

“OH JA,.. HEEFT U NOG LICHAMELIJKE KLACHTEN?”

Ontwikkeltraject van een signaleringsinstrument voor somatische problematiek bij thuiswonende zorgmijdende cliënten



Naam Student	Emma Struis
Studentnummer	1593964
E-mail	emma.struis@student.hu.nl
Opleiding	HU: MANP-GGZ
Cohort	2010-2012
Module	Ontwerpgericht onderzoek
Status artikel	Definitief, 29-6-2012
Naam studiebegeleider	Mathilde Bos
Naam mentor	Ellen Tromp
Beoogd Tijdschrift	Verpleegkunde
Referentiestijl	Vancouver
Artikel	4460 woorden (exclusief samenvattingen)
Samenvatting	301 woorden
Summary	284 woorden

“OH JA,..HEEFT U NOG LICHAAMELIJKE KLACHTEN?”

Ontwikkeltraject van een signaleringsinstrument voor somatische problematiek bij thuiswonende zorgmijdende cliënten



EMMA STRUIS¹, RN, *Verpleegkundig specialist GGZ i.o* , DR.ELLEN TROMP² & MATHILDE BOS, RN, MSc³

1. GGDMN(Gemeenschappelijke gezondheidsdienst Midden-Nederland, Zeist ,Nederland.

Correspondentie:estruis@ggdmn.nl

2. Epidemioloog, GGDMN, Zeist, Nederland

3..Docent, Hogeschool van Utrecht, Utrecht Nederland

SAMENVATTING

PROBLEEM EN DOEL. Mensen met psychiatrische stoornissen hebben meer kans op somatische aandoeningen dan de gemiddelde bevolking. Hulpverleners in de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) in de regio van GGD Midden-Nederland bereiken zorgmijdende cliënten thuis, maar besteden onvoldoende specifieke aandacht aan lichamelijke klachten. Het doel van dit ontwerpgericht onderzoek is te komen tot betere signalering van somatische aandoeningen bij zorgmijdende cliënten.

METHODE. Om inzicht te krijgen in het signaleren van somatische aandoeningen bij zorgmijdende cliënten is systematisch literatuuronderzoek verricht en zijn experts geraadpleegd. Geraadpleegde database zijn Pubmed, Cochrane library en Google scholar. Middels een enquête onder 54 OGGZ medewerkers in regio Midden Nederland is gevraagd naar de werkwijze van en de aandacht voor somatische aandoeningen bij thuiswonenden.

RESULTATEN. De literatuur richt zich vooral op screening van somatische aandoeningen bij patiëntengroepen met specifieke psychiatrische ziektebeelden en bij daklozen.

Cliëntonderzoek geeft aan dat aandacht voor en het serieus nemen van lichamelijke klachten kan bijdragen aan de kwaliteit van leven voor deze cliënten. Uit de enquête blijkt dat er weinig concrete vragen gericht op somatiek worden gesteld. Voor het in kaart brengen van somatische klachten zijn diverse screeningsinstrumenten voor handen die echter niet geheel aansluiten bij de OGGZ-praktijk.

CONCLUSIE. Het systematisch signaleren van somatische aandoeningen door OGGZ hulpverleners bij de zorgmijdende cliënt thuis gebeurt onvoldoende. De interventies die momenteel beschikbaar zijn, voldoen niet aan de voorwaarden van de OGGZ-praktijk en zullen aangepast moeten worden.

ONTWIKKELDE INTERVENTIE. In samenspraak met de experts en OGGZ hulpverleners is een concept instrument ontworpen: de vragenlijst “Eerste signalering van lichamelijke klachten” specifiek voor de OGGZ praktijk. Gestelde voorwaarden zijn dat het signaleringsinstrument de veel voorkomende aandoeningen signaleert en dat het gebruiksvriendelijk is, laagdrempelig, gemakkelijk en effectief.

NABESCHOUWING. Een pilot binnen de groep OGGZ medewerkers van regio Midden-Nederland zal moeten vaststellen of het ontworpen somatische signaleringsinstrument voldoet aan de gestelde voorwaarden.

Trefwoorden: (Medical) Comorbidity, Public mental health, Severe mental illness, physical health, screening, community, mental outreach services, interventions, selfneglect , neglect of self-care

Inleiding

Tegenwoordig is er binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg(GGZ) meer aandacht voor screening en signalering van somatische aandoeningen dan enkele jaren geleden. In een rapport in 2004 van de Inspectie van de Gezondheidszorg werd gesteld dat somatische zorg in de GGZ onder de maat was. Vervolgens hebben GGZ instellingen verbetertrajecten ontwikkeld. Praktijkervaring doet vermoeden dat de gestelde kritiek nog steeds geldt voor de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). Dit ontwerpgericht onderzoek richt zich op de OGGZ.



OGGZ- bemoeizorg praktijk

In Nederland zijn ongeveer 24.000 mensen met een psychiatrische aandoening niet (meer) in beeld bij de reguliere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Zij wonen thuis en verwaarlozen zichzelf zonder dat iemand dat in de gaten heeft, ze verblijven in de maatschappelijke opvang of zwerven op straat omdat ze dakloos zijn(1). Deze groepen hebben problemen waarvoor de reguliere zorg niet is ingericht. De openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) biedt een vangnetfunctie voor deze zorgmijdende mensen om zorg te organiseren die nodig is.

In de jaren '90 is vanuit de OGGZ hulp gestart onder het label 'bemoeizorg'. Meldpunten brengen zorgmijdende mensen in beeld bij OGGZ hulpverleners. Dit gebeurt onder meer in de regio van GGD Midden-Nederland vanuit Meldpunt Zorg en Overlast. Na een triage worden de meldingen doorgezet naar een geschikte hulpverleningsinstantie die vervolgens met bemoeizorg start. Bemoeizorg vindt plaats in de voorfase van een regulier hulpverleningstraject en wordt uitgevoerd door OGGZ medewerkers zoals sociaal (psychiatrisch) verpleegkundigen, woonbegeleiders en maatschappelijk werkers. Bemoeizorg kenmerkt zich door een onorthodoxe aanpak. Denk aan praten door de brievenbus, het afspreken in een buurtcafé en leidt vaak tot het accepteren van zorg.

Uit praktijkonderzoek blijkt dat ongeveer 70% van de gemelde cliënten last heeft van milde of ernstige vormen van psychiatrische problematiek, zoals depressies, verslaving, bipolaire stoornissen en angststoornissen. Dit is in combinatie met persoonlijkheidsproblematiek en problemen vanuit diverse leefgebieden. Zorgmijdende cliënten onderscheiden zich van de algehele populatie en andere psychiatrische cliënten door het feit dat ze niet zelf adequaat om hulp vragen ondanks allerlei problemen op verschillende

levensgebieden. Het niet kunnen formuleren van een hulpvraag en het ontbreken van adequate zelfzorg leidt tot maatschappelijke marginalisatie, financiële problematiek en/of sociaal isolement.

Bij psychiatrische cliënten vindt vaak onderdiagnostiek plaats van somatische aandoeningen (2-4,9). Mensen met psychiatrische stoornissen hebben meer kans op somatische aandoeningen dan de gemiddelde bevolking. Uit onderzoek onder 8000 psychiatrische patiënten in Amerika bleek 50% somatische comorbiditeit te hebben en 35% ongediagnosticeerde lichamelijke klachten(3). Mensen met psychiatrische aandoeningen hebben een gemiddeld lagere levensverwachting (variërend van 15 tot 25 jaar) dan de gemiddelde populatie, dit komt door een hoger aantal onnatuurlijke (suïcides en ongelukken) en natuurlijke oorzaken (3,4,6 ,9,14,17,18). Hoewel nog geen onderzoek heeft plaatsgevonden onder zorgmijdende cliënten is de veronderstelling dat ook bij deze groep sprake is van een verhoogde mortaliteit en onderdiagnostiek van somatische aandoeningen. Dit artikel heeft als uitgangspunt dat het hebben van lichamelijke klachten, bij adequaat medisch onderzoek kan duiden op een of meer somatische aandoeningen.

Er zijn diverse verklaringen voor de (ongediagnosticeerde) somatische comorbiditeit bij zorgmijdende mensen met een psychiatrische stoornis. Een combinatie van patiëntfactoren zorgt ervoor dat zorgmijders niet snel klagen, niet snel medische hulp opzoeken en niet veeleisend zijn ten aanzien van medische zorg. Dit komt door het kenmerkende ontwijkende gedrag van zorgmijdende cliënten, de psychische aandoeningen waaraan ze lijden en het ontbreken van ziekte-inzicht. De reguliere weg naar de huisarts wordt vaak niet gevonden (3,9-12). Bij zorgmijders ontbreekt bovendien veelal de mantelzorg/familie om steun te bieden. Ook blijkt uit onderzoek dat de kans op medicatieontrouw bij psychiatrische patiënten groter is dan bij de reguliere patiënt(8). Daarnaast kunnen psychofarmaca (metabole) bijwerkingen hebben en daarmee somatische problematiek veroorzaken (5,7). Vergeleken met niet-psychiatrische patiënten vertonen psychiatrische patiënten een hoger percentage risicogedrag in leefstijl, zoals roken, verslaving, slechte eetpatronen en gebrek aan beweging (3,10,11,13,17). Deze complicerende factoren hebben een ongunstig effect op de kwaliteit van leven.

Uit de resultaten van een enquête onder 54 OGGZ medewerkers blijkt dat de aandacht voor somatische aandoeningen een ondergeschikte rol speelt bij de hulpverlening. Dit ondanks het feit dat deze hulpverleners somatische zorg wel belangrijk zeggen te vinden. Somatische aandoeningen worden binnen de OGGZ doelgroep vaak laat of onvoldoende gesignaleerd. Veel niet-medisch geschoolde OGGZ hulpverleners vinden het moeilijk om lichamelijke klachten te signaleren en de ernst van de klacht in te schatten. Zij hebben behoefte aan een instrument dat hen ondersteunt bij de beslissing om de cliënt wel of niet door te verwijzen naar de huisarts. Dit ontwerpgerichte onderzoek richt zich op de vraag *hoe*

verborgen somatische problemen adequaat gesignaleerd kunnen worden door OGGZ hulpverleners bij thuiswonende zorgmijdende cliënten. Deze interventie moet het proces ondersteunen dat somatische aandoeningen adequaat worden opgespoord en behandeld, met als doel de kwaliteit van leven te bevorderen en onnodig lijden tegen te gaan.

Methode

Om somatische aandoeningen beter in beeld te kunnen brengen is gezocht naar een voor deze cliëntengroep en OGGZ medewerkers geschikte interventie.

Hiervoor is een literatuurstudie en praktijkonderzoek gedaan. Het praktijkonderzoek bestond uit een enquête, uitgezet onder OGGZ medewerkers en een expertraadpleging. De enquête is tevens gebruikt om te inventariseren of en hoe somatische aandoeningen momenteel worden gesignaleerd.

Literatuurstudie

Ter beantwoording van de onderzoeksvraag of en hoe somatische problemen worden gesignaleerd door OGGZ medewerkers bij thuiswonende zorgmijdende cliënten zijn er vanaf november tot februari 2012 verschillende bronnen geraadpleegd. Voor het literatuuronderzoek zijn databases Pubmed, Cochrane library en Google scholar gebruikt met de volgende zoektermen (*Medical*) *Comorbidity, Public mental health, Severe mental illness, physical health, screening, community, mental outreach services, interventions, selfneglect, neglect of self-care*. Door middel van de sneeuwbalmethode zijn relevante artikelen gezocht om aan meer bronnen te komen. Bij de zoekactie is de doelgroep geformuleerd als (zorgmijdende)psychiatrische patiënten in de westerse ambulante setting, volwassenen en ouderen. Tijdvak zoekacties: 2012-1995, Engelstalige en Nederlandse artikelen.

Enquête

OGGZ medewerkers (N=54), verbonden aan Meldpunt Zorg en Overlast zijn benaderd om deel te nemen aan een enquête. De reacties op de enquête zijn anoniem en via de website (thesistools) verkregen en geanalyseerd. De enquête, gericht op signalering van lichamelijke aandoeningen bij zorgmijdende psychiatrische cliënten, leverde relevante informatie op voor zowel de probleemanalyse als de oplossingsrichting.

Expertraadpleging

Tijdens het onderzoekstraject zijn 12 experts benaderd die actief en bekend zijn in het publieke debat binnen de OGGZ. Ze zijn benaderd om mee te denken over de probleemstelling en over de mogelijke oplossingsrichting. De groep van experts bestond uit:

4 straatdokters uit Utrecht, Amsterdam en Rotterdam, 4 huisartsen, 2 verpleegkundig specialisten en 2 OGGZ medewerkers.

Resultaten

Vanuit literatuurstudie en het praktijkonderzoek is naar een oplossingsrichting gezocht als antwoord op de vraag hoe verborgen somatische problemen beter gesignaleerd kunnen worden door OGGZ hulpverleners bij thuiswonende zorgmijdende cliënten.

Literatuurstudie

Er zijn geen specifieke artikelen over zorgmijdende cliënten gevonden in combinatie met somatische aandoeningen. Wel zijn diverse artikelen gevonden die ingaan op psychiatrische problematiek en signalering van somatische comorbiditeit. Uit twee onderzoeken blijkt dat verbetering van de lichamelijke gezondheid één van de belangrijkste onvervulde zorgbehoeften is bij ambulante (ex-)psychiatrische cliënten. Aandacht en het serieus nemen van lichamelijke klachten kan bijdragen aan de kwaliteit van leven voor deze cliënten(4,5). Cliënten pleiten ervoor dat er halfjaarlijks een somatische screening plaatsvindt. Zij stellen voor die screening te koppelen aan het contact met de huisarts.

In de literatuur wordt vooral geschreven over specifieke psychiatrische ziektebeelden, somatisch comorbiditeit en daklozen(3,4,6 ,9,14,17,18). Het belang wordt benadrukt dat bij mensen met een psychiatrische stoornis integrale zorg zowel gericht is op psychische als op somatische comorbiditeit. Dit is belangrijk omdat vroegtijdige herkenning en behandeling van somatische klachten de gezondheidstoestand en de kwaliteit van leven van de cliënt bevordert. Bovendien kan het positief bijdragen aan verlaging van mortaliteit bij mensen met een psychiatrische stoornis (2,3,21). Veel van deze verhoogde mortaliteit is te wijten aan de meest voorkomende ziekten, waaronder hart- en vaatziekten, respiratoire aandoeningen en endocriene ziekten zoals diabetes mellitus en maag- en darmaandoeningen (9,21).

De literatuur beschrijft enkele interventies die de signalering van somatische aandoeningen positief kunnen beïnvloeden. Het meest bruikbare screeningsinstrument dat in de literatuur beschreven is, is de "Physical Health Check" (PHC) van Phelan et al(15,20,22). Het doel van het instrument is het inventariseren van lichamelijke klachten en zorgbehoeften van cliënten met diverse psychiatrische aandoeningen. In Groot-Brittannië is dit instrument positief geëvalueerd en overgenomen als een vast concept binnen de OGGZ (20). Binnen deze screening is aandacht voor drie interventiegebieden: leefstijl, huidige gezondheidsstatus en gebruik van gezondheidszorg. De checklijst ten aanzien van de huidige gezondheidsstatus bestaat uit 21 items. De volgende symptomen komen aan de orde: extreme dorst, vaak en veel plassen, kortademigheid, plotselinge gewichtstoename/-afname, black-outs, obstipatie en seksueel disfunctioneren. Phelan et al hebben gezorgd dat

het instrument eenvoudig is en zonder training gebruikt kan worden door OGGZ medewerkers. Daarnaast stimuleert het instrument PHC om de cliënt in contact te brengen met de huisarts, ook vraagt het instrument om een actieplan. Bijvoorbeeld, meer aandacht voor juist medicijngebruik of gevarieerde voeding door betere kookgelegenheid. Het nadeel van het instrument is dat de lijst toch relatief lang is, en onduidelijk blijft of de cliënt wel of niet doorverwezen moet worden naar een huisarts.

Enquête

Om somatische aandoeningen beter in beeld te kunnen brengen is gezocht naar een voor de doelgroep geschikte interventie. Uit een enquête onder een groep OGGZ hulpverleners (N=54) blijkt dat 52% van de respondenten tijdens intake standaard vraagt naar lichamelijke aandoeningen en/of klachten. Ook gaf de enquête blijk van een brede groep disciplines onder de OGGZ medewerkers. De groep varieert van enkele verpleegkundig specialisten tot maatschappelijk werkers en woonbegeleiders van niet-medische scholing. Uit de enquête kwam naar voren dat er geen instrument gebruikt wordt dat somatische aandoeningen in kaart brengt. Ook ontbrak het aan een standaard vragenlijst die ondersteunend is voor medewerkers met niet-medische competenties en beperkte medische voorkennis. Veel niet medisch geschoolde OGGZ hulpverleners vinden het moeilijk om lichamelijke klachten te signaleren en de ernst van de klacht in te schatten.

De meeste OGGZ medewerkers gebruiken een algemene vraag als: "Heeft u nog lichamelijke klachten?". Daarnaast ziet 24% het altijd als haar verantwoordelijkheid om de cliënt met gesignaleerde lichamelijke klachten in somatische zorg te krijgen. Bijna alle medewerkers denken dat aandacht voor lichamelijke klachten bevorderend is voor contactgroei met hun zorgmijdende cliënten. Ze geven aan dat er zo een compleet beeld van de cliënt ontstaat. Vragen naar lichamelijke klachten is laagdrempelig. Uit de resultaten blijkt echter dat de hulpvraag specifiek gericht op lichamelijke problemen een ondergeschikte rol speelt bij de hulpverlening, De meest gestelde hulpvragen die door OGGZ-hulpverleners geformuleerd worden zijn: (toeleiden naar) psychiatrische diagnose en behandeling (24%) en (toeleiden naar) financiële hulpverlening (17%). Daarentegen scoort het (toeleiden naar) diagnose somatiek (5%) en lichamelijke verzorging (2%) veel lager. De OGGZ-hulpverleners geven aan wel gemotiveerd te zijn om somatische aandoeningen uit te vragen maar doen dit dus onvoldoende.

Expertraadpleging

De experts zijn benaderd om mee te denken over de vraag hoe verborgen somatische problemen beter gesignaleerd kunnen worden door OGGZ hulpverleners bij thuiswonende zorgmijdende cliënten. Negen van de 12 experts hebben op het verzoek gereageerd.

Verpleegkundig specialisten(18,19) hebben gewezen op bestaande instrumenten voor somatische screening. Veel best practices bestaan uit somatische screening verbonden aan een GGZ instelling. Hier zijn vaak verpleegkundig specialisten bij betrokken als initiator of als coördinator. De meeste screeningslijsten worden ingevuld bij bijwerkingenpoli's, tijdens opnamegesprekken van GGZ-instellingen, en bij dak-en thuislozenspreekuren. Daarbij worden ook metingen afgenomen zoals lengte, gewicht, bloeddruk en bloedonderzoek.

Een voorbeeld van een screeningsinstrument is "Risicoscore op hart- en vaatziekten, Diabetes Mellitus type 2 en nierinsufficiëntie" van het Nederlands huisartsen genootschap (NHG). In het instrument wordt de BMI en middelomtrek gemeten en wordt gevraagd naar rookgedrag en het voorkomen van hart- en vaatziekten en Diabetes mellitus-type 2 in de familie.

Een ander voorbeeld is de vragenlijst MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) De MATE is een gevalideerd meetinstrument, waarin tien items genoemd worden met betrekking tot lichamelijke gezondheid en wordt vooral gebruikt in de verslavingszorg. Bij het in kaart brengen van de lichamelijke klachten wordt een 5-punts Likertschaal (helemaal niet - voortdurend) gebruikt.

De metingen en vragen uit bovenstaande en enkele andere screeningsinstrumenten zijn duidelijk en relevant, maar lastig om door OGGZ medewerkers af te nemen. De groep OGGZ medewerkers bestaat uit diverse disciplines, daarom kunnen verpleegkundige handelingen zoals bloeddrukmetingen of bloedafname geen deel uit maken van het screeningsinstrument. Dit is een beperking waar in de oplossingsrichting rekening mee gehouden moet worden. Bovendien is het door de verschillende interpretaties van de scores in bovenbeschreven instrumenten lastig te bepalen of een cliënt wel of niet doorverwezen dient te worden naar een huisarts.

Conclusie

Dit ontwerpgericht onderzoek richt zich op de vraag hoe verborgen somatische problemen beter gesignaleerd kunnen worden door OGGZ medewerkers bij thuiswonende zorgmijdende cliënten. OGGZ medewerkers verwachten dat cliënten meer open staan voor vragen over lichamelijke klachten dan over psychische problemen en zeggen dat ze het belangrijk vinden om symptomen van somatische aandoeningen te signaleren.

Voor het in kaart brengen van somatische klachten en bijwerkingen zijn diverse instrumenten voor handen, maar deze sluiten niet geheel aan bij de OGGZ-praktijk. Binnen de OGGZ praktijk bestaat geen standaard vragenlijst die ondersteunend is voor medewerkers met niet-medische competenties en beperkte medische voorkennis. Veel niet medisch geschoolde OGGZ hulpverleners vinden het moeilijk om lichamelijke klachten te signaleren en de ernst van de klacht in te schatten. Voorwaarden voor het instrument is dat

het instrument makkelijk in gebruik is voor de diverse groep van OGGZ medewerkers, laagdrempelig en acceptabel voor de zorgmijdende cliënt. Veel van de verhoogde mortaliteit is te wijten aan veel voorkomende ziekten, waaronder hart- en vaatziekten, respiratoire aandoeningen en endocriene ziekten zoals diabetes mellitus en maag- en darmaandoeningen (9,22). Daarom is een ander criterium, dat kenmerkende lichamelijke klachten van deze aandoeningen gesignaleerd dienen te worden. Daarnaast moet het instrument de hulpverleners aanwijzingen geven om gericht in contact te komen met de huisarts.

Vanuit de literatuur is de Physical Health Check (PHC) een geschikt basismodel, omdat de lijst geschikt lijkt voor de cliënten doelgroep (15,20,22). Een aanpassing van dit instrument is nodig omdat de lijst vrij lang is, en geen ondersteuning biedt met criteria die OGGZ medewerkers nodig hebben om een beslissing te nemen in het wel of niet doorverwijzen naar een huisarts. Voor hen is het moeilijk om de ernst van de klacht in te schatten. Veel best practices bestaan uit somatische screenings verbonden aan een GGZ instelling. Hier zijn vaak verpleegkundig specialisten bij betrokken als initiator of als coördinator.

De MATE is een valide instrument voor de doelgroep met verslavingsproblemen. Daarom is het instrument niet zonder meer te gebruiken bij de zorgmijdende cliënt door OGGZ hulpverleners. Bovendien is het een zeer uitgebreid instrument dat vrij complex is voor de uitvoering. De tien items met betrekking tot lichamelijke gezondheid zijn niet direct terug te leiden op veel voorkomende gezondheidsklachten. Tenslotte is niet duidelijk wanneer er reden is tot (directe) verwijzing. De gevraagde items in de MATE en de PHC met betrekking tot lichamelijke gezondheid zijn bovendien niet direct terug te leiden naar veel voorkomende gezondheidsklachten.

Kortom, er is aanbod beschikbaar, met geschikte methoden, maar net voor een andere context. De beschikbare instrumenten kunnen wel dienen als leidraad voor de ontwikkeling van een nieuw instrument.

Op basis van bestaande instrumenten is er een screeningsinstrument ontworpen dat gebruikt kan worden in de dagelijkse praktijk van OGGZ hulpverleners.

Ontwikkeling van de somatische vragenlijst bij zorgmijders

De resultaten van een literatuurstudie, enquête en een expertraadpleging zijn gebruikt voor de ontwikkeling van een somatische vragenlijst. Dit instrument moet bruikbaar zijn in de dagelijkse praktijk van OGGZ hulpverlening aan zorgmijdende cliënten. De literatuurstudie en het praktijkonderzoek maakt duidelijk aan welke voorwaarden het instrument moet

voldoen. Het instrument moet kort en eenvoudig zijn, zonder training te gebruiken door OGGZ medewerker van verschillende disciplines zoals maatschappelijk werkers en woonbegeleiders en verpleegkundigen. Daarbij moet het instrument de hulpverleners aanwijzingen geven om gericht in contact te komen met de huisarts. Voor hen is het vaak moeilijk om de ernst van de klacht in te schatten. Een ander criterium is, dat kenmerkende lichamelijke klachten van de meest voorkomende aandoeningen gesignaleerd dienen te worden.

Vanuit de literatuur is een instrument, Physical Health Check(PHC) gevonden. Het instrument stimuleert om de cliënt in contact te brengen met de huisarts, ook vraagt het instrument om een actieplan. De vragenlijst is opgesteld voor een vergelijkbare doelgroep cliënten, maar voorziet niet in alle voorwaarden van een geschikt instrument. De gevraagde items in de MATE en de PHC met betrekking tot lichamelijke gezondheid zijn bovendien niet direct terug te leiden naar de meest voorkomende gezondheidsklachten.

De basis van de ontworpen vragenlijst "Eerste signalering van lichamelijke klachten" is een mix van de PHC, de MATE vragen, in combinatie met voorop liggende symptomen van de Top 4 ziekten: hart- en vaatziekten, respiratoire aandoeningen, endocriene ziekten en maag- en darmaandoeningen(9,21). De somatische vragenlijst is een signaleringsinstrument met deels open vragen en vragen die worden beantwoord op een driepunts Likert-schaal. Deze leiden met elkaar tot preventieve interventies en/of doorverwijzing naar een huisarts. Doorstrepen wat niet van toepassing is (algemeen) en aankruisen(specifiek) maakt dat er snel en eenduidig kan worden gescoord. De met groen, oranje en rood gearceerde kolommen geven aan of iets normaal lijkt of een reden is voor overleg met en /of directe doorverwijzing naar de huisarts. Op de achterzijde van het formulier is ruimte voor toelichting op de bevindingen, opsomming van medicatie en het opstellen van een actieplan ten aanzien van preventieve activiteiten of contact met de huisarts.

De feedback van de experts en enkele cliënten op het concept-signaleringsinstrument is verwerkt in de aanpassingen van het instrument. Zij wezen op andere specifieke aandoeningen die binnen de OGGZ doelgroep veel voorkomen zoals bewegingsbeperking, duizeligheid, gebitsproblemen en pijnklachten..De observatie 'Niet helder denken' is toegevoegd om af te wegen of het afnemen van een checklist zinvol is. Als de cliënt niet helder kan denken of dement is dan is het beter om direct contact op te nemen met de huisarts bij een eerste kennismaking. De feedback van experts bevestigde dat een handleiding noodzakelijk is voor de uitleg, vraagstelling en definities van gebruikte begrippen. Voorbeelden van toelichting zijn: Wat verstaan we onder gevarieerd eten, wanneer spreken we van diarree en obstipatie, wat verstaan we onder voldoende bewegen, wanneer is iemand goed verzorgd?

Concept Vragenlijst - ☺ "Eerste signalering van lichamelijke klachten"

Naam Cliënt:

Geboortedatum:

Algemeen:	Doorstrepen wat van niet toepassing is
Huisarts: contact laatst bezocht	<1 jaar / <5 jaar / >5 jaar -Nooit bezocht / geen huisarts
Voorgeschiedenis	naam HA: Luchtwegaandoeningen /Hart-en vaatziekten/Diabetes Mellitus/ Maag-Darm-Lever/ Anders,nl. :.z.o.z
Medicatiegebruik	Ja, nl.: z.o.z. 'nee / gebruik lijkt onder controle / gebruik lijkt zeer slordig
Algemene Klachten	Gebitsklachten / Stijfheid / Bewegingsbeperking / Moeheid / Duizelig Hoofdpijn / Slecht zicht- gehoor /Niet helder denken / Anders, nl.: z.o.z. '
Observaties	Wonden aan: Voeten/ Onderbenen/ Anders, nl.: z.o.z. ' Niet helder denken/Verward/. Anders, nl.: z.o.z. Bleekheid/ Blauwe lippen/ Gele huid of ogen/ Huiduitslag/ Anders, nl.: z.o.z. '
Gewicht(veranderingen) Aangeven indien bekend	Normaal / Zwaarlijvig / Mager / Gewicht: kg. Lengte: cm Laatste half jaar : afgevallen >5kilo / zwaarder> 5 kilo
Verslaving	Roken: nee ja ,.....sig. per dag Alcohol <2 eenheden(e.h.)/dag -->2 e.h. dag --> 5e.h.dag Drugsgebruik: nee ja, soort middel , nl. z.o.z
Voedingsgewoonten	Gevarieerd /zeer eenzijdig/ zeer weinig/ zeer veel
Lichaamsbeweging(lopen,sport)	Normaal:>1/2 uur per dag / (zeer) weinig <:>1/2 uur per dag
Zelfverzorging	Goed verzorgd/ /slecht verzorgd/ vervuild

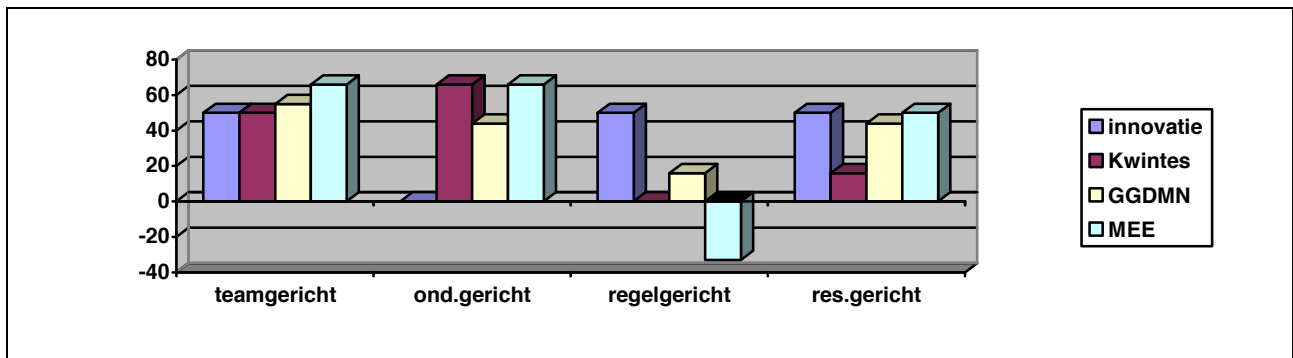
Specifiek:	Geen klachten	Twijfelachtige klachten	Ernstige klachten
Luchtwegklachten			
Hoesten (met slijm)	<input type="radio"/> niet	<input type="radio"/> >4 <10 dagen	<input type="radio"/> >10 dagen/of met bloed
Neusbloedingen	<input type="radio"/> nooit	<input type="radio"/> af en toe	<input type="radio"/> wkelijks
Kortademigheid	<input type="radio"/> na bijv. hardlopen	<input type="radio"/> na bij bijv. traplopen	<input type="radio"/> in rust
Pijn bij ademenhalen	<input type="radio"/> niet	<input type="radio"/> bij verkoudheid	<input type="radio"/> dgelijks
Hart- en vaatziekten			
Pijn op de borst	<input type="radio"/> niet	<input type="radio"/> onduidelijk	<input type="radio"/> af en toe
Hartkloppingen	<input type="radio"/> af en toe, bij inspanningen	<input type="radio"/> < 1 minuut	<input type="radio"/> >1 minuut
Dikke voeten/benen	<input type="radio"/> nooit	<input type="radio"/> < 1 maal per week	<input type="radio"/> > 1 maal per week
S' nachts plassen	<input type="radio"/> nooit	<input type="radio"/> 's avonds	<input type="radio"/> 's ochtends
Diabetes Mellitus,(DM)			
Extreme dorst	<input type="radio"/> soms	<input type="radio"/> soms	<input type="radio"/> >3 maal per nacht
Drinken	<input type="radio"/> 1-2 liter	<input type="radio"/> redelijk vaak	<input type="radio"/> dagelijks
"op watten lopen"/ tintel gevoel vingers, voeten	<input type="radio"/> nooit	<input type="radio"/> 2-4liter	<input type="radio"/> >4 liter
Maag-darm-lever (MDL)			
Chronische Diarree/ Obstipatie	<input type="radio"/> dagelijks	<input type="radio"/> twijfelachtig	<input type="radio"/> doof of tintelend gevoel in hand /voet/ tenen
Slikklachten	<input type="radio"/> nooit	<input type="radio"/> soms	<input type="radio"/> wkelijks /of met bloed
Misselijkheid/ Overgeven	<input type="radio"/> zelden tot nooit	<input type="radio"/> < 1 week>	<input type="radio"/> altijd
Buikpijn	<input type="radio"/> zelden tot nooit	<input type="radio"/> >2 weken <	<input type="radio"/> wkelijks
			<input type="radio"/> > 3 maal per week

Conclusie:			
Rapportcijfer van cliënt:			
Toelichting/actieplan (z.o.z.)	Preventie met leefstijl interventies	Overleg met huisarts Instemming contact opnemen met HA: ja /nee	Direct doorsturen naar huisarts

Implementatie

Het doel van dit ontwerpgerichte onderzoek is het realiseren van zorgverbetering voor zorgmijdende cliënten om zodoende de kwaliteit van leven van zorgmijdende cliënten te bevorderen en onnodig lijden tegen te gaan.

Om dit uiteindelijk te bereiken is een succesvolle implementatie van het ontwerp van belang. Het gaat bij een ontwerpgerichte aanpak zowel om 'uitvinden en ontwerpen' als 'invoeren en inbedden'. Er zijn in het algemeen meer ideeën van zorgverbeteringen dan implementaties, omdat de implementatie vaak niet goed zijn uitgevoerd(23). Voor een succesvolle implementatie is kennis nodig van factoren van de nieuwe interventie en van de organisaties die een rol spelen in een veranderingsproces. Om die kennis op te doen is de configuratiebenadering van Van Linge gebruikt.(24) Er zijn twee gevalideerde vragenlijsten ingevuld door verschillende OGGZ medewerkers van drie verschillende organisaties die de innovatie kunnen gaan gebruiken. De eerste vragenlijst is gericht op de kenmerken van de innovatie, de vragenlijst "Eerste signalering van lichamelijke klachten" en is ingevuld door een respondent die de innovatie goed kent. De tweede lijst is gericht op de organisatie en is ingevuld door vijf medewerkers van drie verschillende organisaties. Drie van hen zijn van GGDMN. De innovatiekenmerken zijn verdeeld in: team-, ondernemings-, regel- resultaatgericht. De grafiek laat zien hoe de verhouding is van de innovatiekenmerken tussen de innovatie en de organisaties



Figuur 1. Organisatiediagnose van 3 deelnemende zorgpartijen. De y-as geeft percentages weer van de 4 teamgerichte, ondernemingsgerichte, regelgerichte en resultaatgerichte innovatie kenmerken. De x-as geeft inzicht in de fit tussen innovatie en de 3 verschillende organisaties.

De analyse toont dat de fit tussen de innovatie en de organisaties vooral teamgericht is. De innovatiekenmerken van de drie organisaties komen niet geheel met elkaar overeen, waarbij regelgerichtheid de minste fit heeft met de innovatie. De implementatiestrategie zal een mix moeten zijn van verschillende interventies. Voor het OGGZ team van GGDMN, dat vooral team –en resultaatgericht is, zal een In-house implementatiestrategie passen met nadruk op doelgericht handelen maar ook op motivatie en meetbare uitkomsten met focus op het bedoelde resultaat. Doordat er een regelgericht ontwerp gemaakt is voor een organisatie met niet-regelgerichte kenmerken, zoals mogelijk bij Stichting MEE het geval is, lijkt het zinvol om

de focus te leggen op de teamgerichte configuratie. Daarbij is aandacht voor actieleren, reflectie en communicatie over het verloop van het proces. Voorop staat dat het instrument zo goed mogelijk aansluit bij de potentiële professionele gebruikers en de cliënt. Een pilot onder die OGGZ medewerkers, die verbonden zijn aan het Meldpunt Zorg en Overlast om de vragenlijst te testen is een eerste stap voor implementatie. Indicatoren voor meetbare resultaten kunnen zijn: meer contact van zorgmijdende patiënten met de huisarts, minder risicofactoren voor een slechte lichamelijke gezondheid, toename van somatische kennis van medewerkers, het volgen van gezonde leefstijl door cliënten en tevredenheid van de zowel de cliënt als de medewerkers. Bij tevredenheid gaat het om de criteria effectief, gebruiksvriendelijk en laagdrempelig.

Effectieve communicatie is essentieel om ervoor te zorgen dat relevante informatie wordt uitgewisseld. Bij de implementatie van deze interventie kan de verpleegkundig specialist een brugfunctie hebben tussen de OGGZ hulpverleners, de huisarts en de zorgmijdende cliënten.

Implicaties voor de praktijk

Voor het signaleren van somatische aandoeningen bij zorgmijders is de vragenlijst “Eerste signalering van lichamelijke klachten” ontwikkeld, welke een aanpassing is van bestaande meetinstrumenten, omdat er geen toereikend instrument was. Het instrument is voorgelegd aan experts met de vraag of zij een uitspraak willen doen of het potentieel heeft. Experts verwachten dat het instrument bruikbaar is in de praktijk, omdat het aansluit bij de vraag van de OGGZ medewerkers en indirect ook van de cliënten. Benadrukt wordt dat er een handleiding voor gebruik moet worden toegevoegd voor de OGGZ medewerkers. Of het geschikt is voor de cliëntendoelgroep moet nog worden getoetst. Daar ligt ook direct een minder sterk punt van het ontwerp: er is nog geen pilot op uitgevoerd. Er zijn slechts drie cliënten gevraagd wat ze van het ontwerp vinden. Zij waren zeer divers in hun reacties, voor de een is het een hele waslijst en voelt het als een diagnostisch instrument, waar ze normaal niet aan mee zouden willen werken. Voor de ander is het prima en wordt het als een soort menselijke “APK test “ gezien. De 2 OGGZ medewerkers die de vragenlijst hebben uitprobeerden denken er mee uit de voeten te kunnen omdat de lijst voldoet aan een bepaalde behoefte, namelijk structuur en kennisinput. Een tip van één medewerker was om een rapportcijfer toe te voegen welke de cliënt geeft over zijn/haar eigen lichamelijke gezondheid. De vraag is of de vragenlijst past in de werkmethode van de diverse OGGZ medewerkers. Het ontwikkeltraject is pril en behoeft een pilot voor zowel OGGZ medewerkers als cliënten. Interessant zal zijn of de uitkomsten mogelijkheden bieden om de gebruikersgroep uit te breiden.

De vragenlijst “Eerste signalering van lichamelijke klachten lijkt een bruikbaar instrument te zijn, dat ruim voldoende potentie heeft voor brede toepassing door OGGZ medewerkers bij de thuiswonende zorgmijdende cliënt. Zo is het ontwerp niet alleen een signaleringslijst maar ook onderdeel van een zorgproces dat begint met het in beeld krijgen van de cliënt tot aan behandeling van de somatische kwaal. Niet alleen signaleren, maar juist het gebruik van een actieplan ten aanzien van preventieve activiteiten, overleg en eventuele doorverwijzing, zal er toe doen. Preventieve activiteiten kunnen zijn: promotie van gezonde leefstijl zoals meer beweging en gezonde voeding. Het proces moet er voor zorgen dat somatische aandoeningen bij zorgmijdende cliënten adequaat worden opgespoord en behandeld en gezonde leefstijl wordt bevorderd.

De kosten van vroege signalering en behandeling van somatische aandoeningen en mogelijk daardoor hogere ziektekosten zullen afgewogen moeten worden tegen de uitgestelde mogelijk hogere ziektekosten. Vroeg signaleren van somatische problematiek voorkomt echter ook onnodig lijden en daardoor gezondheidswinst en een verbetering van kwaliteit van leven, welke moeilijk in kosten uit te drukken zijn.

Nabeschouwing

Dit onderzoek richtte zich op een hiaat in de zorg binnen de OGGZ. Voor het signaleren van somatische aandoeningen bij thuiswonende zorgmijders is een vragenlijst ontwikkeld. Het instrument is nog niet geïmplementeerd en getoetst in de praktijk, maar heeft potentieel voor een doelgroep die meer verdiend. Uitgebreider onderzoek, een pilot en een zorgvuldige implementatie zal moeten plaatsvinden om het gehele proces af te ronden.

SUMMARY

AIM. The aim of this project was to develop a best practice for professionals in public mental health care to identify underlying medical problems with clients who have neglect of self-care. The intervention should improve the functioning of the signalling and referral system to find and help the targetgroup at an early stage during home visits.

METHOD. A systematic review of literature was performed to find effective interventions to observe, measure and treat physical illness. Secondly, consultation took place by spreading a questionnaire to public mental healthworkers throughout different organisations and thirdly persons were consulted known for their expertise and knowledge on public mental health care .

RESULTS. The review of literature showed some instruments to use, but none of them had a complete fit for duplication. There are no evidence based interventions available for the target group of this study. These findings have led to the development of a concept somatic health check, which can be used by the professional in contact with the clients.

INTERVENTION. A questionnaire for use by public mental health workers is adapted to provide patient information with significant signs and symptoms of physical illness, monitor patients' health status, facilitate resolution of identified problems, and facilitate access to primary care. The instrument has to be short, low profile and effective. The 'First Physical Health questionnaire was submitted to experts. They added their point of view in the concept.

CONCLUDING. Insight was gathered in the helping and impeding factors regarding implementation by distributing the instrument. The "First Physical Health questionnaire" might prove a useful instrument with sufficient potential for a wide use among clients in the public mental health care. However, it still has to be implemented and systematically tested.

Keywords: Trefwoorden: (Medical) Comorbidity, Public mental health, Severe mental illness, physical health, screening, community, mental outreach services, interventions, selfneglect, neglect of self-care

Literatuur

- 1) Doedens P., Meulders WAJ, Knibbe RA, Handreiking bemoeizorg. Literatuurstudie, praktijkbeschrijving en aanbevelingen. Project Resultaten Scoren: uitgave GGZ-Nederland;2004.
- 2) O'Brien G, Bullock R, Black S, Cormac I, Jones G, Kerr M, Murphy M, Naylor K, Osborn D, Phelan M, Ramsay R. Physical health in mental health. Final report of a scoping group: London, UK: Royal college of psychiatrists; 2009.
- 3) Miller BJ, Bayard P, Dale P, Svendsen. Mortality and Medical Comorbidity Among Patients With Serious Mental Illness: *Psychiatric Services*,57:1482-1487;2006.
- 4) Vink M, Cetinturk G, Kilbasanli H, Huberts M, Kobaa R. Niet goed in je vel. Amsterdam:Amsterdam patiënten / Consumenten Platform(APCP);2009.
- 5) Tielen H. Doorbreek mijn isolement! Leiden:GGD Hollands Midden;2010.
- 6) Laere van I. Social medical care before and during homelessness in Amsterdam. Amsterdam: UVA;2010
- 7) Cahn W, Ramlal D, Bruggeman R. Preventie en behandeling van somatische complicaties bij anti-psychotica gebruik:*Tijdschrift voor psychiatrie* 2001;50: 9.
- 8) Bryson CL, Au DH, Sun H, Williams EC, Kivlahan DR, Bradley KA. Alcohol screening scores and medication nonadherence. *Ann Intern Med.* 2008 Dec 2;149(11):795-804.
- 9) Santhouse A, Holloway F. Physical Health of Patients in Continuing Care. *Advances in psychiatric treatment.* Royal college of psychiatrists, APT 1999, 5:455-462. Geraadpleegd van internet: <http://apt.rcpsych.org/> op November 23, 2011
- 10) Lawrence D, Kisely S. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology*; 2010; 24;(11) Supplement 4. 61–68.

- 11) Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, Maison P, Terra JL, Azorin JM. Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness. *Encephale* 2009 Sep;35(4):330-9.
- 12) Osborn D. The poor physical health of people with mental illness: *West J Med* 2001;175:329-332.
- 13) Duivis HE, Jonge de I, Penninx BJ, Ya Na B, Cohen BE, Whooley MA. Depressive symptoms, health behaviors, and subsequent inflammation in patients with coronary heart disease: *American Journal of Psychiatry* 2011;168:913-920.
- 14) Jones DR, Macias C, Barreira PJ, Fisher WH, Hargreaves WA, Harding CM. Prevalence, Severity, and Co-occurrence of Chronic Physical Health Problems of Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv.* 2004 November; 55(11): 1250–1257.
- 15) Phelan M, Stradins L, Amin D, Isadore R, Hitrov C, Doyle A & Inglis R. The Physical Health Check: A tool for mental health workers: *Journal of Mental Health* 2004;13; 277-284.
- 16) Department of Health. *Physical Health Handbook for Mental Health*. Australia: NSW; 2009
- 17) Hert de M, Schreurs V, Vancampfort D, Winkel van R. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: *World Psychiatry* 2009;8:15-22
- 18) Gool van R, Meijel van B. "Mind the body!" Somatische zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen vraagt om een multidisciplinaire aanpak: *Ned.tijdschrift voor Evidence based practice* -2-2012.
- 19) Middeldorp J, *Beter in Zorg, ontwikkeling van een zorgpad voor somatische bemoeizorg*. Best Practice studie; Utrecht; MANP; 2008.
- 20) Physical health check
[;http://www.rethink.org/how_we_can_help/research/service_evaluation_and_outcomes/physical_health_check/read_more_about_the.html](http://www.rethink.org/how_we_can_help/research/service_evaluation_and_outcomes/physical_health_check/read_more_about_the.html)

- 21) Druss BG, Bradford WD, Rosenheck RA, Radford M, Krumholz HM. Quality of Medical Care and Excess Mortality in Older Patients With Mental Disorders: Arch Gen Psychiatry 2001;58(6):565-572.
- 22) Samele C, Hoadley A, Seymour L. A systematic review of the effectiveness of interventions to improve the physical health of people with severe mental health problems, 2006
http://www.leeds.ac.uk/disabilitystudies/archiveuk/samele/Mental_Health_Effectiveness_Review_Executive_Summary.pdf
- 23) Niet van der A, Friele AD. Het gebruik van implementatiekennis in implementatieprojecten; Een analyse van 27 projecten uit het ZonMw deelprogramma Implementatie. Utrecht: NIVEL;2011.
- 24) Linge van R. Innoveren in de gezondheidszorg: theorie, praktijk en onderzoek; Maarsssen; 2006.