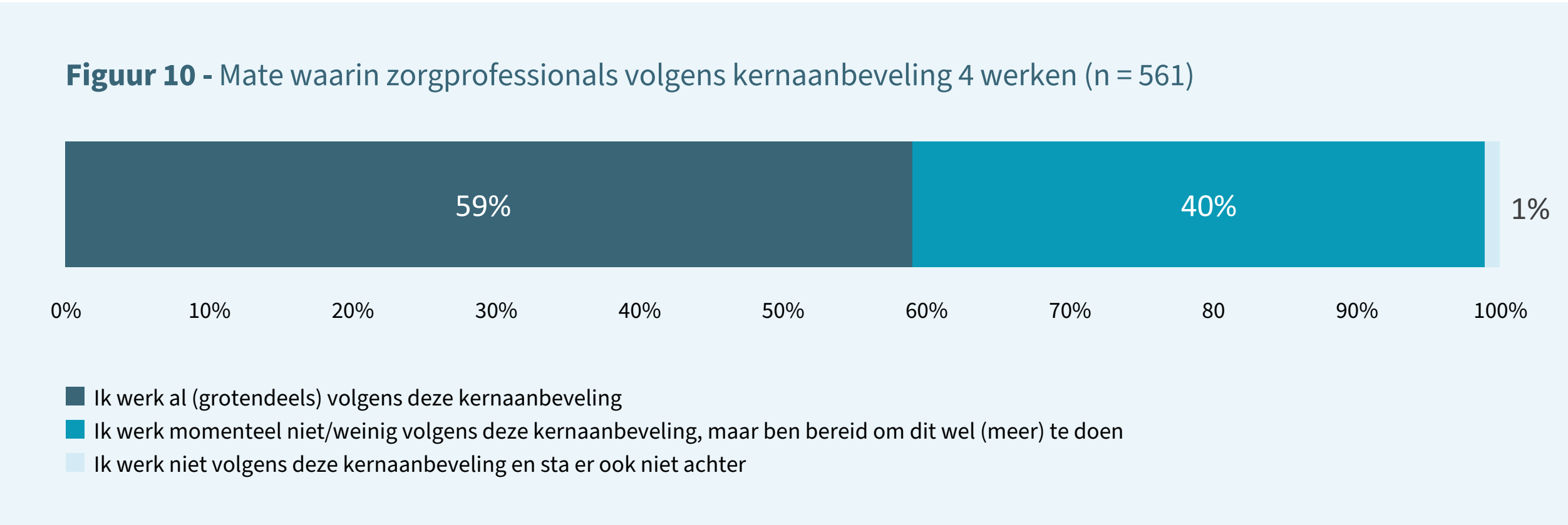
In de praktijk geeft 39% van de patiënten aan dat de resultaten van hun somatische screening zijn geïntegreerd in hun behandelplan en -doelen. Bij 31% gebeurde dit niet, terwijl zij dit wel graag hadden gewild.

90% van de patiënten vindt het belangrijk dat de resultaten van hun lichamelijke onderzoek worden meegenomen in hun behandelplan en -doelen; 7% vindt dit niet belangrijk.

**Kernaanbeveling 4: Wees extra alert bij de in de zorgstandaard genoemde patiënten met verhoogd risico op somatische klachten en aandoeningen. (Bv. sekse en levensfase, lage sociaaleconomische status, lage gezondheidsvaardigheden en zorgmijden, etniciteit en migratieachtergrond, (licht) verstandelijke beperking, stoornis in gebruik van middelen, complexiteit door chronische lichamelijke aandoeningen en polyfarmacie of ernstige psychische aandoeningen en gebruik van psychofarmaca).**

Van de zorgprofessionals geeft 59% aan (grotendeels) te werken volgens deze kernaanbeveling (zie Figuur 10). Op de vraag *hoe* zij extra aandacht besteden aan patiënten met kenmerken die wijzen op een verhoogd risico op somatische klachten en aandoeningen, noemen zij onder meer:

- Regelmatig overleg met psychiater, arts, verpleegkundig specialist en POH-GGZ of POH-somatiek om risico's te signaleren en acties af te stemmen;
- Samenwerking/overleg met huisarts/POH-somatiek of doorverwijzing voor aanvullende diagnostiek bij beperkte mogelijkheden binnen de eigen organisatie;



- Alertheid tijdens intake/anamnese om risico’s vroegtijdig te signaleren, onder andere door gerichte vragen te stellen over gezondheid, familiegeschiedenis, medicatie en leefstijl;
- Regelmatige somatische screening en medische controles zoals bloedonderzoek, bloeddrukmetingen en BMI-berekeningen;
- Bespreekbaar maken bij de patiënt, psycho-educatie en bewustmaken van gezondheidsrisico’s;
- In enkele gevallen is iemand aangewezen die verantwoordelijk is voor de signalering en opvolging van somatische risico’s, zoals een aandachtsfunctionaris somatiek of verpleegkundig specialist.

**Wat is er nodig om meer volgens de kernaanbeveling te werken?**

40% van de zorgprofessionals werkt op dit moment niet of weinig volgens deze kernaanbeveling, maar is wel bereid om dit (meer) te gaan doen. Wat zij hiervoor nodig hebben is vooral:

- Meer kennis;
- Bewustwording en alertheid;
- Meer overleg/samenwerking tussen zorgverleners.

91% van de patiënten vindt het belangrijk dat hun GGZ-behandelaar extra aandacht heeft voor hun lichamelijke gezondheid als zij een grotere kans hebben op een lichamelijke ziekte.

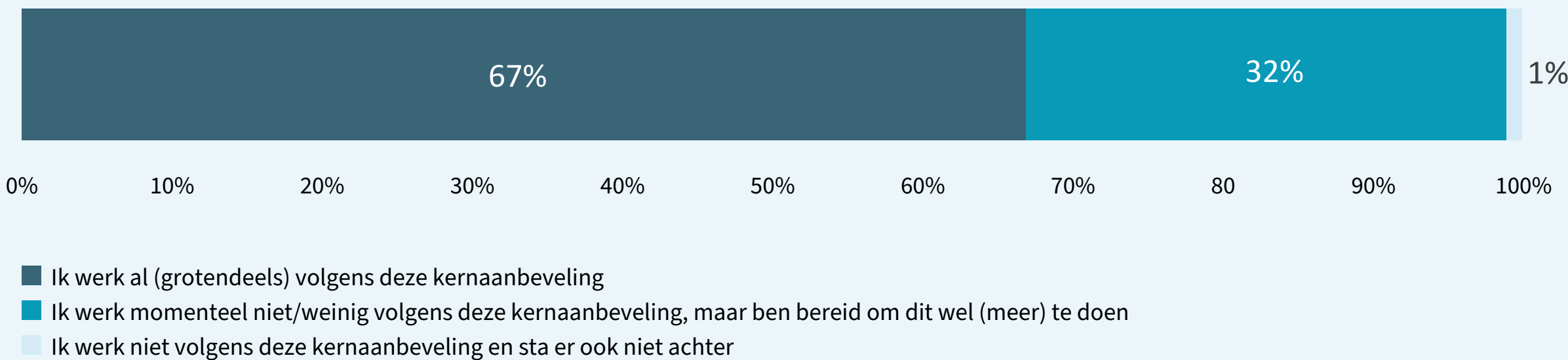
**Kernaanbeveling 5: Stem verantwoordelijkheden  
zowel intern af als met de huisarts en andere  
partners in de zorgketen van de patiënt en zorg  
voor een goede informatieoverdracht.**

Twee derde van de zorgprofessionals (67%) geeft aan (grotendeels) te werken volgens deze kernaanbeveling (zie Figuur 11). In de praktijk gebeurt dit vooral via schriftelijke communicatie, zoals brieven of e-mails en via telefonisch overleg, met name wanneer er sprake is van afwijkende bevindingen of acute situaties. Daarnaast worden multidisciplinaire overleggen ingezet om verantwoordelijkheden af te stemmen en dossiers gezamenlijk te bespreken. Digitale systemen, zoals het EPD of zorgportalen, ondersteunen de informatie-uitwisseling van rapportages.

**Wat is er nodig om meer volgens de kernaanbeveling te werken?**

Ongeveer een derde (32%) werkt momenteel niet of weinig volgens kernaanbeveling 5, maar is wel bereid om dit (meer) te gaan doen. Zorgprofessionals benadrukken het belang van duidelijke rolverdeling, goede samenwerking met huisartsen en structurele communicatie (schriftelijk of telefonisch), maar ervaren belemmeringen zoals beperkte tijd, privacywetgeving, financiering van overlegmomenten en bereikbaarheid van ketenpartners.

**Figuur 11** - Mate waarin zorgprofessionals volgens kernaanbeveling 5 werken (n = 568)



Er is behoefte aan:

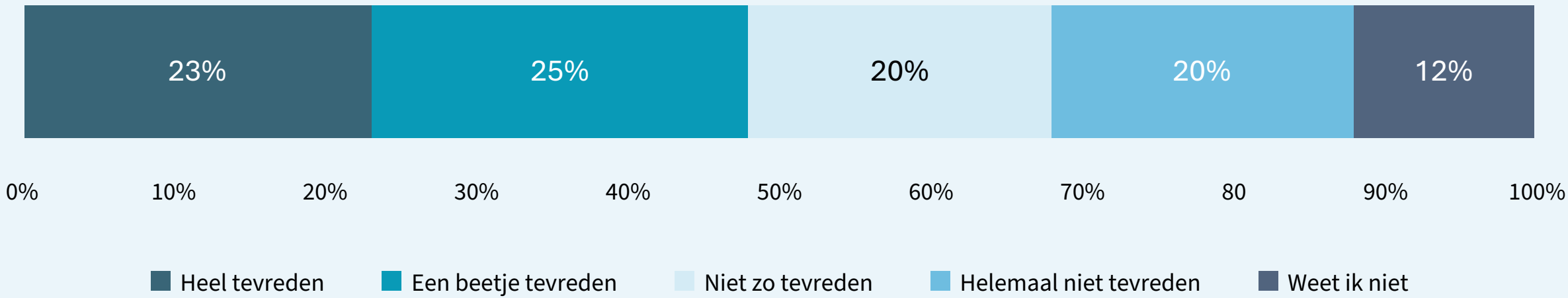
- Meer tijd;
- Kennis;
- Ondersteuning;
- Standaardisatie (bv. vast format of overdrachtsinstrument);
- Gezamenlijke verantwoordelijkheid en afspraken binnen de keten.

95% van de patiënten vindt het belangrijk dat hun behandelaar goed samenwerkt met de huisarts en andere betrokken zorgverleners, en dat zij elkaar goed op de hoogte houden.

Patiënten: Helft is tevreden over samenwerking tussen zorgverleners

48% van de patiënten is tevreden over de samenwerking tussen hun behandelaar, huisarts en andere zorgverleners (zie Figuur 12). Daarentegen is 40% niet zo tevreden of helemaal niet tevreden.

Figuur 12 - Hoe tevreden ben je als patiënt over de samenwerking tussen jouw behandelaar, huisarts en andere zorgverleners? (n = 276)



Aanvullende interviews

In de verdiepende interviews met zes zorgprofessionals komt naar voren dat zij in de meeste gevallen wel goed inschatten of vervolgacties nodig zijn na een somatische basisscreening. Dit wordt doorgaans beoordeeld op basis van geldende standaarden of beoordeeld door een arts of verpleegkundig specialist. Bij twijfel wordt de situatie altijd verder opgepakt, zodat noodzakelijke zorg niet wordt gemist.

De belangrijke rol van de huisarts komt in de gesprekken regelmatig naar voren. Bijvoorbeeld binnen poliklinische settingen worden patiënten na een somatische basisscreening standaard doorverwezen naar de huisarts voor eventuele vervolgstappen of benodigde interventies. In sommige gevallen neemt de zorgprofessional zelf contact op met de huisarts voor overleg, maar meestal worden patiënten geadviseerd om zelf een afspraak te maken. Het is echter vaak onbekend of patiënten dit advies ook opvolgen.

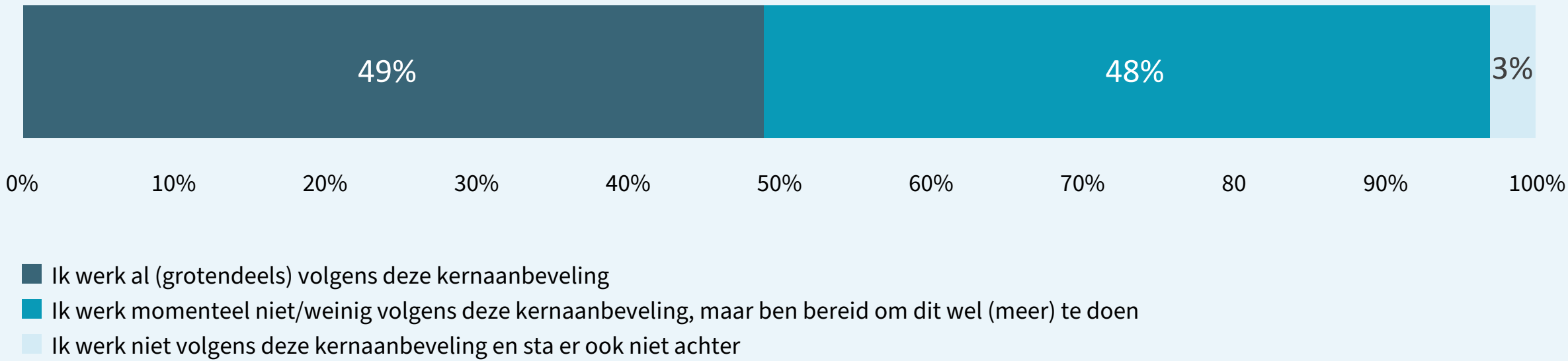
Kernaanbeveling 6: Zorg voor voldoende bekwaamheid op het gebied van somatische screening en somatiek bij betrokken zorgverleners.

Ongeveer de helft van de zorgprofessionals (49%) werkt in de praktijk al (grotendeels) volgens deze kernaanbeveling (zie Figuur 13). Zij houden hun kennis over somatische screening en somatiek onder andere op peil via bij- en nascholing, (vak)literatuur, collegiaal overleg, e-learning, klinische lessen en intervisie.

Wat is er nodig om meer volgens de kernaanbeveling te werken?

- Een even groot deel van de zorgprofessionals (48%) werkt op dit moment nog niet of slechts weinig volgens deze kernaanbeveling, maar staat wel open om dit in de toekomst (meer) te gaan doen. Om dit mogelijk te maken, geven zij aan behoefte te hebben aan:
- Gerichte en toegankelijke scholing over somatische screening en somatiek (afgestemd op hun functie);
  - Duidelijk beleid en sturing vanuit het management;
  - Voldoende tijd;
  - Personele capaciteit;
  - Praktische ondersteuning zoals richtlijnen, standaardvragenlijsten en formats;
  - Interdisciplinaire samenwerking en kennisdeling binnen teams.

Figuur 13 - Mate waarin zorgprofessionals volgens kernaanbeveling 6 werken (n = 515)



Zorgmanagers geven aan te zorgen voor bekwaamheid van hun zorgprofessionals door het aanbieden van scholing, training, coaching, toetsing, evaluatie en het creëren van ruimte voor professionele ontwikkeling. Er wordt echter ook door een deel van de zorgmanagers gezegd dat dit geborgd is wanneer de opleiding op orde is en dat het de eigen verantwoordelijkheid is van de zorgprofessionals om hun kennis up-to-date te houden.

92% van de patiënten vindt het belangrijk dat hun zorgverleners voldoende kennis hebben over lichamelijk onderzoek en lichamelijke klachten.

Kernaanbeveling 7: Analyseer de mogelijkheden van de patiënt en diens naasten en versterk hun rol in somatisch (zelf)management.

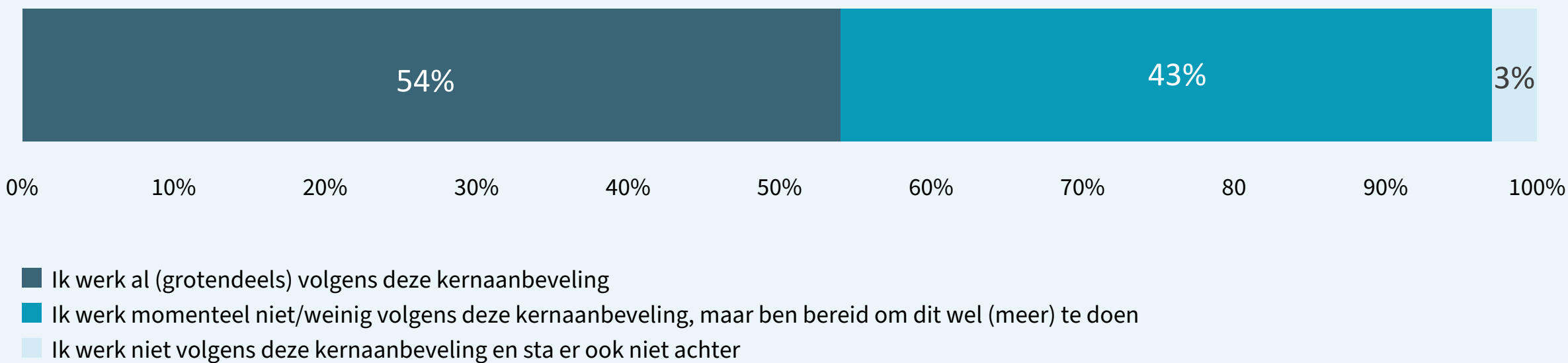
Iets meer dan de helft van de zorgprofessionals (54%) past deze kernaanbeveling in de praktijk (grotendeels) toe (zie Figuur 14). Het delen van resultaten van de somatische basisscreening met naasten - met toestemming van de patiënt - gebeurt bij 35% van de zorgprofessionals bij alle of het grootste deel van de patiënten.

Wat is er nodig om meer volgens de kernaanbeveling te werken?

43% van de zorgprofessionals werkt momenteel niet of weinig volgens deze kernaanbeveling, maar is wel bereid om dit (meer) te gaan doen. Zorgprofessionals geven aan vooral behoefte te hebben aan:

- Meer tijd en ruimte in het behandelproces;
- Kennis;
- Aandacht/bewustzijn;
- Duidelijke richtlijnen;
- Organisatorische inbedding om naasten structureel te kunnen betrekken en somatisch zelfmanagement te ondersteunen;
- Praktische tools/handvatten;
- Multidisciplinaire samenwerking en afstemming;

Figuur 14 - Mate waarin zorgprofessionals volgens kernaanbeveling 7 werken (n = 555)



- Een cultuur waarin het stimuleren van eigen regie en netwerkbetrokkenheid vanzelfsprekender wordt.

94% van de patiënten vindt het belangrijk dat er wordt gekeken wat zij zelf kunnen doen om hun lichamelijke gezondheid te verbeteren.

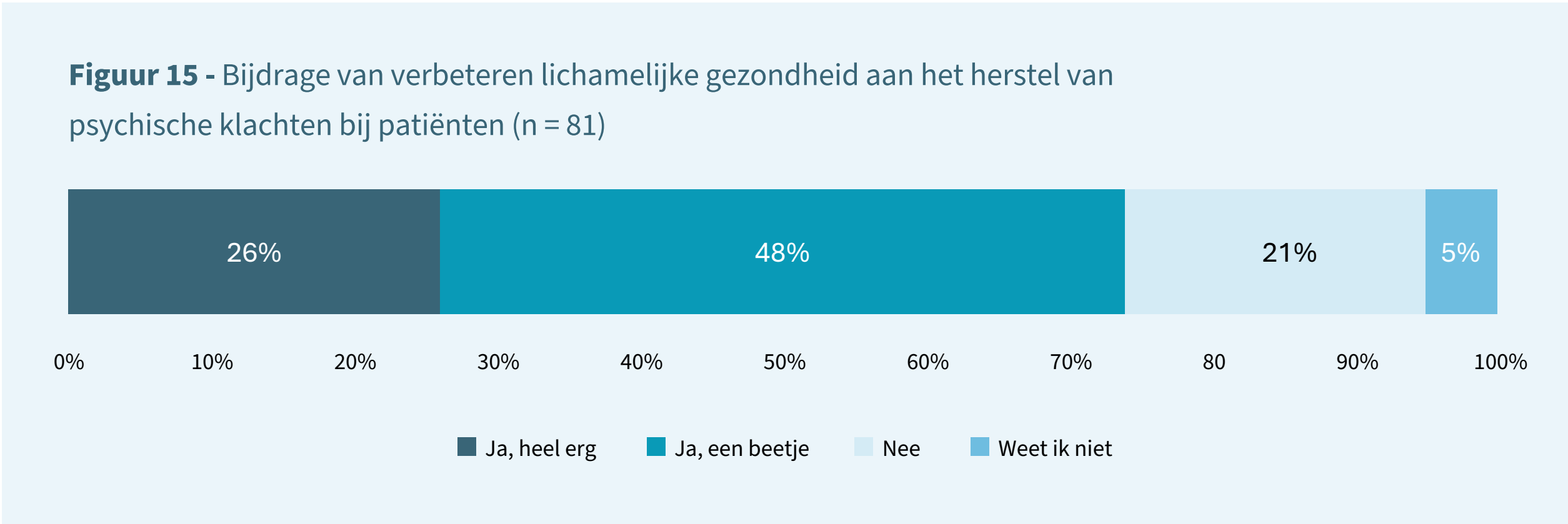
**Patiënten: Hulp bij lichamelijke gezondheid heeft bij driekwart positieve impact op psychische klachten**

Bij de helft van de patiënten (50%) heeft de behandelaar heel goed of een beetje geholpen om hun lichamelijke gezondheid te verbeteren. Bijvoorbeeld door het onderwerp bespreekbaar te maken, psycho-educatie of praktische tips te geven of door hen te motiveren tot gedragsverandering, zoals sporten of een bezoek aan een diëtist. Driekwart van de patiënten (74%) heeft het idee dat het verbeteren van hun lichamelijke gezondheid ook een beetje of heel erg heeft bijgedragen aan het herstel van hun psychische klachten (zie Figuur 15).

Een kwart van de patiënten (24%) geeft aan dat hun behandelaar hen niet heeft geholpen om hun lichamelijke gezondheid te verbeteren, terwijl zij daar wel behoefte aan hadden. Zij benoemen vooral een gemis aan ondersteuning op het gebied van gezonde voeding en lichaamsbeweging/sporten.

**Patiënten: Een derde wil geen naasten betrekken**

Voor 61% van de patiënten is het belangrijk om naasten te betrekken bij het verbeteren van hun lichamelijke gezondheid (26% vindt dit belangrijk, 35% vindt het een beetje belangrijk).



Van de patiënten die hulp kregen van hun behandelaar bij hun lichamelijke gezondheid, werd bij 29% een naaste betrokken. Bij 59% gebeurde dit niet, en deze patiënten gaven aan daar op dat moment ook geen behoefte aan te hebben.

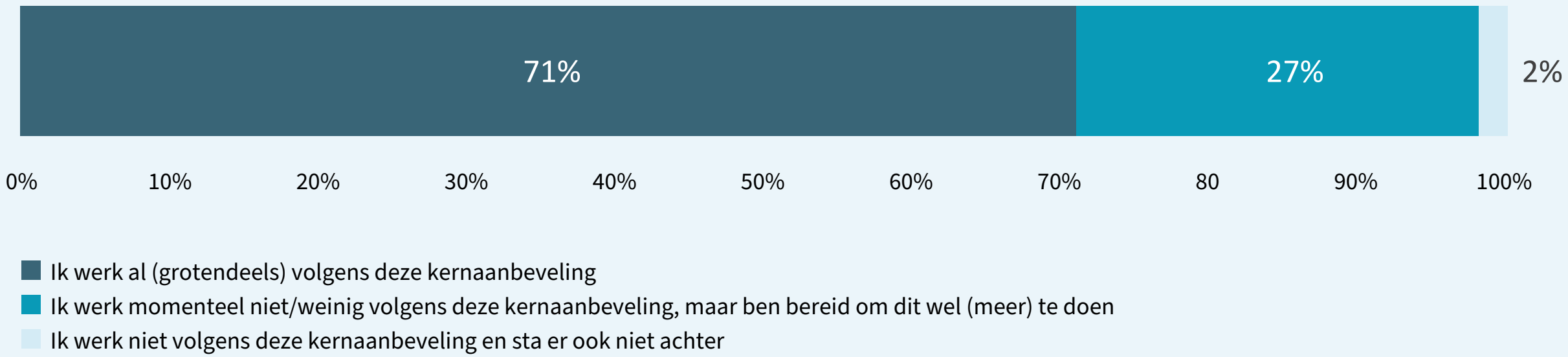
Kernaanbeveling 8: Zet vervolgenterventies in wanneer de uitkomsten van een somatische screening hiertoe aanleiding geven.

De laatste kernaanbeveling van de zorgstandaard Somatische screening gaat over vervolgenterventies. Op dit moment werkt 71% van de zorgprofessionals (grotendeels) volgens deze kernaanbeveling (zie Figuur 16). Daarentegen geeft ongeveer een kwart (27%) van de zorgprofessionals aan dit (nog) niet of slechts weinig te doen, maar staat wel open om dit in de toekomst meer te gaan doen. Ook hier wordt er door zorgprofessionals benadrukt dat er behoefte is aan:

- Meer kennis;
- Betere samenwerking en afstemming;
- Organisatiebreed aandacht en beleid.

93% van de patiënten vindt het belangrijk dat er extra (medische) behandeling wordt geboden als er tijdens het lichamelijke onderzoek iets wordt gevonden.

Figuur 16 - Mate waarin zorgprofessionals volgens kernaanbeveling 8 werken (n = 520)



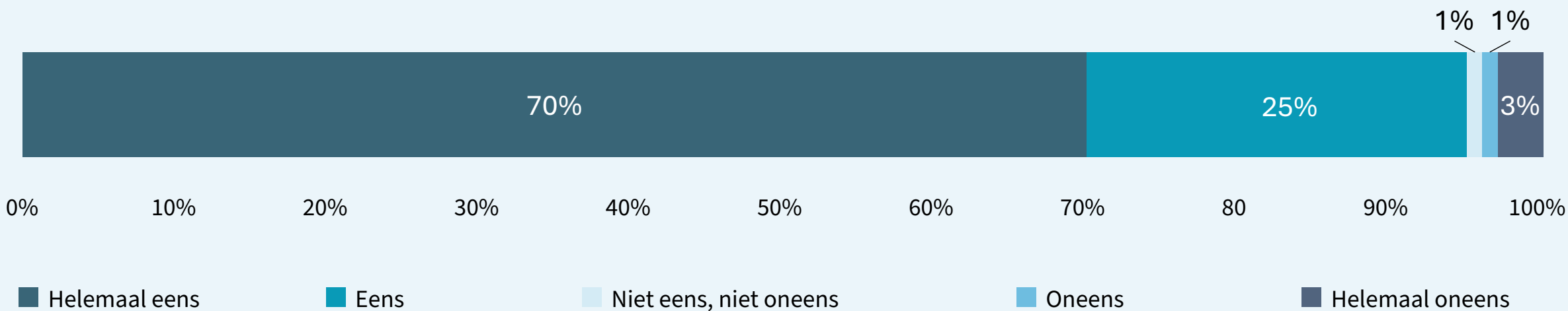
# 5. Integratie van leefstijl in de GGZ

Onderzoek toont aan dat een gezonde leefstijl en de inzet van leefstijlinterventies kunnen bijdragen aan het verbeteren van de psychische gezondheid, het verminderen van symptomen, het vergroten van de veerkracht en het bevorderen van het algehele welzijn. De zorgstandaard leefstijl biedt handvatten hoe je aandacht kan besteden aan leefstijl in het gehele zorgproces.

Leefstijl verwijst naar gedrag dat grote invloed heeft op de gezondheid, en omvat concrete handelingen, keuzes en gewoonten. Denk hierbij aan voedingspatronen, beweging, slaap en het gebruik van alcohol, drugs en roken.

In dit onderdeel van het onderzoek is onderzocht in hoeverre leefstijl geïntegreerd is in de behandeling binnen GGZ-organisaties. Zowel zorgprofessionals als zorgmanagers zijn bevraagd over de toepassing van leefstijlinterventies en de implementatie van kernaanbevelingen uit de zorgstandaard Leefstijl. Daarnaast zijn patiënten bevraagd over hun ervaringen met het thema leefstijl tijdens hun behandeling voor psychische klachten.

**Figuur 17** - 'Ik vind het als zorgprofessional belangrijk om aandacht te besteden aan de leefstijl van mijn patiënten als onderdeel van hun behandeling/begeleiding' (n = 605)



## Zorgprofessionals zien het belang van leefstijl integreren in de behandeling

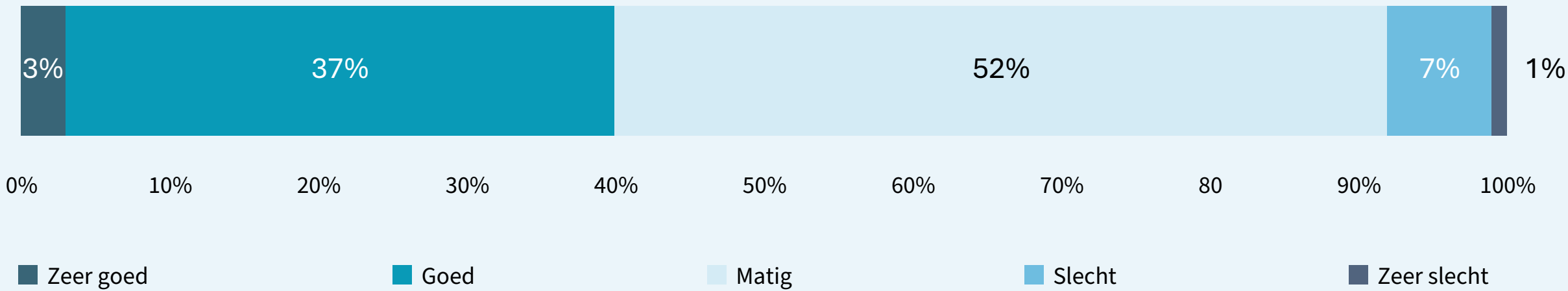
Een grote meerderheid (95%) van de zorgprofessionals (uit zowel de generalistische als specialistisch GGZ) vindt het belangrijk dat er binnen de behandeling en begeleiding aandacht wordt besteed aan de leefstijl van patiënten (zie Figuur 17).

Groot aantal zorgprofessionals ervaart de aandacht voor leefstijl binnen de GGZ ‘matig’

Ondanks dat zorgprofessionals het belangrijk vinden dat er aandacht wordt besteed aan leefstijl, beoordeelt 60% van hen de aandacht voor dit thema als matig tot (zeer) slecht (zie Figuur 18). Zij beschrijven dat er onvoldoende structurele en praktische aandacht is voor leefstijl, waarbij het onderwerp vaak afhankelijk is van individuele inzet van gedreven professionals, dat het onvoldoende verankerd is in beleid en behandelpraktijk, en ondanks groeiende bewustwording het nog te vaak ondergeschikt is aan protocollaire zorg.

Zorgprofessionals die de aandacht voor dit thema als (zeer) goed beoordelen, geven aan dat er meer structurele aandacht is gekomen voor leefstijl, met groeiend bewustzijn, trainingen, multidisciplinaire betrokkenheid en initiatieven in behandeltrajecten bij hun in de organisatie.

Figuur 18 - Algemene indruk van zorgprofessionals over de aandacht voor het thema leefstijl bij patiënten binnen de GGZ (n = 607)

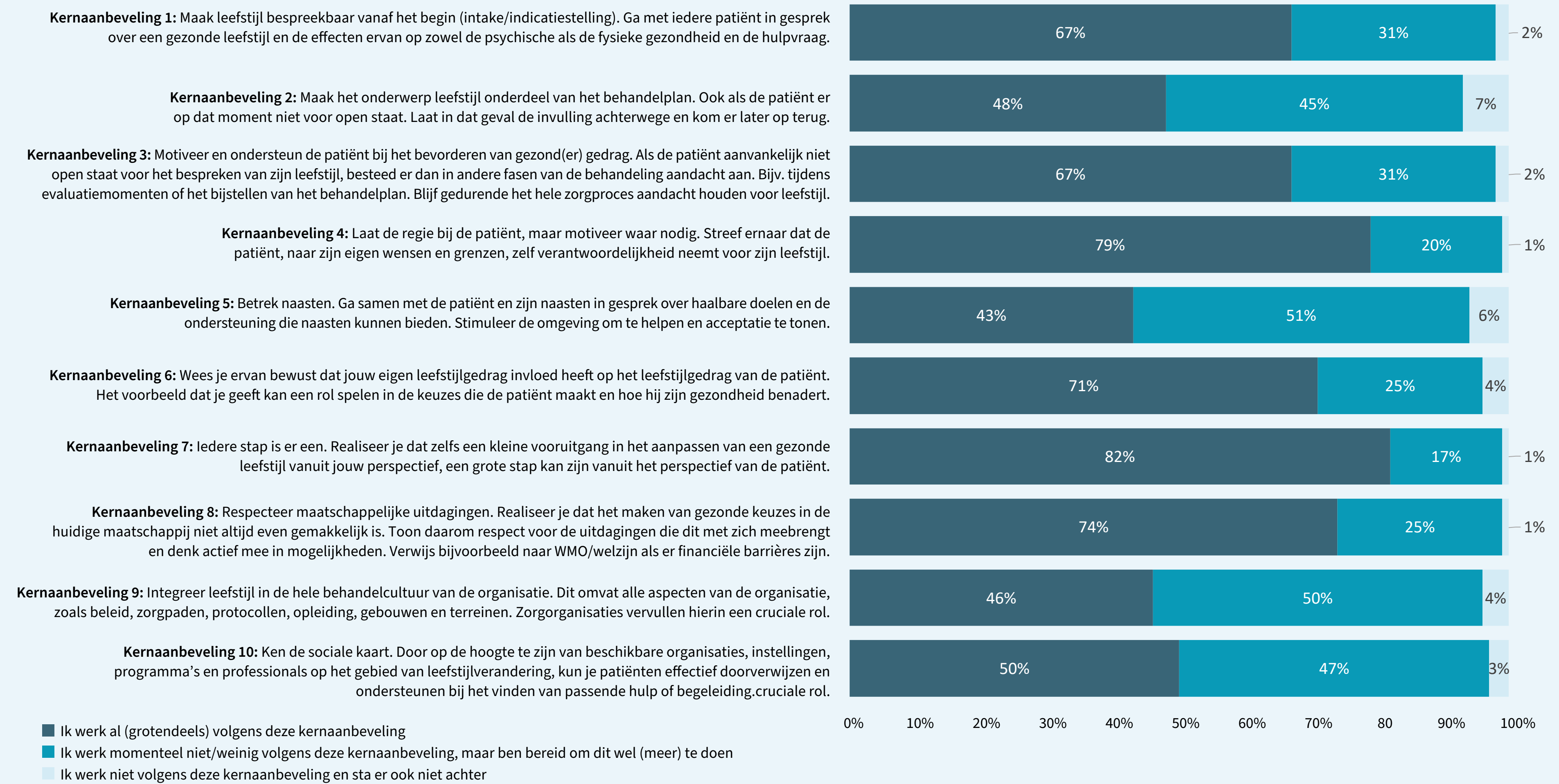


## 6. Toepassing kernaanbevelingen zorgstandaard Leefstijl

In de zorgstandaard Leefstijl zijn [10 kernaanbevelingen](#) geformuleerd. Figuur 19 op de volgende pagina toont het gebruik van deze kernaanbevelingen door zorgprofessionals voor wie deze relevant zijn in hun werk/functie. Twee derde of meer van de zorgprofessionals geeft aan dat zij in de praktijk (grotendeels) volgens kernaanbevelingen 1, 3, 4, 6, 7 en 8 werken (67-82%). Daarentegen worden kernaanbevelingen 2, 5, 9 en 10 relatief minder toegepast (43-50%). Wanneer de zorgstandaard nog niet wordt toegepast, geven zorgprofessionals wel aan dat zij bereid zijn om dit (meer) te doen. Bij nagenoeg alle kernaanbevelingen is hier groot draagvlak voor.



Figuur 19 - Mate waarin zorgprofessionals werken volgens de kernaanbevelingen uit de zorgstandaard Leefstijl



Kernaanbevelingen uitgelicht

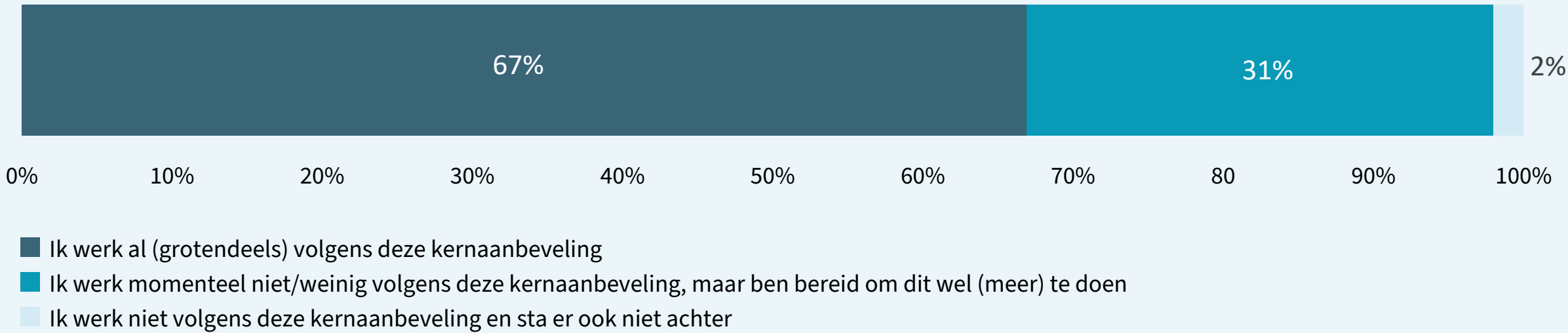
In deze sectie wordt dieper ingegaan op de toepassing van de afzonderlijke kernaanbevelingen door de zorgprofessionals. Hierbij worden ook resultaten uit het onderzoek onder patiënten meegenomen.

**Kernaanbeveling 1: Maak leefstijl bespreekbaar vanaf het begin (intake/indicatiestelling). Ga met iedere patiënt in gesprek over een gezonde leefstijl en de effecten ervan op zowel de psychische als de fysieke gezondheid en de hulpvraag.**

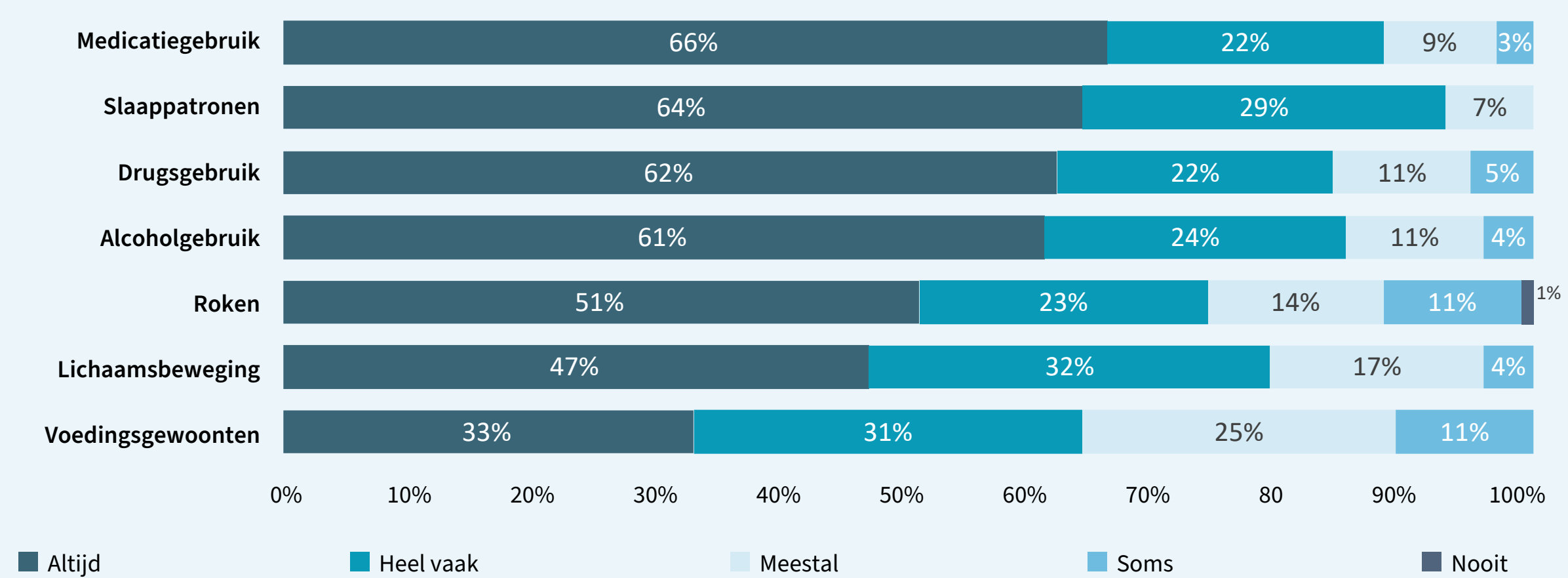
Twee derde van de zorgprofessionals (67%) geeft aan in de praktijk al (grotendeels) te werken volgens deze kernaanbeveling (zie Figuur 20) en bijna een derde is daartoe bereid (31%).

Aan zorgprofessionals is ook gevraagd in hoeverre verschillende leefstijlonderwerpen worden besproken met patiënten. Het gaat hierbij om onderwerpen die relevant zijn voor de behandeling of begeleiding, maar waarvoor de patiënt niet in eerste instantie zorg heeft gezocht. De resultaten van het onderzoek laten zien dat de meeste onderwerpen (zoals medicatiegebruik, slaap, middelengebruik) vaak aan de orde komen, maar een onderwerp als voeding daarin iets achterblijft (zie Figuur 21).

Figuur 20 - Mate waarin zorgprofessionals volgens kernaanbeveling 1 werken (n = 588)



Figuur 21 - Hoe vaak bespreek je als zorgprofessional onderstaande leefstijlonderwerpen met jouw patiënten? (n = 390)



Op de vraag hoe zorgprofessionals het bespreken van leefstijlonderwerpen doorgaans aanpakken, benoemen zij dat dit tijdens de intake standaard aan bod komt, met mogelijk vervolg tijdens behandelgesprekken. Daarbij noemt een aantal professionals gebruik te maken van gestandaardiseerde hulpmiddelen, zoals een vragenlijst of het Leefstijlroer (zie ook kernaanbeveling 2). Daarnaast zetten zij motiverende gespreksvoering in om patiënten te activeren, bijvoorbeeld door het geven van adviezen en psycho-educatie. Hierbij zeggen zij dat het helpend is om een uitnodigende, vragende houding te hanteren, open vragen te stellen en niet te oordelen.

Wat is er nodig om meer volgens de kernaanbeveling te werken?

- Ongeveer een derde (31%) werkt op dit moment niet of slechts weinig volgens deze kernaanbeveling, maar is wel bereid om dit (meer) te gaan doen. Wat zij zeggen hiervoor nodig te hebben, is onder andere:
- Meer aandacht en bewustwording binnen de organisatie;
  - Meer kennis en bijscholing;
  - Meer tijd om het onderwerp te bespreken, bijvoorbeeld tijdens de intake of het spreekuur;
  - Leefstijl structureel opnemen in de intakeprocedure;

- Betere inbedding in het zorgproces, waaronder aanpassingen in beleid of het EPD;
- Concrete handvatten, zoals een leidraad met voorbeeldvragen of een praatplaat;
- Duidelijke afspraken en betere samenwerking met collega's en ketenpartners.

Aanvullende interviews

In de verdiepende interviews met zes zorgprofessionals is ook gevraagd naar hun ervaringen met het integreren van leefstijl in de behandeling. De zorgprofessionals erkennen het belang van leefstijl en de positieve invloed ervan op het behandelproces. Toch blijkt in de praktijk dat het vaak lastig is om patiënten intrinsiek te motiveren en bestaande gedragspatronen te doorbreken. Leefstijladviezen worden regelmatig gegeven, maar de ervaring van zorgprofessionals is dat hier weinig mee wordt gedaan. Sommige patiënten beginnen wel fanatiek, maar blijken moeite te hebben met het langdurig volhouden van een gezonde leefstijl.

2% van de zorgprofessionals geeft aan niet volgens deze kernaanbeveling te werken, omdat zij er inhoudelijk niet achter staan. Als redenen noemen zij onder andere dat het geen taak van de GGZ zou zijn, leefstijl niet thuishoort in de intake, het zelden een hulpvraag betreft, weinig prioriteit heeft, betuttelend overkomt en risico's met zich meebrengt voor de behandelrelatie.

Zorgprofessionals geven aan behoefte te hebben aan concrete handvatten om beter met deze uitdagingen om te gaan, evenals aan meer inhoudelijke kennis om leefstijladvies onderbouwd te kunnen geven. Eén van hen benoemt bovendien dat er op beleidsniveau structureel meer aandacht zou moeten komen voor leefstijl. Initiatieven als Stoptober en Dry January worden genoemd als positieve voorbeelden, maar verdwijnen weer uit beeld na afloop van de actiemaand.

Aanvullende interviews

In de verdiepende interviews met vijf zorgmanagers is gevraagd hoe zorgprofessionals binnen hun organisatie het bespreken van leefstijl met patiënten ervaren. De antwoorden liepen sterk uiteen: sommigen zien leefstijl als een vanzelfsprekend en integraal onderdeel van het behandelen van psychische klachten, terwijl anderen aangeven dat zorgprofessionals het als ongemakkelijk ervaren om dit onderwerp bespreekbaar te maken. In de ervaring van zorgprofessionals heeft het bespreken van leefstijl veelal weinig resultaat, iets wat niet motiveert om het onderwerp in de toekomst weer te bespreken. Er blijkt ook een verschil tussen afdelingen. Zo is het binnen een opnamedienst vrijwel standaard om leefstijl al bij de intake aan te kaarten. In de langdurige zorg blijkt dit daarentegen een grotere uitdaging. Zorgprofessionals willen niet

betuttelend overkomen en zijn vaak al tevreden als de psychische kwetsbaarheid van de patiënt stabiel blijft. Dit terwijl zij zich wel bewust zijn van de samenhang tussen leefstijl en psychisch welzijn.

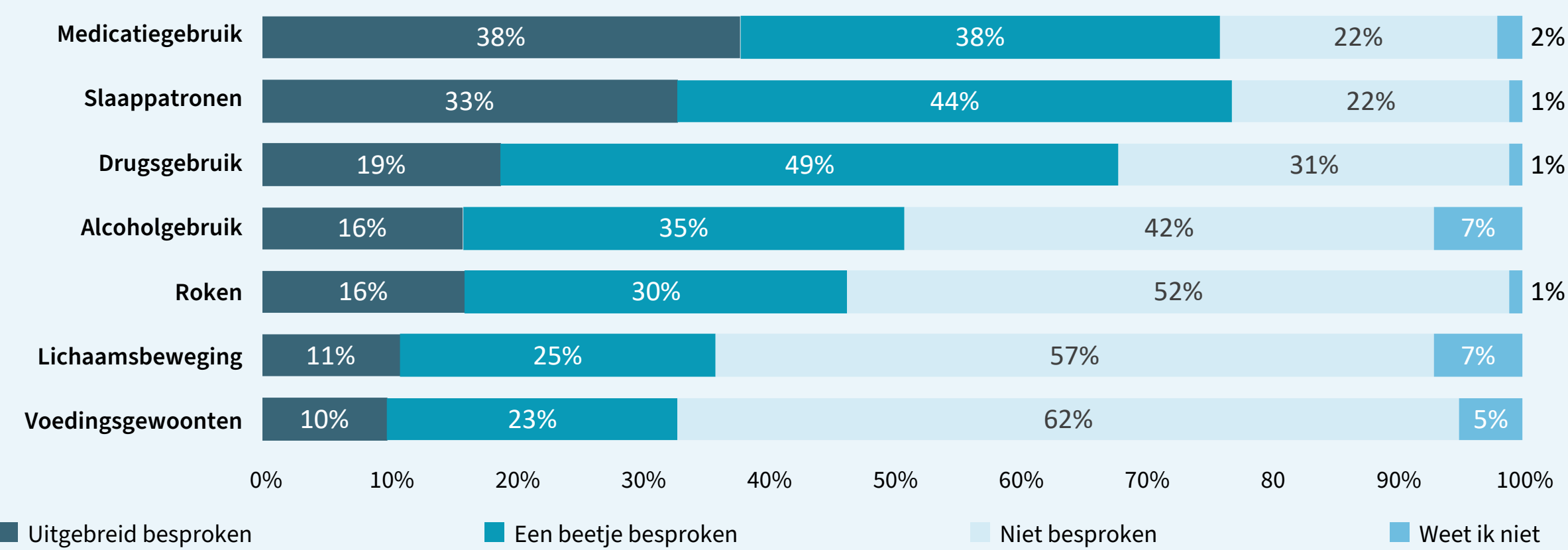
Volgens de zorgmanagers zouden zorgprofessionals gebaat zijn bij duidelijke richtlijnen in de zorgstandaard over hoe leefstijl bespreekbaar gemaakt kan worden. Hoewel er veel (start) trainingen beschikbaar zijn, is het lastig om onderscheid te maken in kwaliteit en effectiviteit, en geschiktheid voor de GGZ. Daarnaast worden zorgprofessionals geconfronteerd met een overvloed aan informatie, waardoor niet alles meer wordt gelezen of opgepakt. Een van de zorgmanagers benadrukt het belang van leren in groepsverband en het inzetten van herkenbare rolmodellen.

Patiënten: Verschillende leefstijlonderwerpen worden in wisselende mate besproken

Volgens patiënten worden medicatiegebruik, slaappatronen en lichaamsbeweging het meest besproken tijdens de behandeling (zie Figuur 22). Leefstijlonderwerpen zoals alcohol- en drugsgebruik, voedingsgewoonten en roken worden bij de helft (51%) tot een derde (33%) van de patiënten besproken.

96% van de patiënten vindt het belangrijk dat leefstijl al vanaf de start van de behandeling wordt besproken.

Figuur 22 - In hoeverre heeft jouw behandelaar onderstaande leefstijlonderwerpen met jou als patiënt besproken? (n = 275)



Aanvullende interviews

In de verdiepende interviews met zes zorgprofessionals is gevraagd naar hun ervaringen met het bespreken van drugsgebruik en roken – volgens patiënten de minst besproken leefstijlonderwerpen. De ervaring leert dat met name drugsgebruik een gevoelig onderwerp is. Patiënten zijn hier vaak terughoudend over, onder andere vanwege het taboe dat erop rust of de angst bij jongere patiënten dat ouders erachter komen.

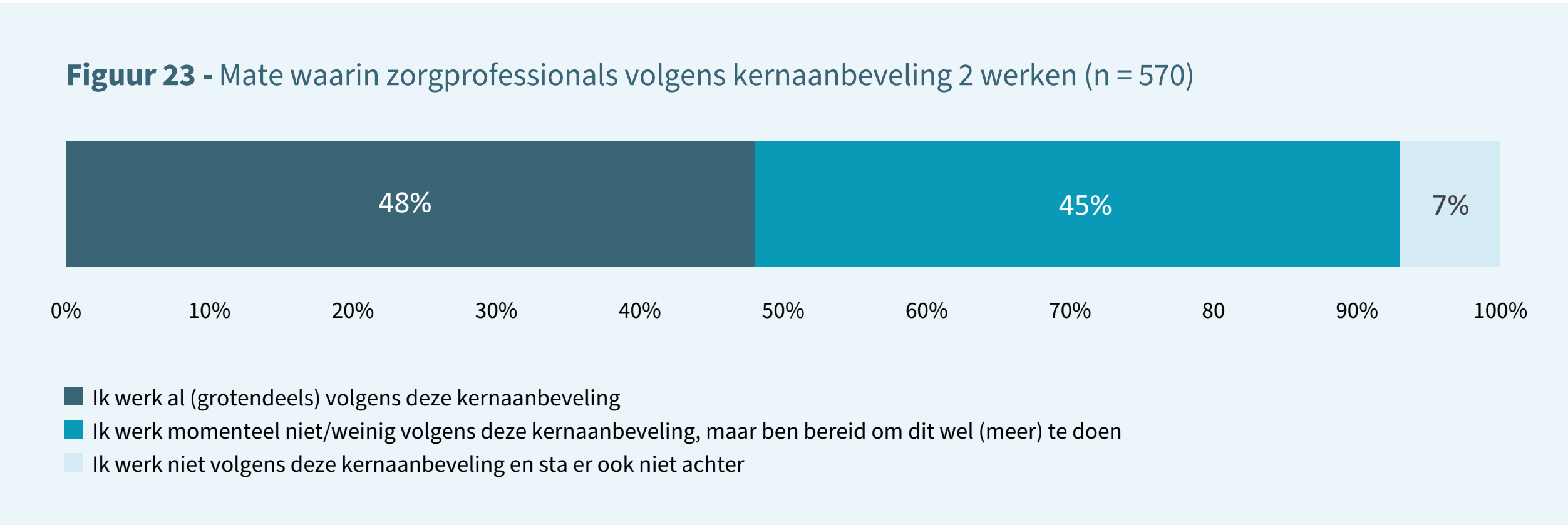
Roken is echter relatief minder vaak onderwerp van gesprek. Eén van de zorgprofessionals noemt stoppen met roken zelfs een ‘verloren zaak’, omdat de focus in de behandeling doorgaans ligt op het stoppen met drugs of alcohol. Deze middelen hebben een grotere negatieve impact op de patiënt en diens omgeving. Daarbij is het voor veel patiënten te moeilijk om met alles in één keer te stoppen.

**Kernaanbeveling 2: Maak het onderwerp leefstijl onderdeel van het behandelplan. Ook als de patiënt er op dat moment niet voor open staat. Laat in dat geval de invulling achterwege en kom er later op terug.**

Iets minder dan de helft van de zorgprofessionals (48%) werkt in de praktijk (grotendeels) volgens deze kernaanbeveling (zie Figuur 23). Van hen neemt driekwart (73%) leefstijl ook op in het behandelplan van (bijna) al hun patiënten.

**Kwart van de zorgprofessionals gebruikt een hulpmiddel om leefstijldoelen in kaart te brengen**  
28% van de zorgprofessionals die volgens kernaanbeveling 2 werkt, maakt gebruik van een (gestandaardiseerd) hulpmiddel om leefstijldoelen van patiënten in kaart te brengen. Binnen deze groep wordt het meest gebruikgemaakt van het Spinnenweb gebaseerd op Positieve Gezondheid (51%), het Leefstijlroer (25%) en de Leefstijlcheck (13%). Daarnaast noemt 38% een ander hulpmiddel, zoals de Tevredenheid met Leven Lijst, Somatische mini Screen (SmS), I-roc, Krachteninventarisatie, My Gill of de Vierdimensionale Klachtenlijst.

**Wat is er nodig om meer volgens de kernaanbeveling te werken?**  
45% van de zorgprofessionals werkt niet of weinig volgens deze kernaanbeveling, maar is wel bereid om dit



(meer) te gaan doen. Tegelijkertijd wordt hier genoemd dat de wens van de patiënt leidend moet blijven en dat het belangrijk is de patiënt niet te overweldigen met te veel doelen tegelijk. Wat behandelaars nodig hebben om te werken volgens de kernaanbeveling, is:

- Meer tijd;
- Meer aandacht en bewustwording;
- Aanpassingen in procedures en beleid;
- Maken van teamafspraken;
- Opnemen van een vast kopje over leefstijl in het behandelplan.

7% van de zorgprofessionals werkt niet volgens deze kernaanbeveling en staat hier ook niet achter. Zij geven aan dat leefstijl niet standaard opgenomen zou moeten worden in het behandelplan, maar uitsluitend wanneer

de patiënt daar zelf voor kiest (eigen regie).

**Patiënten: Leefstijl is vaak geen vast onderdeel van het behandelplan**  
Een kwart (23%) van de patiënten geeft aan dat leefstijl een vast onderdeel is of was van hun behandelplan. Bij 38% was dit niet het geval, terwijl zij hier wél behoefte aan hadden. Zij geven aan dat ze graag meer aandacht hadden willen besteden aan leefstijl en behoefte hadden aan ondersteuning, adviezen en begeleiding op dit vlak.

92% van de patiënten vindt het belangrijk dat leefstijl onderdeel uitmaakt van hun behandelplan en -doelen.

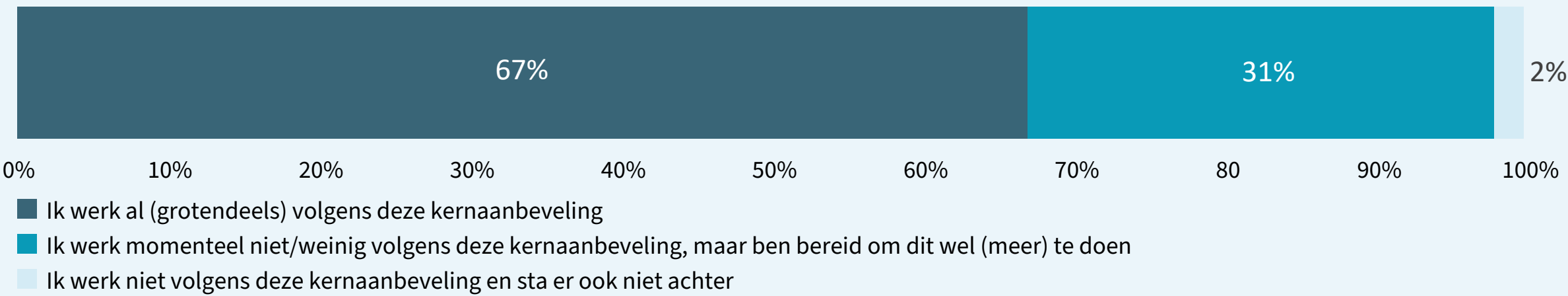
**Kernaanbeveling 3: Motiveer en ondersteun de patiënt bij het bevorderen van gezond(er) gedrag. Als de patiënt aanvankelijk niet open staat voor het bespreken van zijn leefstijl, besteed er dan in andere fasen van de behandeling aandacht aan. Bijvoorbeeld tijdens evaluatiemomenten of het bijstellen van het behandelplan. Blijf gedurende het hele zorgproces aandacht houden voor leefstijl.**

Twee derde (67%) van de zorgprofessionals werkt momenteel (grotendeels) volgens deze kernaanbeveling (zie Figuur 24). 31% van de zorgprofessionals werkt niet volgens deze kernaanbeveling maar is bereid dit te doen. Ook hier wordt genoemd dat zij vooral behoefte hebben aan:

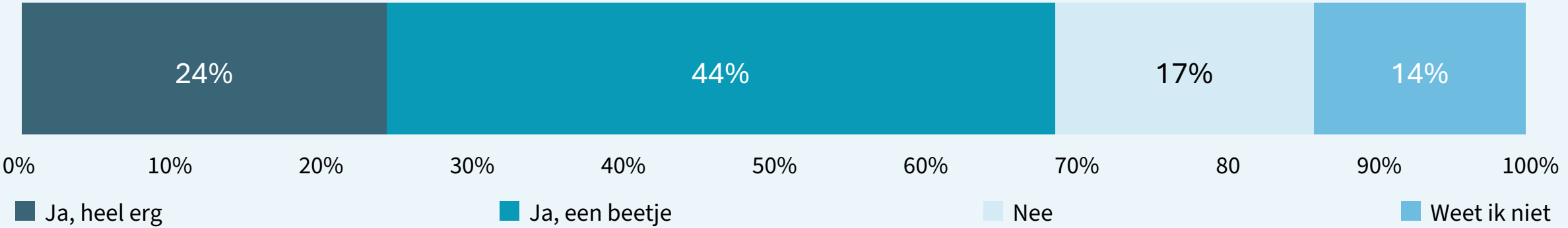
- Meer tijd;
- Aandacht en bewustwording;
- Kennis en handvatten op dit gebied;
- Betere verankering van leefstijl in het behandelplan en in evaluaties.

90% van de patiënten vindt het belangrijk dat hun behandelaar hen motiveert en helpt om gezond(er) te leven.

**Figuur 24 -** Mate waarin zorgprofessionals volgens kernaanbeveling 3 werken (n = 584)



**Figuur 25 -** Bijdrage van verbeteren van leefstijl aan het herstel van psychische klachten bij patiënten (n = 90)



**Patiënten: Behandelaren helpen op verschillende manieren bij verbeteren leefstijl**

Een derde (33%) van de patiënten geeft aan dat hun behandelaar hen tijdens de behandeling heel erg of een beetje heeft geholpen bij het verbeteren van hun leefstijl. Op de vraag hoe de behandelaar hierbij heeft geholpen, worden verschillende vormen van ondersteuning genoemd, zoals:

- Het bespreken van leefstijlonderwerpen;
- Het informeren over het belang van een gezonde leefstijl;
- Het bewustmaken van ongezonde patronen;
- Het samen opstellen van een dagplanning

of slaaproutine;

- Het geven van leefstijladviezen en praktische tips;
- Het verwerken van leefstijl in het signaleringsplan.

**Patiënten: Twee derde vindt dat verbeteren leefstijl bijdraagt aan herstel psychische klachten**

68% van de patiënten die hulp heeft gehad bij het verbeteren van hun leefstijl, geeft aan dat dit heeft bijgedragen aan het herstel van hun psychische klachten (zie Figuur 25). Hierbij wordt vooral genoemd dat meer bewegen, meer rust en beter slapen een positieve impact had op de klachten.

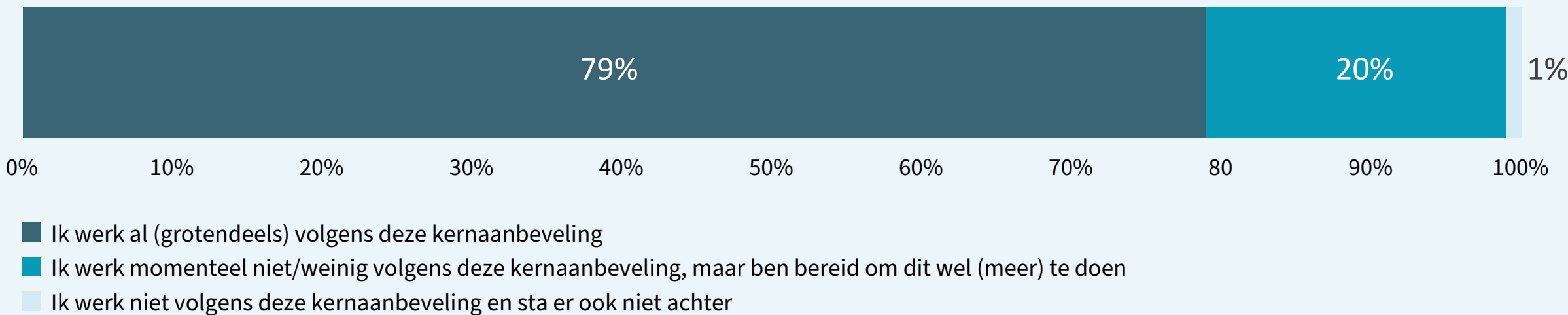
**Kernaanbeveling 4: Laat de regie bij de patiënt, maar motiveer waar nodig. Streef ernaar dat de patiënt, naar zijn eigen wensen en grenzen, zelf verantwoordelijkheid neemt voor zijn leefstijl.**

Een ruime meerderheid (79%) van de zorgprofessionals geeft aan momenteel al (grotendeels) te werken volgens deze kernaanbeveling (zie Figuur 26). Daarentegen doet 20% dat momenteel niet of weinig, maar is wel bereid om dit (meer) te gaan doen. Om dit mogelijk te maken, is er onder andere behoefte aan:

- Extra kennis en vaardigheden, bijvoorbeeld op het gebied van motiverende gespreksvoering;
- Goede informatiebronnen die aan patiënten kunnen worden meegegeven (bv. websites of apps);
- Meer inzet van ervaringsdeskundigen.

95% van de patiënten vindt het belangrijk dat zij zelf de controle hebben over hun leefstijl, maar dat de behandelaar hen motiveert waar nodig.

**Figuur 26 -** Mate waarin zorgprofessionals volgens kernaanbeveling 4 werken (n = 592)



**Kernaanbeveling 5: Betrek naasten. Ga samen met de patiënt en zijn naasten in gesprek over haalbare doelen en de ondersteuning die naasten kunnen bieden. Stimuleer de omgeving om te helpen en acceptatie te tonen.**

Deze kernaanbeveling wordt in de praktijk relatief het minst toegepast door zorgprofessionals; 43% geeft aan momenteel (grotendeels) volgens deze aanbeveling te werken (zie Figuur 27). Binnen deze groep zegt de helft (50%) dat bij alle patiënten, of een groot deel van de patiënten, hun naasten worden betrokken.

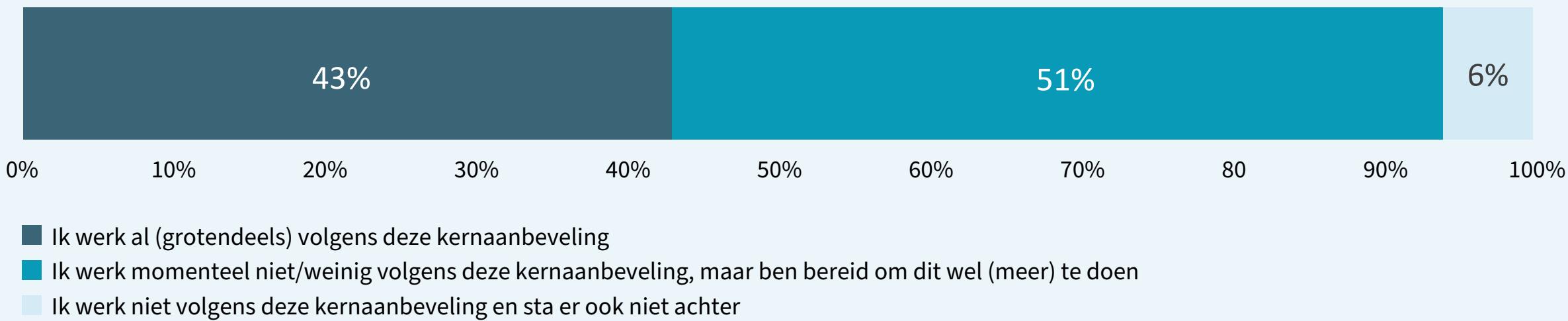
**Wat is er nodig om meer volgens de kernaanbeveling te werken?**

Iets meer dan de helft van de zorgprofessionals (51%) werkt momenteel niet of slechts beperkt volgens deze kernaanbeveling, maar staat wel open om dit in de toekomst (meer) te gaan doen. Wat het voor hen lastig maakt, is dat patiënten niet altijd toestemming geven voor het betrekken van naasten, of dat er simpelweg geen naasten betrokken zijn bij de behandeling.

Om meer volgens deze kernaanbeveling te gaan werken, geven zij aan behoefte te hebben aan:

- Meer naastenbetrokkenheid in het algemeen;
- Tijd en organisatorische ruimte om dit goed te kunnen faciliteren;

**Figuur 27 -** Mate waarin zorgprofessionals volgens kernaanbeveling 5 werken (n = 558)



- Bewustwording over het belang van naasten en prioriteit hiervoor binnen de behandeling.

6% van de zorgprofessionals werkt niet volgens deze kernaanbeveling en staat er ook niet achter. Zij geven verschillende redenen hiervoor, waaronder een gebrek aan behoefte bij patiënten om naasten te betrekken, de overtuiging dat dit betuttelend is, het risico om naasten te overvragen, een tekort aan tijd en andere aandachtspunten die binnen de behandeling prioriteit krijgen.

**Patiënten: in de meeste gevallen worden naasten niet betrokken bij leefstijlverandering**

Van de patiënten die ondersteuning hebben ontvangen van hun behandelaar bij leefstijlverandering, geeft een kwart (27%) aan dat hun naasten daarbij betrokken zijn geweest. Bij 8% waren naasten niet betrokken, terwijl de

patiënt dat wel had gewild. Bij een meerderheid (62%) waren naasten niet betrokken en vonden patiënten dit ook niet nodig.

**Aanvullende interviews**

De rol van naasten komt ook naar voren in de interviews. In de ervaring van deze zorgprofessionals worden naasten doorgaans niet actief betrokken bij de behandeling, terwijl de ervaring is dat betrokkenheid wel een positieve bijdrage kan leveren aan leefstijlverandering. Een kanttekening die daarbij gemaakt wordt, is dat deze invloed ook negatief kan uitpakken, bijvoorbeeld wanneer naasten zelf een ongezonde leefstijl hebben of wanneer er sprake is van privéproblematiek binnen de thuissituatie.

**Kernaanbeveling 6: Wees je ervan bewust dat jouw eigen leefstijlgedrag invloed heeft op het leefstijlgedrag van de patiënt. Het voorbeeld dat je geeft kan een rol spelen in de keuzes die de patiënt maakt en hoe hij zijn gezondheid benadert.**

71% van de zorgprofessionals werkt in de praktijk al (grotendeels) volgens deze kernaanbeveling (zie Figuur 28).

**Wat is er nodig om meer volgens de kernaanbeveling te werken?**

Een kwart (25%) van de zorgprofessionals werkt momenteel niet of weinig volgens deze kernaanbeveling, maar is wel bereid dit meer te gaan doen. Wat zij zeggen hiervoor nodig te hebben is met name:

- Meer bewustzijn van hun eigen leefstijl;
- De mogelijkheid en motivatie om zelf gezonder te gaan leven (bv. afvallen);
- Steun en stimulans vanuit de organisatie;
- Praktische handvatten over hoe zij een goed voorbeeld kunnen geven, zonder betweterig over te komen.

Een kleine groep (4%) zorgprofessionals werkt niet volgens de kernaanbeveling en is het er ook niet mee eens.

**Figuur 28 -** Mate waarin zorgprofessionals volgens kernaanbeveling 6 werken (n = 584)



Zij geven als argumenten hiervoor dat leefstijl ieders eigen verantwoordelijkheid is en een privékeuze, dat hun eigen leefstijl nauwelijks zichtbaar is voor patiënten en dat zij betwijfelen of het geven van het goede voorbeeld daadwerkelijk effect heeft.

71% van de patiënten vindt het belangrijk dat hun behandelaar zelf het goede voorbeeld laat zien wat betreft zijn/haar leefstijlgedrag. Een kwart (27%) vindt dit niet belangrijk.

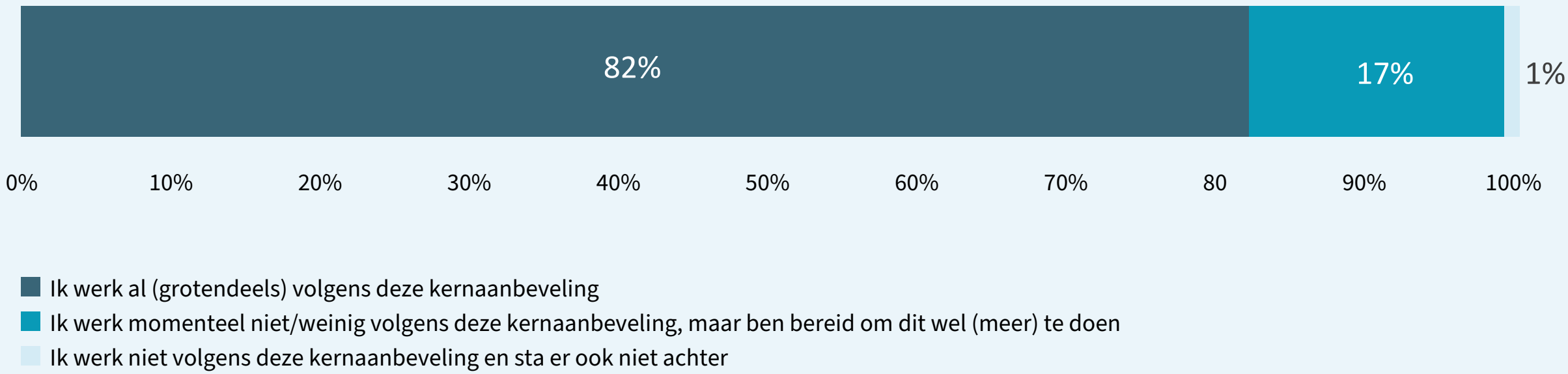
Kernaanbeveling 7: Iedere stap is er één. Realiseer je dat zelfs een kleine vooruitgang in het aanpassen van een gezonde leefstijl vanuit jouw perspectief, een grote stap kan zijn vanuit het perspectief van de patiënt.

Met 82% van de zorgprofessionals die (grotendeels) volgens deze kernaanbeveling werkt, is dit de meest toegepaste aanbeveling (zie Figuur 29). Daarentegen werkt 17% van de zorgprofessionals momenteel niet of weinig volgens deze kernaanbeveling, maar is wel bereid dit meer te gaan doen. Wat zij zeggen nodig te hebben, is onder andere:

- Meer bewustwording en aandacht hiervoor;
- Meer tijd en kennis;
- Betere inbedding in het zorgproces;
- De lat wat lager leggen (kleinere doelen stellen), geduld hebben en volhouden.

92% van de patiënten vindt het belangrijk dat hun behandelaar begrijpt dat zelfs kleine stappen naar een gezonde(re) leefstijl veel voor hen kunnen betekenen.

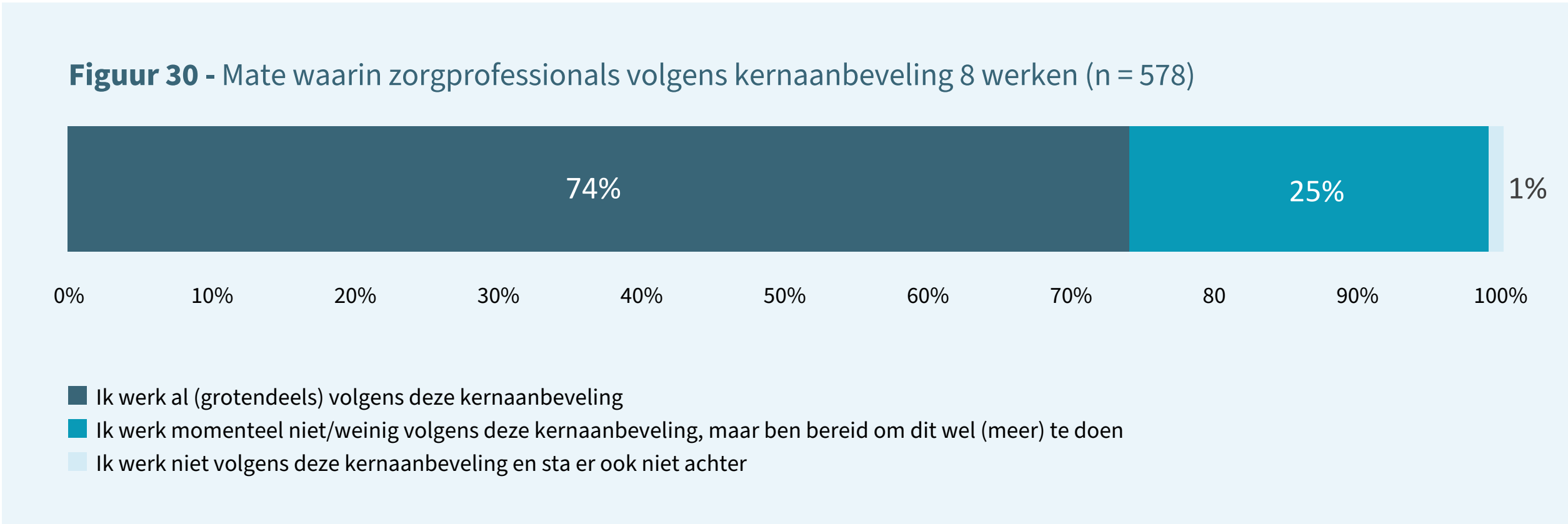
Figuur 29 - Mate waarin zorgprofessionals volgens kernaanbeveling 7 werken (n = 590)



**Kernaanbeveling 8: Respecteer maatschappelijke uitdagingen. Realiseer je dat het maken van gezonde keuzes in de huidige maatschappij niet altijd even gemakkelijk is. Toon daarom respect voor de uitdagingen die dit met zich meebrengt en denk actief mee in mogelijkheden. Verwijs bijvoorbeeld naar WMO/welzijn als er financiële barrières zijn.**

Driekwart (74%) van de zorgprofessionals werkt momenteel al (grotendeels) volgens deze kernaanbeveling (zie Figuur 30). Als voorbeelden van hoe zij dit doen, wordt onder andere genoemd:

- “Bij financiële zorgen wijs ik op instanties als de U-pas, Leergeld, Sportfonds. Hiervoor ga ik soms zelf het gesprek aan en soms verwijs ik eerst door naar welzijn. Ook initiatieven zoals Buurtgezinnen kunnen hierin iets betekenen.
- “Ik denk mee over gezondere boodschappen (bij ouderen is er vaak ondervoeding), of een verwijzing naar de diëtist. Bij ernstige psychische klachten zetten wij vaak eerst samen de stap richting beweging. Later leiden we toe naar sociale activiteiten of helpen we bij contact met een geldcoach.”
- “Ik benoem de maatschappelijke uitdagingen. En vertel hierbij dat het niet alleen voor de patiënt lastig is om leefstijl aan te passen, maar dat waarschijnlijk ook veel mensen in zijn of haar omgeving daarmee worstelen.”



- “Gezonde voeding is voor veel patiënten met een minimuminkomen moeilijk bereikbaar. Ik ga met hen in gesprek over hoe ze toch gezond kunnen eten met beperkte middelen. Daarnaast verwijs ik vaak naar het sociaal wijkteam voor ondersteuning, ook op financieel gebied.”
- “Ik nodig WMO-consulenten regelmatig uit voor themabijeenkomsten met groepen, of ik ga samen met een WMO-consulent op huisbezoek.”

**Wat is er nodig om meer volgens de kernaanbeveling te werken?**

Een kwart (25%) van de zorgprofessionals werkt niet of weinig volgens deze kernaanbeveling, maar is wel bereid om dit (meer) te gaan doen.

- Om dit in de praktijk meer te doen, is er behoefte aan:
- Meer kennis en informatie over de sociale kaart;
  - Betere samenwerking en korte lijntjes met ketenpartners;
  - Meer aandacht en bewustzijn.

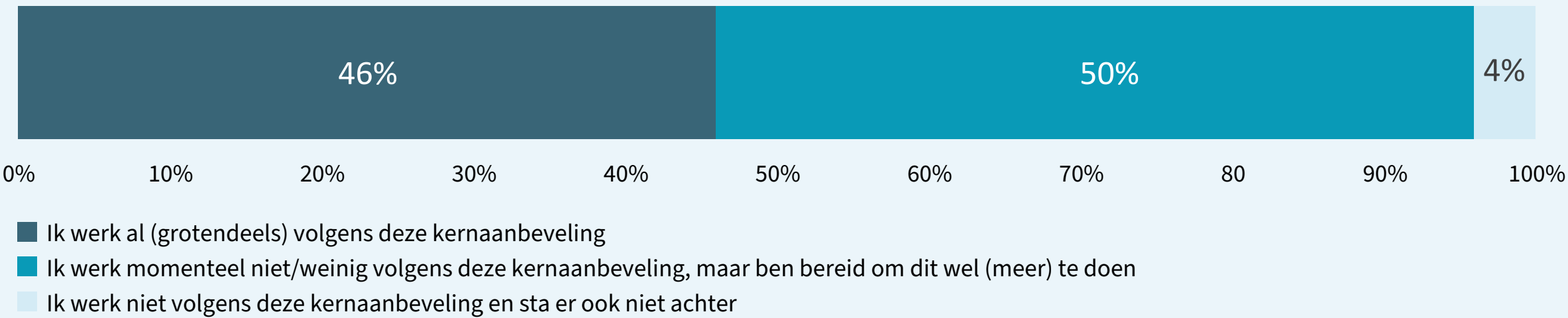
98% van de patiënten vindt het belangrijk dat hun behandelaar respect heeft voor de uitdagingen die zij tegenkomen bij het maken van gezonde keuzes (bijvoorbeeld financieel).

**Kernaanbeveling 9: Integreer leefstijl in de hele behandelcultuur van de organisatie. Dit omvat alle aspecten van de organisatie, zoals beleid, zorgpaden, protocollen, opleiding, gebouwen en terreinen. Zorgorganisaties vervullen hierin een cruciale rol.**

Iets minder dan de helft (46%) van de zorgprofessionals herkent de eigen organisatie in deze kernaanbeveling (zie Figuur 31). Tegelijkertijd is 70% van de zorgprofessionals het (helemaal) eens met de stelling ‘Leefstijl is onderdeel van de behandelcultuur van mijn organisatie’. Op de vraag op welke manier leefstijl onderdeel is van de behandelcultuur binnen de organisatie worden de volgende antwoorden gegeven:

- **Inbedding in beleid en behandeling:** In veel organisaties is leefstijl structureel opgenomen in intakes, behandelplannen, MDO's, protocollen en beleid.
- **Aandacht voor leefstijl:** bespreekbaar maken van leefstijl in overleggen, aandacht op intranet, aanstellen van een aandachtsfunctionaris of stuurgroep.
- **Voorbeeldfunctie:** Behandelaren geven zelf het goede voorbeeld (bijvoorbeeld wandelen, gezond eten) en gebruiken eigen ervaringen om leefstijl bespreekbaar te maken.

**Figuur 31** - Mate waarin zorgprofessionals volgens kernaanbeveling 9 werken (n = 534)



- **Faciliteiten en omgeving:** Organisaties bieden gezonde, meer vegetarische maaltijden, rookvrije zones, beweegmogelijkheden (tijdens behandeling) en gratis fruit aan voor patiënten en medewerkers.
- **Scholing en expertise:** Er is aandacht voor deskundigheidsbevordering via trainingen, e-learning en leefstijlcoaching.

89% van de patiënten vindt het belangrijk dat hun behandelcentrum/zorginstantie aandacht heeft voor leefstijl in alles wat ze doen, zoals in hun beleid en de zorg die ze bieden.

**Wat is er nodig om meer volgens de kernaanbeveling te werken?**

De helft van de zorgprofessionals (50%) werkt momenteel niet of weinig volgens deze kernaanbeveling, maar is wel bereid hierin stappen te zetten. Op de vraag wat zij zelf zouden kunnen doen ter bevordering van leefstijl als onderdeel van de behandelcultuur, worden onder andere de volgende acties genoemd:

- Leefstijl bespreekbaar maken in teamoverleggen (bv. als vast agendapunt);
- Het onderwerp aankaarten bij leidinggevenden of directie;
- Procedures en beleid aanpassen;
- Leefstijl actief integreren in de behandeling;
- Teamafspraken maken;
- Zelf het goede voorbeeld geven;
- Kennis over leefstijl en gedragsverandering vergroten.

Integratie van leefstijl volgens zorgmanagers

Van de zorgmanagers vindt 17% dat leefstijl volledig is geïntegreerd in de behandelcultuur, terwijl 64% aangeeft dat dit ‘enigszins’ het geval is. Volgens hen is leefstijl vooral verweven in:

- Het organisatiebeleid (59%);
- De zorgpaden en protocollen (beide 39%);
- De opleiding van medewerkers (30%);
- De fysieke omgeving of gebouwen (27%).

In nadere toelichting geven enkele zorgmanagers aan dat leefstijl terugkomt als onderdeel van de behandeling of begeleiding (bv. als module of in psycho-educatie), in gesprekken met patiënten, in zorg- of behandelplannen en in het totale verblijfsprogramma van een instelling (zoals voeding en activiteiten). Ook wordt leefstijl besproken in overlegmomenten en MDO’s. Sommige instellingen beschikken daarnaast over specifieke functies, zoals een aandachtsfunctionaris leefstijl of een leefstijlcoach, om het thema structureel te integreren binnen de organisatie.

Belemmeringen en behoeften voor succesvolle integratie

Redenen die zorgmanagers noemen waarom leefstijl niet geïntegreerd is in de behandelcultuur zijn onder andere onvoldoende aandacht, draagvlak van directie of bestuur en gebrek aan vergoeding van de

Ondersteuning vanuit management

Zorgmanagers zien verschillende manieren waarop zij behandelaren kunnen ondersteunen bij het integreren van leefstijl in hun werkwijze. Dit varieert van het faciliteren van bijscholing en het bevorderen van vitaliteit onder zorgprofessionals zelf, tot het bepleiten van leefstijlbeleid op directieniveau of het fulltime aanstellen van een specialist, zoals een begeleider bij het stoppen met roken. Een van de managers vertelt dat hij binnen zijn team actief op zoek is gegaan naar een inhoudsdeskundige die zich binnen de afdeling wil inzetten voor dit onderwerp.

Tegelijkertijd benadrukken de zorgmanagers dat dit vraagt om financiële ruimte. Er moet structureel budget beschikbaar zijn, wat betekent dat altijd overleg nodig is met de directie of de financiële afdeling. Omdat leefstijl en preventie zich moeilijk laten vertalen naar een rendabele businesscase, blijkt financiering van dit soort initiatieven vaak een uitdaging. Om die reden zegt één zorgmanager dat het belangrijk is om ook de samenwerking met externe partijen te zoeken, zodat patiënten voor leefstijl gerelateerde zorg ook juist buiten de GGZ geholpen kunnen worden.

zorgverzekeraars. Zorgmanagers geven aan dat een succesvolle integratie van leefstijl in de GGZ vraagt om duidelijke beleidskaders, visie en steun vanuit het bestuur en praktische handvatten. Er is behoefte aan kartrekkers, scholing en structurele inbedding in behandelplannen en zorgprocessen. Ook benadrukken zij opnieuw het belang van voldoende tijd, personeel en middelen.

**Kernaanbeveling 10: Ken de sociale kaart. Door op de hoogte te zijn van beschikbare organisaties, instellingen, programma’s en professionals op het gebied van leefstijlverandering, kun je patiënten effectief doorverwijzen en ondersteunen bij het vinden van passende hulp of begeleiding.**

De helft (50%) van de zorgprofessionals werkt (grooten- deels) volgens deze kernaanbeveling (zie Figuur 32).

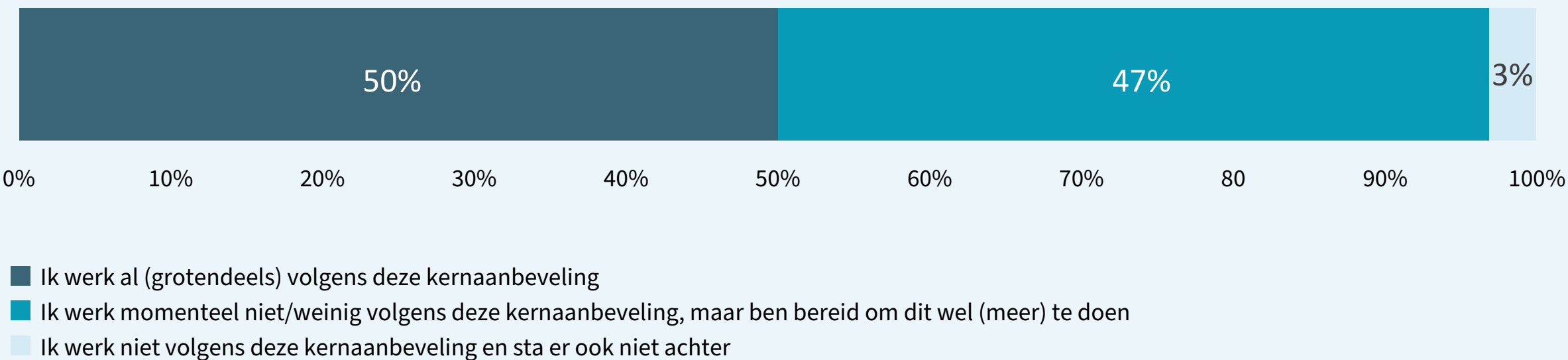
93% van de patiënten vindt het belangrijk dat hun behandelaar weet welke andere organisaties en programma’s er zijn om hen te helpen met hun leefstijl.

**Wat is er nodig om meer volgens de kernaanbeveling te werken?**

Ongeveer de helft (47%) werkt op dit moment niet of weinig volgens deze kernaanbeveling, maar is wel bereid om dit (meer) te gaan doen. Wat zij hiervoor nodig hebben, is onder andere:

- Meer tijd om zich hierin te verdiepen;
- Actueel en duidelijk overzicht (want de sociale kaart verandert vaak);
- Intensievere samenwerking met deze instanties.

**Figuur 32 -** Mate waarin zorgprofessionals volgens kernaanbeveling 10 werken (n = 578)



De zorgprofessionals (3%) die niet volgens deze kernaanbeveling werken en hier ook niet achter staan, geven hiervoor onder andere als redenen dat de sociale kaart te complex en veranderlijk is, hier onvoldoende tijd voor is en zij dit als eigen verantwoordelijkheid van de patiënt zien.

**Kennis van de sociale kaart volgens zorgmanagers**

Een kwart (25%) van de zorgmanagers geeft aan dat de zorgprofessionals binnen hun organisatie goed op de hoogte zijn van beschikbare organisaties, programma’s, instellingen en professionals op het gebied van leefstijlverandering waarnaar patiënten kunnen worden doorverwezen. Op de vraag hoe zij hier als zorgmanager aan bijdragen, worden onder andere de volgende werkwijzen genoemd:

- Onderlinge kennisoverdracht tussen medewerkers over de actuele sociale kaart, bijvoorbeeld tijdens werkoverleggen, intervisiebijeenkomsten of via een gezamenlijke appgroep waarin relevante informatie wordt gedeeld;
- Actuele (zorg)protocollen;
- Informatievoorziening via nieuwsbrieven en themapagina’s op het intranet;
- Aanbieden van scholing op dit gebied;
- Aanstelling van een aandachtsfunctionaris of verantwoordelijke per team.

Daarentegen geeft 57% van de zorgmanagers aan dat zorgprofessionals enigszins op de hoogte zijn van de sociale kaart. Bij 7% zijn zorgprofessionals niet op de hoogte, en 10% van de zorgmanagers geeft aan niet te

weten in hoeverre hun medewerkers bekend zijn met deze informatie. Zorgmanagers geven aan dat zij de volgende behoeften hebben om ervoor te zorgen dat zorgprofessionals beter op de hoogte zijn van de sociale kaart:

- Eén centrale, toegankelijke plek waar de sociale kaart actueel wordt gehouden.
- Betere samenwerking tussen disciplines in het sociaal domein.
- Meer inzicht in wat zorgverzekeraars wel en niet vergoeden.

Aanvullende interviews

In de verdiepende interviews met zes zorgprofessionals en vijf zorgmanagers is ook gevraagd naar de samenwerking met netwerkpartners.

Actieve inzet van zorgprofessionals

Zorgprofessionals zijn over het algemeen positief over de samenwerking met huisartsen, wijkteams, leefstijlcoaches en andere netwerkpartners. Een van hen vertelt hoe zij actief contact zocht met diëtisten en psychomotorisch therapeuten, simpelweg door te bellen en samenwerking voor te stellen. Dit leidde tot structurele afspraken met vaste partners. De sociale kaart van de gemeente wordt hiervoor vaak als uitgangspunt gebruikt.

Een andere zorgprofessional benadrukt dat succesvolle samenwerking afhankelijk is van eigen initiatief en kennis van het lokale aanbod.

Tegelijkertijd geeft een ander aan dat de samenwerking vaak beperkt blijft tot het doorgeven van namen en contactgegevens aan patiënten, zonder verdere afstemming.

Faciliterende rol van zorgmanagers

Zorgmanagers zien hun rol vooral als faciliterend en als bruggenbouwer tussen interne teams en externe partijen. Zij onderhouden actief contact met bijvoorbeeld tandartsen en investeren in het opbouwen van deze relaties. Een zorgmanager overweegt de GGD uit te nodigen om op gezette tijden aanwezig te zijn op locatie. Een andere zorgmanager stelt voor om bij het opstarten van samenwerking met netwerkpartners een gezamenlijke kick-off te organiseren. Op andere gebieden heeft deze aanpak de samenwerking merkbaar verbeterd. Juist voor netwerkgesprekken en activiteiten zou tijd en geld beschikbaar gesteld moeten worden (bijvoorbeeld om congressen te bezoeken).

1. Inleiding →

2. Samenvatting →

3. Somatische screening  
binnen de GGZ →

4. Toepassing  
kernaanbevelingen  
zorgstandaard Somatische  
screening →

5. Integratie van leefstijl in  
de GGZ →

6. Toepassing  
kernaanbevelingen  
zorgstandaard Leefstijl →

Vervolg en ondersteuning in de praktijk

De resultaten van dit praktijkonderzoek bieden waardevolle inzichten in de mate waarin leefstijl en somatische (basis)screening momenteel aandacht krijgen binnen de GGZ, en brengen kansen voor verbetering in kaart. Akwa GGZ neemt deze inzichten mee in de ondersteuning van het veld bij het toepassen van de zorgstandaarden in de praktijk. Dit gebeurt onder meer via kennisdeling, het ontwikkelen van scholingsmateriaal en praktische hulpmiddelen, en het faciliteren van uitwisseling en samenwerking tussen professionals.