

Somatische screening binnen Pro Persona

*Een mixed method onderzoek naar de huidige organisatie en
uitvoering van somatische screening binnen Pro Persona*

Kwaliteitsproject

Auteurs:	A. Rasing (563211) M.N. Schooten (566840)
Opdrachtgevers:	E. Klopper M. te Ronde-van der Meij
Docentbegeleider:	M. van Bommel
Examinator:	R. van den Berg
Opleiding:	HBO-Verpleegkunde
Projectcode:	1718_2ZidP_60
Datum:	18 juni 2018

Colofon

Projectcode	1718_2ZidP_60
Opdrachtgevers	E. Klopper E.Klopper@propersona.nl AIOS Psychiatrie <i>Inhoudelijk projectleider Somatische Piramide</i> Pro Persona M. te Ronde- van der Meij M.te.Ronde@propersona.nl <i>Projectmanager Zorginnovatie en Kwaliteit</i> Pro Persona Pro Persona Wolfheze 2 6874 BE Wolfheze
Docentbegeleider	M. van Bommel Marlies.vanBommel@han.nl <i>Docent Instituut Verpleegkundige Studies</i> Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Examinator	R. van den Berg Rene.vandenBerg@han.nl <i>Docent Instituut Verpleegkundige Studies</i> Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Auteurs	A. Rasing (563211) a.rasing2@student.han.nl M.N. Schooten (566840) mn.schooten@student.han.nl
Opleiding	HBO-Verpleegkunde
Studiejaar	2017-2018
Onderwijseenheid	Zorginnovatie in de Praktijk (ZidP)
Inleverdatum	18 juni 2018
Onderwijsinstelling	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Kapittelweg 33, 6525 EN Nijmegen
Trefwoorden	Somatische screening Pro Persona Ernstig psychische aandoening Somatiek Psychiatrie

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoekverslag: "Somatische screening binnen Pro Persona". Een mixed method onderzoek naar de huidige organisatie en uitvoering van somatische screening binnen zes verschillende locaties van Pro Persona. Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van de onderwijseenheid Zorginnovatie in de praktijk, van februari tot en met juni 2018. Binnen de organisatie Pro Persona is het project "De somatische piramide" opgestart. Als onderdeel daarvan wil de organisatie weten hoe het gesteld is met de huidige organisatie en uitvoering van somatische screening. Dit is de aanleiding geweest voor het aandrigen van dit project.

Het onderzoek is uitgevoerd en beschreven door ons, Anouk Rasing en Mirte Schooten, twee derdejaars studenten HBO-Verpleegkunde aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, te Nijmegen. In het onderzoek zal worden verwezen naar ons, studentonderzoekers, als onderzoekers.

Wij hebben het schrijven en uitvoeren van dit onderzoek als ontzettend leerzaam ervaren. We hebben veel kennis op mogen doen over verschillende onderzoeksvaardigheden en ook over een werkveld waar wij voorheen weinig kennis over hadden, namelijk de geestelijke gezondheidszorg. Het uitvoeren van dit onderzoek heeft daarmee bijgedragen aan het vormen van een bredere visie op de gezondheidszorg en het verpleegkundig beroep. Wij zijn blij met het verloop van dit onderzoek en trots op het eindresultaat dat voor u ligt. Ook kijken we beiden met plezier terug op onze goede samenwerking.

Dit onderzoek was niet tot stand gekomen zonder de hulp van enkele personen. Via deze weg willen we deze mensen daarom bedanken: als eerste bedanken wij graag de organisatie Pro Persona voor het aanleveren van de opdracht. Hierbij specifieke dank voor onze opdrachtgevers vanuit Pro Persona, Esther Klopper (AIOS) en Marijke te Ronde (projectmanager). Esther bedankt dat wij deel uit mochten maken van jouw onderzoek "De somatische piramide" en bedankt voor het leveren van de inhoudelijke terugkoppeling en uitgebreide feedback op onze stukken. Marijke bedankt voor het geven van inzicht in de organisatie, voor het aandrigen van respondenten en voor jouw gedrevenheid en enthousiasme gedurende het onderzoek. Ook bedanken wij Raymond Brandt (VS) voor het geven van inzicht in het psychiatrisch werkveld. Marlies van Bommel, onze docentbegeleider, willen wij bedanken voor haar kritisch en inhoudelijke bijdrage aan het onderzoek. En voor het delen van haar visie op en kennis van het onderwerp deze hebben ons geholpen om de kwaliteit van dit onderzoek te versterken. Verder bedanken wij Meggie Meuleman voor de begeleidende werkgroepen tijdens deze onderwijseenheid. Naast deze docenten willen wij ook Nikki Klaessen en Suzanne Koning bedanken dat we bij hen terecht konden met vragen wanneer wij even vastliepen bij het schrijven.

Onze ouders willen we ook bedanken voor het lezen van en het geven van feedback op onze geschreven stukken en de hulp bij de afronding van de verslagen.

Als laatste bedanken wij de respondenten voor hun bereidheid om tijd vrij te maken voor het invullen van de vragenlijst, deelnemen aan interviews, hun kennis te delen en ons vanuit verschillende oogpunten inzicht geven in hoe somatische screening bij hen verloopt.

Anouk Rasing en Mirte Schooten
Nijmegen, juni 2018

Samenvatting

Achtergrond Door somatische screening kan er een stap worden gezet naar preventie, snellere herkenning en tijdige behandeling van somatische problemen bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Met de aandacht voor leefstijl kunnen bekende risicofactoren voor somatische ziekten, die ontstaan als gevolg van een ongezonde leefstijl en medicatiegebruik gunstig worden beïnvloed (V&VN, 2014). Binnen Pro Persona is er door de Raad van Bestuur sinds september 2017 een grootschalig project opgezet: De somatische piramide. Binnen dit project wordt de somatische zorg onderzocht. Een onderdeel van dit onderzoek is somatische screening. Hieruit is dit onderzoek "Somatische screening binnen Pro Persona" ontstaan.

Doelstelling Het doel van dit onderzoek was: *Eind juni 2018 is er een projectverslag geleverd waarin de huidige organisatie en uitvoering van de somatische screening binnen Pro Persona in kaart is gebracht voor de volgende locaties: Arnhem, Ede, Nijmegen, Pompekliniek Nijmegen, Tiel en Wolfheze.* Daarna kan een aanbeveling gedaan worden over de beïnvloedende factoren die de organisatie en/of uitvoering van somatische screening binnen Pro Persona beletten of bevorderen.

Methode In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een mixed method onderzoeksdesign. Er werd een vragenlijst over somatische screening uitgezet naar alle verpleegkundig specialisten (i.o.), verpleegkundigen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, binnen zes locaties van Pro Persona. Kwantitatieve informatie uit de online vragenlijst werd aangevuld met zeventien semi-structureerde interviews. De interviews zijn getranscribeerd en vervolgens thematisch gecodeerd en geanalyseerd.

Resultaten In de kwantitatieve data heeft 89% (N=110) van de respondenten aangegeven dat er een vorm van somatische screening wordt uitgevoerd. De frequentie van screening bleek in de meeste gevallen één keer per jaar te zijn en deze liep op tot vier keer per jaar. Uit de kwalitatieve data blijkt dat de screening op verschillende locaties door verschillende disciplines wordt uitgevoerd. De meest voorkomende disciplines zijn ambulant verpleegkundigen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Voor het uitvoeren van screening geeft de helft van de respondenten (n=70) aan een screeningsinstrument te gebruiken. Deze respondenten geven aan tien verschillende lijsten te gebruiken. Slechts vijf hiervan zijn gevalideerd. De andere helft van de respondenten gebruikt geen vragenlijst maar benoemt verschillende aspecten te bevragen. 92% (n=70) van de respondenten geeft aan bevindingen te rapporteren in het patiëntendossier. Uit de interviews blijkt dat de plek van deze rapportage in het EPD erg verschilt. Ook zit er veel verschil in de interventies die worden toegepast en de manier waarop er wordt teruggekoppeld met verschillende disciplines. Er worden vele verschillende bevorderende factoren ervaren door de respondenten van zowel de vragenlijst als de interviews. Van de belemmerende factoren vloeien de meeste voort uit een gebrek aan facilitering van uit organisatie.

Conclusie Er kan worden geconcludeerd dat de wijze waarop de organisatie en uitvoering van somatische screening plaatsvindt aanzienlijk verschilt per locatie. Het verschil betreft zowel de wijze waarop de screening wordt uitgevoerd, de frequentie waarmee dit gebeurt, de discipline die dit uitvoert, de meetinstrumenten die gebruikt worden, de wijze waarop de resultaten worden vastgelegd en welke vervolgacties hieruit voortvloeien. Dit kan grotendeels verklaard worden door de onduidelijkheid die er heerst onder de medewerkers binnen de organisatie rondom de "Somatiek" en "Somatische screening". Deze onduidelijkheid vloeit mogelijk voort uit een gebrekkige facilitering vanuit Pro Persona.

Keywords Somatische screening, Pro Persona, ernstig psychische aandoening, somatiek en psychiatrie.

Inhoudsopgave

Colofon	2
Voorwoord	3
Samenvatting	4
Inhoudsopgave	5
1. Inleiding	7
1.1 Probleemstelling	9
1.2 Vraagstelling en doelstelling	9
2. Theoretisch kader	10
2.1 Somatische screening	10
2.2 Uitvoering somatische screening	11
2.3 Bevorderende en belemmerende factoren	13
2.4 Setting Pro Persona	15
2.5 Setting en patiëntencategorie	17
2.6 Zorg piramide	18
2.7 Literatuuronderzoek	19
2.8 Verpleegkundige relevantie	19
3. Methode	21
3.1 Onderzoeksdesign	21
3.2 Onderzoekspopulatie	21
3.3 Steekproef	23
3.4 Dataverzameling	24
3.5 Dataverwerking en -analyse	28
3.6 Data-analyse	28
3.7 Zorgvuldigheidseisen	29
4. Resultaten	33
4.1 Onderzoekspopulatie	33
4.2 Deelvraag 1: In welke mate vindt er somatische screening plaats binnen de verschillende locaties van Pro Persona?	34
4.3 Deelvraag 2: Wie voert of voeren de somatische screening uit?	38
4.4 Deelvraag 3: Welke instrumenten worden er gebruikt voor de uitvoering van somatische screening?	41
4.5 Deelvraag 4: Hoe worden de bevindingen/resultaten van de somatische screening gerapporteerd?	44
4.6 Deelvraag 5: Welke factoren bevorderen of belemmeren de hulpverleners bij de organisatie en uitvoering van somatische screening?	48
5. Discussie	53
5.1 Interpretatie van resultaten en vergelijking met literatuur	53
5.2 Kwaliteit van het onderzoek	57
5.3 Toepasbaarheid in de praktijk	61
5.4 Generaliseerbaarheid	62
6. Conclusie	63
6.1 Deelvraag 1: In welke mate vindt er somatische screening plaats binnen de verschillende locaties van Pro Persona?	63
6.2 Deelvraag 2: Wie voert of voeren de somatische screening uit?	63
6.3 Deelvraag 3: Welke instrumenten worden er gebruikt voor de uitvoering van somatische screening?	64
6.4 Deelvraag 4: Hoe worden de bevindingen/resultaten van de somatische screening gerapporteerd?	64
6.5 Deelvraag 5: Welke factoren bevorderen of belemmeren de hulpverleners bij de organisatie en uitvoering van somatische screening?	65
6.6 Hoofdvraag oftewel de vraagstelling: Op welke wijze vindt er somatische screening plaats binnen de verschillende locaties van Pro Persona?	65
7. Aanbevelingen	67
7.1 Praktijk	67
7.2 Onderwijs	68
7.3 Vervolgonderzoek	68
Bibliografie	70
Bijlage 1 Transparante en reproduceerbare rapportage van de systematische zoekstrategie	75
Bijlage 2 Level-of-evidence tabel	92
Bijlage 3 AGREE II-instrument	100

Bijlage 4 Ingevulde verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens.....	103
Bijlage 5 Informatiebrief vragenlijst.....	105
Bijlage 6 Vragenlijst somatische screening.....	106
Bijlage 7 Informatiebrief interviews	113
Bijlage 8 Informed Consent.....	114
Bijlage 9 Interviewgide	115
Bijlage 10 Topiclijst	117
Bijlage 11 COREQ	118

1. Inleiding

Iedereen is weleens bang of angstig, voelt zich somber of hoort af en toe een stemmetje in zijn hoofd. Maar wat nu als deze dingen of symptomen die bij iedereen sporadisch voorkomen, opeens elke dag aan de orde zijn? Wanneer deze gedragingen ernstig ongemak of lijden teweeg brengen bij de persoon zelf of zijn/haar omgeving, dan spreken we over het algemeen van een psychische aandoening (Netwerk voor zorg en welzijnsopleidingen, z.d.).

Als iemand een psychische stoornis heeft of ontwikkelt is er sprake van een disbalans van de geestelijke gezondheid. De psychische/geestelijke gezondheid wordt volgens de WHO (2001) gedefinieerd als een staat van welzijn waarin een individu zijn of haar eigen potentieel kan realiseren, om kan gaan met de normale stress van het leven, productief kan werken en kan bijdragen aan de gemeenschap.

Om beter inzicht te krijgen in de verschillende psychische stoornissen is er in 2013 een nieuwe versie van de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), de DSM-5, ontwikkeld. Hierin staan alle geestelijke aandoeningen uitgebreid beschreven per categorie. "De DSM-5 is een classificatiesysteem waarin internationale afspraken zijn gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis op basis van (nieuwe) wetenschappelijke inzichten" (Nvvp, 2014).

Op Europees niveau bekeken heeft 27% van de bevolking ten minste één psychische stoornis (WHO, z.d.). Vrouwen werden vaker gediagnosticeerd met een psychische stoornis dan mannen (33,2% vs. 21,7%). Als we kijken naar psychische stoornissen onder de Nederlandse bevolking heeft bijna de helft (42,7%) van de volwassen Nederlandse bevolking in de leeftijdscategorie 18 tot en met 65 jaar ooit te maken gehad met een psychiatrische stoornis of aandoening, blijkt uit cijfers van 2012 van de NEMESIS-2.

Het verschil tussen psychische stoornissen bij mannen en vrouwen is eenvoudig aan te duiden. Zowel op wereld, Europees en Nederlands niveau bekeken kampen vrouwen vaker met een angst- of stemmingsstoornis, terwijl mannen vaker een middelenstoornis of ADHD hebben. Daarnaast hebben mannen ook meer kans op het krijgen van een aandachtstekort- of gedragsstoornis blijkt uit het onderzoek NEMESIS-2 (2012). Ook is er binnen leeftijdscategorieën een verschil in hoe vaak psychische stoornissen voorkomen. Jongeren hebben een grotere kans op stoornissen, zoals misbruik van middelen of een stemmingsstoornis. Onderzoek laat zien dat de jongere leeftijdsgroep acht keer zoveel kans heeft op een stoornis in het gebruik van middelen dan de oudste leeftijdsgroep in het onderzoek (NEMESIS-2, 2012).

Volgens Rijksoverheid (z.d.-a) krijgt 4 op de 10 Nederlanders te maken met psychische problemen. De overheid pleit ervoor dat deze mensen de hulp krijgen die zij behoeven via de huisarts, basis GGZ of gespecialiseerde GGZ. Volgens de consensus groep EPA telt Nederland, in 2013, ongeveer 216.000 GGZ-cliënten met een ernstige psychische aandoening (EPA) (Trimbos instituut, 2018).

Pro Persona behandelt zowel mensen die vallen onder de basis als specialistische GGZ. In 2016 werden er 1565 volwassenen bij Pro Persona, geclassificeerd in de basis GGZ, behandeld. Daarnaast werden er nog 10.335 mensen behandeld volgens specialistische GGZ, waaronder 891 jeugdigen, 7421 volwassenen en 2023 ouderen (Pro Persona, 2017).

In 2015 werden er relatief gezien veel meer mensen ambulante behandeld dan klinisch, respectievelijk 13.579 mensen (1.367 jeugd, 10.372 volwassenen, 1.840 ouderen) en 2.633 mensen (14 jeugd, 2.129 volwassenen en 490 ouderen) (Pro Persona, 2016). De mensen die behandeld worden bij Pro Persona worden binnen dit onderzoek onderverdeeld in twee categorieën, namelijk mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en overig.

Het is bekend (Bak et al., 2014) dat mensen met een psychiatrische aandoening, naast een disbalans in hun geestelijke gezondheid, ook een mindere algehele gezondheid hebben. Dit houdt in dat er naast psychische problematiek ook veelal somatische klachten/aandoeningen aanwezig zijn. Dit beïnvloedt op verschillende manieren het gevoel van welbevinden en gezondheid.

Binnen Pro Persona is er sinds september 2017 een grootschalig project opgezet: De somatische piramide. Dit project wordt op verzoek van de Raad van bestuur van Pro Persona opgepakt door, arts in opleiding tot medisch specialist (psychiater), Esther Kloppe (onder supervisie) en Marijke te Ronde als projectmanager. Binnen dit project onderzoeken zij, voor iedere fase, hoe de somatische zorg binnen Pro Persona is georganiseerd, waar de risico's en knelpunten liggen en welke verbeterpunten er mogelijk zijn. Binnen dit project wordt ook de pijler: *lichamelijke gezondheid* binnen Pro Persona onderzocht. Een onderdeel hiervan is de somatische screening.

Een somatische screening is een screening gericht op het in kaart brengen van de lichamelijke gezondheid bij patiënten met een psychische aandoening. De screening is van belang om mogelijkheden te vinden om de risico's op en gevolgen van lichamelijke aandoeningen te verminderen (GGZWNB, 2018).

De somatische screening zoals beschreven in de richtlijn "*Somatische screening bij EPA patiënten*" (Bak et al., 2014) is opgedeeld in drie delen: algemene somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijl. Door de algemene somatische screening en het medicatiegebruik in kaart te brengen kan een stap worden gezet naar preventie, snellere herkenning en een tijdige behandeling van somatische problemen bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Met de aandacht voor leefstijl kunnen bekende risicofactoren voor somatische ziekten, die ontstaan als gevolg van een ongezonde leefstijl en medicatiegebruik gunstig worden beïnvloed (Bak et al., 2014).

"Dhr P van 35 jaar oud werd met spoed voor het eerst in zijn leven opgenomen in een psychiatrische instelling. Hij had een psychose met hallucinaties en waanideeën. Er werd gedacht aan schizofrenie of psychose door cannabisgebruik. Hij kreeg antipsychotica om de psychose te behandelen en begeleiding bij het stoppen met drugsgebruik. Niemand had echter oog voor zijn lichamelijke gezondheid in algemene zin. Er is nooit een lichamelijk onderzoek met neurologisch onderzoek verricht. Anders had men gezien dat hij niet recht kon lopen en coördinatiestoornissen had. Na een val van zijn fiets kwam hij op de SEH terecht waar ze een CT scan maakten van zijn hoofd, hij bleek een hersentumor te hebben."

De bovenstaande casus benadrukt het belang van somatische gezondheid bij mensen met een (gediagnosticeerde) psychische aandoening. Dit komt ook naar voren in Hasselt (2013). Uit dit onderzoek blijkt dat mensen met een ernstige psychische aandoening gemiddeld een 13 tot 30 jaar kortere levensverwachting hebben dan de algemene bevolking. Onnatuurlijke doodsoorzaken (bijv. suïcide) vormen maar een gedeelte van de gedaalde levensverwachting. Een groter gedeelte, namelijk 60%, wordt veroorzaakt door natuurlijke doodsoorzaken. Hiervan wordt het grootste gedeelte verklaard door een vergroot risico op lichamelijke ziekten. Denk hierbij aan suikerziekte en hart- en vaatziekten (Hasselt, 2013).

Bovenstaande literatuur, in combinatie met artikelen die terug te vinden zijn in het theoretisch kader, geven aan dat het van belang is om de lichamelijke gezondheid bij psychiatrische patiënten goed te monitoren, zodat er gerichte preventie en vroegtijdige behandeling kan worden ingezet.

Binnen Pro Persona is het momenteel onvoldoende duidelijk hoe de organisatie en uitvoering van somatische screening bij alle psychische patiënten op de verschillende locaties (Arnhem, Ede, Nijmegen, Pompekliniek Nijmegen, Tiel en Wolfheze) verloopt. Door deze onduidelijkheid heeft Pro Persona niet helder of de huidige zorgverlening geoptimaliseerd kan en/of moet worden. Bovendien kan de onduidelijkheid over dit aspect leiden tot problemen op zowel patiënt- als organisatieniveau, namelijk:

Patiëntniveau: er is onvoldoende duidelijkheid over de organisatie en uitvoering van somatische screening binnen de gehele organisatie Pro Persona voor alle patiënten. Dit kan theoretisch nadelige gevolgen of risico's met zich meebrengen voor de algehele gezondheid van deze patiënten.

Organisatieniveau: de organisatie heeft niet duidelijk hoe de organisatie en uitvoering van somatische screening geregeld is. Hierover is geen uniform beleid opgesteld, waardoor de organisatie niet kan inschatten of de huidige zorg de meest optimale en kwalitatief goede zorg is die zij zou kunnen leveren.

Daarnaast is gebleken uit een rechtszaak (Crul, B.V.M., & Rijkssen, W.P., 2006) dat ook de rechtstaat pleit voor voldoende aandacht voor somatiek binnen de psychiatrie. In de zaak sprak het Centraal Tuchtcollege haar zorgen uit over een instelling waarin de verantwoordelijkheden voor de somatische en psychiatrische zorg te zeer van elkaar gescheiden waren. Als een hulpverlener een somatische oorzaak niet her- of erkend én de patiënt hier nadelige gevolgen van ondervindt kan dit lijden tot een tuchtcollege waarbij een beroep gedaan wordt op jurisprudentie. Dit levert de organisatie veel onnodige kosten en slechte publiciteit op.

1.1 Probleemstelling

Probleemstelling binnen praktijkgericht onderzoek kan volgens Verschuren (2009, p.155) als volgt worden gedefinieerd: "Een discrepantie tussen een feitelijke (F) en een wenselijke (W) toestand of ontwikkeling, waarvan we niet weten hoe we deze discrepantie kunnen opheffen". Hierin is binnen dit onderzoek de 'F': het is op dit moment onvoldoende duidelijk over hoe de somatische voorgeschiedenis, gebruik van medicatie, comorbiditeit bij en leefstijl van de patiënten in kaart wordt gebracht. De 'W' is: binnen Pro Persona vindt er een reproduceerbare somatische screening plaats waardoor de zorgverlening geoptimaliseerd wordt.

Uit bovenstaande informatie kan de volgende probleemstelling worden gedefinieerd:

Het is momenteel onvoldoende duidelijk hoe de organisatie en uitvoering van somatische screening binnen Pro Persona plaatsvindt. Hierdoor kan er geen uitspraak gedaan worden over de wijze van optimalisering van de zorgverlening.

1.2 Vraagstelling en doelstelling

Naar aanleiding van de bovenstaande probleemstellingen is de volgende hoofdvraag opgesteld: *Op welke wijze vindt er somatische screening plaats binnen de verschillende locaties van Pro Persona?*

Uit bovenstaande hoofdvraag zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- In welke mate vindt er somatische screening plaats binnen de verschillende locaties van Pro Persona?
- Wie voert of voeren de somatische screening uit?
- Welke instrumenten worden er gebruikt voor de uitvoering van somatische screening?
- Hoe worden de bevindingen/resultaten van somatische screening gerapporteerd?
- Welke factoren bevorderen of belemmeren de hulpverleners bij de organisatie en uitvoering van somatische screening?

Middels bovenstaande hoofdvraag streven de onderzoekers er naar de onderstaande doelstelling te behalen.

Eind juni 2018 is er een projectverslag geleverd waarin de huidige organisatie en uitvoering van de somatische screening binnen Pro Persona in kaart is gebracht voor de volgende locaties: Arnhem, Ede, Nijmegen, Pompekliniek Nijmegen, Tiel en Wolfheze. Daarna kan een aanbeveling gedaan worden over de beïnvloedende factoren die de organisatie en/of uitvoering van somatische screening binnen Pro Persona beletten of bevorderen.

2. Theoretisch kader

Binnen dit hoofdstuk worden de somatische screening, setting en patiëntencategorie en de zorgpiramide beschreven. Deze onderwerpen worden toegelicht, omdat de onderzoekers met het belichten van deze onderwerpen de gestelde deelvragen en uiteindelijk de hoofdvraag hopen te beantwoorden. Ook zal worden uitgelegd op welke wijze het literatuuronderzoek heeft plaatsgevonden. Tot slot zal de verpleegkundige relevantie met betrekking tot het onderzoek worden verduidelijkt.

2.1 Somatische screening

2.1.1 Belang

In de inleiding is beschreven dat de levensverwachting van mensen met een EPA 13 tot 30 jaar korter is dan het gemiddelde van de algemene bevolking. Ook wordt toegelicht dat een vergoed risico op lichamelijke ziekten hier een grote rol in speelt (Hasselt, 2013). De volgende literatuur duidt het belang aan voor aandacht voor goede somatische zorg bij mensen met psychische aandoeningen.

Het onderzoek Van de Berg et al. (2014) geeft de meerwaarde van de somatische screening en lichamelijk onderzoek in de ambulante psychiatrie/setting weer. Hieruit is gebleken dat bij 45,7% van de patiënten een zorgelijk somatisch aspect werd gevonden bij somatische screening, dat vooraf onbekend was. Ook blijkt uit onderzoek dat verschillende somatische aandoeningen frequenter voorkomen bij patiënten met een ernstige psychische aandoening (Asai, I., et al., 2011). Leefstijlfactoren, bijwerkingen van medicatie en mindere toegang tot de juiste zorg, lijken de grootste belemmeringen op somatisch gebied voor EPA-patiënten te zijn. Daarnaast is een grote groep psychiatrische patiënten actief zorg mijdend. Hier komt bij dat patiënten met een psychische aandoening die meerdere malen worden heropgenomen vaker te maken hebben met comorbiditeit dan psychische patiënten die eenmalig worden opgenomen (Haaramo, Šprah, Wahlbeck, & Zvezdana Dernovšek, 2017).

Bovendien heeft de somatiek invloed op de effectiviteit van psychische therapieën. Uit onderzoek van Brown, Cui, Cummings, Tate & Skidmore (2016) blijkt namelijk dat het aanpakken van somatische gezondheid tijdens therapieën voor depressie en middelenmisbruik een positief effect kan hebben op de behandeling.

Dat somatische en psychische gezondheid in verschillende leeftijdscategorieën nauw samen vallen blijkt ook uit onderzoek van Albano A.M et al., 2014. Hierin wordt beschreven dat het aanpakken van somatische kernmerken van angststoornissen bij jeugdigen er voor kan zorgen dat er accuratere diagnoses omtrent angst bij jeugd kunnen worden gesteld.

Uit de vele literatuur is dus gebleken dat somatische en psychische problemen beiden relevant zijn om te onderzoeken bij patiënten. Door zowel aandacht te hebben voor de psychische als somatische gezondheid van de patiënt wordt zijn algehele gezondheid bevordert. Hierdoor kan de patiënt zijn welzijn als meer positief ervaren.

2.1.2 Richtlijn

In Nederland is er in 2014 een richtlijn ontwikkeld met betrekking tot somatische screening: "Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening" (Bak et al., 2014). De richtlijn is geschreven door de werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl. De onderzoekers hebben de richtlijn beoordeeld met behulp van het AGREE II-instrument. De richtlijn kreeg hierbij een score van 62% (AGREE Next Steps Consortium, 2009).

Het belang van somatische zorg zoals beschreven in de literatuur, de verlaagde levensverwachting van EPA patiënten en de verhoogde directe en indirecte zorgkosten van EPA patiënten vormden destijds de aanleiding voor het schrijven van de richtlijn.

De richtlijn is een hulpmiddel voor alle beroepsgroepen die zorg verlenen aan mensen met een ernstige psychische aandoening. De richtlijn richt zich op volwassen patiënten (18-65 jaar) met een ernstige psychische aandoening of een verhoogd risico op een ernstige psychische aandoening. Hiervoor is gebruik gemaakt van de definitie van EPA zoals deze is beschreven wordt in de consensusgroep & Delespaul (2013). Deze definitie is eerder in dit theoretisch kader vermeld bij setting en patiëntencategorie.

Het in kaart brengen van medicatiegebruik en de algemene somatische screening kunnen ervoor zorgen dat er een stap kan worden gezet naar preventie, snellere herkenning en tijdige behandeling van somatische problemen bij mensen met EPA. Door aandacht te hebben voor leefstijl kan er invloed uitgeoefend worden op bekende risicofactoren voor somatische ziekten, die ontstaan als gevolg van medicatiegebruik en een ongezonde leefstijl (Bak et al., 2014).

De richtlijn beveelt, op basis van zeven belangrijke systematische onderzoek publicaties, aan dat er gescreend wordt op drie gezondheidsaspecten: algemene somatische screening, medicatie en leefstijl. Om de screening overzichtelijk te maken is er een Stroomschema somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening opgesteld. Deze is te vinden in de richtlijn. In dit stroomschema staat tevens een indicatie van hoe vaak bepaalde vormen van screening moeten worden uitgevoerd (Bak et al., 2014).

2.2 Uitvoering somatische screening

2.2.1 Richtlijn

In de richtlijn “*Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening*” (Bak et al., 2014, p.22) wordt beschreven wie er verantwoordelijk is voor de somatische screening. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in de settingen klinisch en ambulant. In de klinische setting stemmen de volgende disciplines met elkaar af wie de verantwoordelijkheid draagt betreffende somatische screening: somatische arts, psychiater, verpleegkundig specialist en verpleegkundige. In de ambulante setting valt de verantwoordelijkheid van observatie en signalering onder de casemanager die is aangesteld bij de patiënt. Hij is daarnaast verantwoordelijk voor de continuïteit en coördinatie.

Bij het uitvoeren van de somatische screening is het van belang dat de hulpverlener bekwaam is. Een hulpverlener moet betrokken zijn bij de zorgverlening van de patiënt en getraind en geschoold zijn.

Tabel 1 toont dat de drie onderdelen van de somatische screening uitgevoerd mogen worden door verschillende hulpverleners worden.

Tabel 1

Uitvoerders van somatische screening

Onderdeel/Discipline	Algemene somatische screening	Medicatiemonitoring	Leefstijlanamnese
Psychiater	X	X	X
Somatische arts GGZ	X		X
Huisarts	X		
Physician assistant	X		
Verpleegkundig specialist GGZ	X		X
SPV	X	X	
POH-GGZ	X		
Verpleegkundige	X		
Casemanager	X		X

“Bak et al. (2014, p.19)”

2.2.2 Pro Persona

Binnen Pro Persona zijn de psychiaters eindverantwoordelijk. In de richtlijn “*Psychiatrische diagnostiek*” (2015), afkomstig van de NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie) wordt de rol van psychiater bij het somatische onderdeel beschreven. De aanbeveling luidt ook hier dat het belangrijk is om de lichamelijke gezondheidstoestand bij psychiatrische diagnostiek te betrekken, zodat somatische factoren in kaart kunnen worden gebracht. Bovendien bevelen ze aan alert te blijven op veranderingen op somatisch gebied en de invloed die deze kunnen hebben op verdere psychiatrische diagnostiek. De psychiater is namelijk verantwoordelijk voor zowel psychiatrische als somatische zorg voor de patiënt. Wel wordt beschreven dat de psychiater de somatische screening niet altijd zelf moet uitvoeren en dit blijkt ook uit de praktijk. De reden hiervoor is dat in de praktijk psychiaters te duur zijn om deze uitvoering te doen en daarnaast valt het niet binnen hun takenpakket, aldus de opdrachtgever. Alleen bij opname is het verplicht dat de somatische screening binnen vierentwintig uur wordt uitgevoerd een AIOS psychiatrie (arts in opleiding tot medisch specialist).

Het beleid van Pro Persona is dat de uitvoering plaatsvindt door verpleegkundig specialisten (VS), sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen (SPV-en) en ambulant verpleegkundigen (ambulant vpk). Als er gekeken wordt naar het beroepsprofiel van een verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg valt dit inderdaad onder de verantwoordelijkheden. “De verpleegkundig specialist heeft specifieke aandacht voor comorbiditeit van verschillende psychiatrische stoornissen en van psychiatrische en somatische aandoeningen.” (V&VN, 2012, p, 35).

Daarnaast voeren in de klinische setting vooral de verpleegkundigen somatische screening uit na diagnosestelling.

2.2.3 Meetinstrumenten

Zoals al eerder aangegeven is het niet duidelijk of er binnen Pro Persona somatische screening uitgevoerd wordt en er is hierdoor ook niet bekend of er gebruik gemaakt wordt van meetinstrumenten. Om dit in kaart te brengen is literatuur bestudeerd over de beschikbare/al bestaande meetinstrumenten. In Nederland worden de volgende instrumenten gebruikt voor somatische screening, medicatiemonitoring en leefstijlanamnese bij mensen met EPA:

- **PHAMOUS: PHARmacotherapy Monitoring and OUtcome Survey**
Bij de Phamous-screening wordt een lichamelijk en psychisch onderzoek gedaan en wordt de tevredenheid over verschillende levensgebieden onderzocht. De screening duurt ongeveer twee uur en bestaat uit een aantal onderdelen.
- **SRA: Subjectieve Reactie op Antipsychotica vragenlijst**
De Subjectieve Reactie op Antipsychotica vragenlijst (SRA) is een zelf in te vullen vragenlijst met 74 items en een 3-puntsschaal. De SRA evalueert de gewenste en ongewenste, somatische en psychische reacties op antipsychotica en is opgesteld vanuit het perspectief van de patiënt (Psychopharmaca expert platform, 2017).
- **USS: Utrechtse Somatische Screeningslijst**
De USS is gemaakt voor het in kaart brengen van de somatische klachten en/of risicofactoren bij zorg mijdende langdurig verslaafden en/of psychiatrische patiënten die niet of nauwelijks bij de huisarts komen. De screeningslijst bestaat uit de onderwerpen: algemene gegevens, somatische screening (zorggebruik, somatische ziekten, leefstijlanamnese, lichamelijke screening/intern), actuele klachten, medicatiegebruik, samenvatting (Koerts Janmaat, Middeldorp, & Smit, 2016).
- **VMGA: Verpleegkundige Monitoring bij Gebruik van Antipsychotica**
De VMGA bevat een algemeen onderdeel en vijf onderdelen die de verschillende wijzen beschrijven waarop complicaties opgespoord kunnen worden: A meten, B labcontroles, C bijwerkingen, D observaties en E incidenten (Van Der Kellen, 2010).

- **Leefstijl-in-beeld**

Dit instrument richt zich onder meer op de screening van leefstijlgedragingen die van invloed zijn op de somatische gezondheid van mensen met een ernstige psychische aandoening (V&VN, 2015).

- **HIP: Health Improvement Profile**

Het HIP is een instrument dat verpleegkundigen de mogelijkheid geeft om samen te werken met psychiatrische patiënten om somatische gezondheid te screenen (White, J., Gray, R.J., Swift, L., Barton, G.R., & Jones, M., 2011).

2.2.4 Rapportage, terugkoppeling en vervolg

Rapportage: na de somatische screening dienen alle resultaten, afspraken en aanpassingen worden opgenomen in het patiëntendossier.

Terugkoppeling: alle uitslagen, van zowel de somatische- als de leefstijlscreening, worden teruggekoppeld aan de hoofdbehandelaar. Ook worden de uitslagen voorzien van een brief voor terugverwijzen naar de huisarts. Hierin staan onder andere de gemaakte afspraken en een mogelijk plan van verbetering beschreven met eventuele beredenering. De resultaten van de screening worden tevens uitgelegd aan de patiënt.

Vervolg: wanneer er afwijkingen of problemen worden gevonden bij de screening wordt het vervolg bepaald in overleg met de patiënt en casemanager, er kunnen bijvoorbeeld leefstijlinterventies worden ingezet. Alle afspraken, resultaten en aanpassingen van vervolgmetingen worden vast gelegd in het patiëntendossier en besproken met de patiënt. Indien nodig wordt het behandelplan bijgesteld (Bak et al., 2014, p.16).

2.3 Bevorderende en belemmerende factoren

"Implementatie is een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen (van bewezen waarde) met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg." (Grol, & Wensing, 2017, p.9).

Implementatie bestaat uit verschillende fasen (Nederlands Jeugd Instituut, z.d.):

- **Verspreiding:** de betrokkenen worden geïnformeerd over de verandering.
- **Adoptie:** de betrokkenen staan positief tegenover de verandering en het gebruik ervan.
- **Invoering:** de betrokkenen leren om te gaan met de verandering en voeren deze daadwerkelijk uit.
- **Borging:** de betrokkenen hebben de verandering geïntegreerd in hun dagelijkse werkwijze.

Of een implementatie succesvol wordt hangt af van verschillende knelpunten en prikkels omtrent verandering. Deze knelpunten en prikkels kunnen worden geordend naar inhoudelijke domeinen (Grol, & Wensing, 2017, p.158):

- *Individuele factoren:* deze hebben te maken met zorgverleners, patiënten of anderen.
- *Sociale factoren:* deze zijn gerelateerd aan de teams en netwerken van zorgverleners.
- *Organisatorische factoren:* dit zijn factoren die gerelateerd zijn aan zorginstellingen of eerstelijnspraktijken.
- *Maatschappelijke factoren:* deze hebben te maken met het zorgsysteem en maatschappelijke en politieke ontwikkelingen.

Bevorderende en belemmerende factoren RAAK-LEF screening

In de vergadering voor verpleegkundig specialisten binnen Pro Persona, op 15 maart 2018, werd het onderzoek "RAAK-LEF" en de resultaten hiervan door Nienke van der Voort gepresenteerd. Een onderdeel hiervan was uitleg over bevorderende en belemmerende factoren, die zijn aangegeven door hulpverleners, rondom de implementatie en uitvoering van de RAAK-LEF screening:

Bevorderende factoren

Organisatieniveau

- Aangeboden trainingen rondom uitvoering somatische screening
- E-healthprogramma

Sociaal niveau

- Voortdurende coaching door onderzoeker (Nienke van der Voort)
- Coaching door verpleegkundig specialist
- Commitment in/van het team

Individueel niveau

- Vertrouwen in eigen handelen 'self-efficacy'

Belemmerende factoren

Organisatieniveau

Organisatorische kloof

- De vragenlijst van de somatische screening vergt teveel tijd van de medewerkers om in te vullen
- De organisatie heeft geen interventies voor handen betreffende de uitkomsten van de somatische screening
- "De werkdruk is te hoog."
- "Er waren geen intervisiebijeenkomsten."

Sociaal niveau

- Te weinig commitment van leidinggevenden
- "Ik ben de enige in het team die somatische screening uitvoert."

Individueel niveau

- "Het is moeilijk om uit de 'alledaagse routine van handelen' te stappen."
- "Ik heb onvoldoende in mijn eigen vaardigheden/verpleegkundig handelen rondom dit thema."
- "Patiënten zijn moeilijk te motiveren rondom somatische screening, zowel bij afname als interventies na afname."

Bovenstaande factoren worden ook genoemd in het onderzoek van Bartlem et al. (2016). Dit onderzoek richtte zich op de houdingen van een multidisciplinaire groep hulpverleners in de geestelijke gezondheidssector. Het betrof houdingen op hun waargenomen rol, waarneming van de mate waarin het voordelig is voor de patiënt en de waargenomen zelf-werkzaamheid bij het voorzien van preventieve zorg. Ook werd gekeken naar de relatie tussen de houdingen en de zorgverlener die de zorg verleent.

De conclusies die getrokken zijn als volgt:

- De meerderheid van hulpverleners staat positief tegenover het verschaffen van preventieve zorg en beschikt over voldoende kennis en vaardigheden.
- Een derde van de hulpverleners gaf aan dat ze het bieden van preventieve zorg overwegen, omdat ze denken dat de verstrekking hiervan negatieve invloed kan hebben op tijd die ze hebben voor het verlenen van de 'acute' zorg.
- Eén op de vijf hulpverleners gaf aan zich niet bewust te zijn van de instanties/voorzieningen waarnaar een patiënt kan worden doorverwezen
- Meer dan de helft van de hulpverleners gelooft niet dat patiënten geïnteresseerd zijn in gedragsverandering rondom bepaalde gezondheidsrisico's. Deze constatering komt overeen met eerdere resultaten uit andere onderzoeken.

- Een training voor hulpverleners kan het bewustzijn en gebruik van verwijzingen naar specialistische preventie vergroten. Daarnaast is gebleken dat training en educatieve middelen de houdingen van hulpverleners en het vertrouwen in het leveren van somatische zorg aan mensen met een psychische aandoening verbeteren.

Tot slot onderschrijft het onderzoek dat er verder onderzoek gedaan moet worden naar negatieve houdingen en de vertaling hiervan naar positieve houdingen voor verbeterde zorg voor patiënten. Het is voor het implementeren dus van belang dat er gekeken wordt naar bevorderende en belemmerende factoren. De, in het RAAK-LEF onderzoek gevonden factoren, geven een beeld van de implementatiefouten. Daarnaast geeft het onderzoek van Bartlem et al. (2016) houdingsgerelateerde factoren weer waardoor implementatie van een interventie kan mislukken.

De uitkomsten beschreven in het RAAK-LEF onderzoek en Bartlem et al. (2016) geven de onderzoekers een beeld van mogelijke bevorderende en belemmerende factoren die de huidige organisatie en uitvoering van somatische screening kunnen beïnvloeden. Deze zullen door de onderzoekers worden meegenomen tijdens de uitvoering en het schrijven van het onderzoek.

2.4 Setting Pro Persona

2.4.1 Pro Persona – organisatie

Pro Persona (z.d.-g) is een organisatie in Nederland die gespecialiseerd is in het behandelen van hulpvragen rondom specialistische geestelijke gezondheid. Deze zorg kan geboden worden aan zowel jongeren, volwassenen en ouderen. De medewerkers van Pro Persona zijn deskundig en op de hoogte van de huidige ontwikkelingen in de wetenschap op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. De behandeling wordt samen met de patiënt vormgegeven en er vindt regelmatig een voortgangsgesprek plaats met de behandelaar en patiënt. Pro Persona biedt verschillende behandelingsvormen aan, namelijk: klinisch, poliklinisch en ambulante.

De missie van Pro Persona is: *“Het verbeteren van de levenskwaliteit van mensen met psychische problemen of psychiatrische stoornissen door hen te genezen of weer grip op hun bestaan te laten krijgen en samen met hen een nieuw perspectief te ontwikkelen.”* (Pro Persona, z.d.-h).

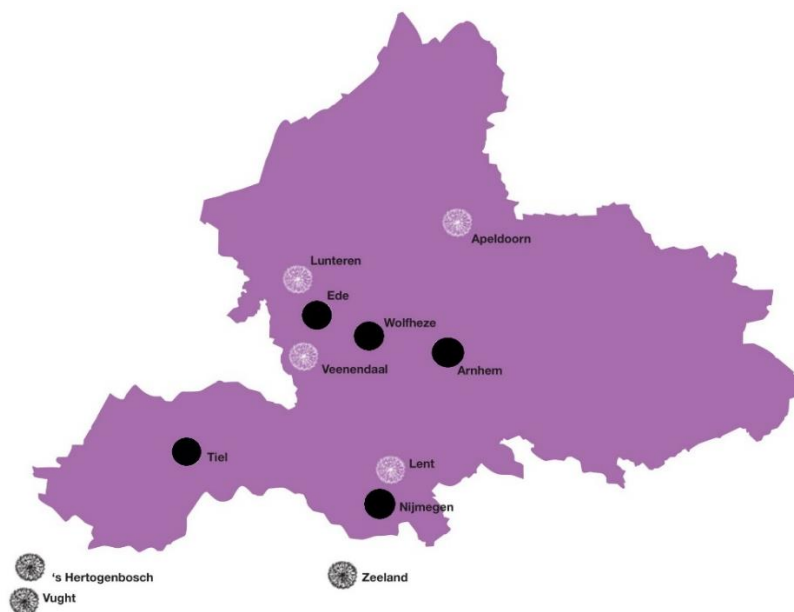
2.4.2 Pro Persona – de verschillende locaties

Amsterdam, Arnhem, Ede, Luntenen, Nijmegen/Lent, Tiel, Veenendaal en Wolfheze (Pro Persona, z.d.-e).

Dit onderzoek rondom de organisatie en uitvoering van de somatische screening richt zich op de locaties: Arnhem, Ede, Nijmegen, Pompekliniek Nijmegen, Tiel en Wolfheze. Figuur 1 toont de geïnccludeerde locaties.

- Arnhem: jeugd, diagnose advies centrum allochtonen, FACT Centraal Arnhem, geestelijke verzorging ouderen & volwassenen, ouderen, volwassenen.
- Nijmegen/Lent: ACT-team vroege interventie psychose, dagbesteding, de Brug: langdurige behandeling EPA-patiënten en somatische ongemakken, RCG (regionaal centrum GGZ), expertisecentrum depressie, FACT 4, FACT-team vroege interventie psychose, Langeberg: (acute) en voortgezette opname; intensief kortdurende en langdurige behandeling voor EPA-patiënten, jeugd, opname 1 en 3, ouderen; acute opname kliniek; ambulante specialistische behandeling, Overwaal: expertisecentrum Angst, Dwang en PTSS (deeltijdbehandeling, kliniek en polikliniek), Posthoorn (intensief langdurende behandeling EPA-patiënten), Valkenberg (voortgezette klinische behandeling EPA-patiënten), volwassenen en De Wingerd (behandel- en expertisecentrum mensen met dementie en ernstige gedragsproblemen).

- Pompekliniek Nijmegen: een kliniek voor behandeling en resocialisatie van TBS-gestelden. Daarnaast kan er ook langdurige forensisch psychiatrische zorg geboden worden aan TBS-gestelden met een longstay-indicatie. En er is een mogelijkheid voor poliklinische behandeling (Kairos).
- Wolfheze: dagbesteding & arbeidsrehabilitatie, duet ouderen (gesloten behandelafdeling), forensische psychiatrie (Kompas), langdurige zorg (volwassenen en ouderen), kliniek voor vluchtelingen en asielzoekers met psychische problemen (Phoenix), polikliniek voor neuropsychiatrie en gedragsneurologie (Thalamus) en kliniek voor neuropsychiatrie en gedragsneurologie (Winkler).
- Ede: (acute) opname en deeltijd- of dagbehandeling, ambulante specialistische behandeling, dagkliniek, GGZ-centrum voor doven & slechthorenden (volwassenen en ouderen), jeugd (doven & slechthorenden), FACT-team, ouderen en volwassenen.
- Tiel: ouderen, jeugd (Siependaal), volwassenen.



Figuur 1. Geïnccludeerde locaties

De zwarte stippen duiden de geïnccludeerde locaties aan.

Het jaarbeeld uit 2015 geeft een overzicht van het aantal mensen die behandeld werden vanwege de volgende aandoeningen:

- Psychose: 2.120
- Depressie: 1.949
- Bipolaire stoornis: 830
- Angststoornis: 1.534
- Persoonlijkheidsstoornis: 1.850

2.4.3 Pro Persona – kwaliteitszorg

Bij elke organisatie is het belangrijk om de kwaliteit van zorg op peil te houden door voortdurend na te gaan bij zowel de medewerkers als patiënten of er mogelijke verbeterpunten zijn. Ook dit praktijkgerichte onderzoek heeft als doel het bevorderen van de kwaliteit van zorg. Wollersheim et al. (2011) definieert kwaliteitszorg als: *"het cyclisch proces van activiteiten gericht op het verbeteren of handhaven van de kwaliteit van zorg"*.

In Nederland is het verplicht om als zorginstelling te voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen die onder andere beschreven staan in de zorgverzekeringswet (Zvw) en de wet langdurige zorg (Wlz) (Rijksoverheid, z.d.-b). Daarnaast kan een zorginstelling ook beschikken over een keurmerk voor kwaliteit. Pro Persona bezit het HKZ-keurmerk (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) en laat hiermee zien dat ze de kwaliteit van zorg hoog in het vaandel heeft staan en aan eisen voldoet die gesteld worden door klanten, professionals en instanties zoals zorgverzekeraars en inspectie. Bovendien heeft Pro Persona op organisatorisch gebied alles goed op orde en werkt continue aan het verbeteren van de zorgverlening (Pro Persona, z.d.-c).

2.5 Setting en patiëntencategorie

Binnen dit onderzoek wordt er op verschillende vlakken onderscheid gemaakt in de setting en patiëntencategorie. Het eerste onderscheid betreft de verschillende locaties van Pro Persona. In dit onderzoek worden de locaties Arnhem, Ede, Nijmegen, Pompekliniek Nijmegen, Tiel en Wolfheze geïnccludeerd. Daarnaast wordt op de volgende punten verder onderscheid gemaakt: opnamesetting, patiëntencategorie en leeftijdscategorie.

2.5.1 Opnamesetting

Zoals in de inleiding al eerder beschreven is, zijn er verschillende opnamesettingen binnen Pro Persona waarin patiënten met psychische problematiek kunnen worden behandeld:

Klinische opname: acute opname, kortdurende opname en voortgezette opname

Acute opname: een acute opname is spoedeisend en de behandeling wordt geboden door een IHT-team (Intensieve Crisisbehandeling Thuis). Het IHT-team kan een intensieve thuisbehandeling bieden of besluiten om over te gaan tot een acute opname. Het team begeleidt de patiënt tot dat de crisis is opgelost en/of de patiënt voldoende stabiel is om over te gaan op een vervolghandeling (Pro Persona, z.d.-d).

Kortdurende opname: een kortdurende opname in een kliniek kan gezien worden als een onderbreking van specialistische ambulante begeleiding. Tijdens deze opname kan de patiënt werken aan zijn aandoening (Pro Persona, z.d.-f).

Voortgezette opname: op de locaties Nijmegen en Wolfheze is ook ruimte voor voortgezette opnames. Hier kunnen mensen die vallen onder specifieke doelgroepen worden opgenomen evenals mensen die langer dan een jaar durende specialistische GGZ zorg nodig hebben (Pro Persona, z.d.-f).

Poliklinische behandeling

In de Winkler Kliniek in Wolfheze kunnen patiënten worden behandeld met verschillende hersenaandoeningen die geleid hebben tot psychische stoornissen. De behandeling bestaat meestal uit een combinatie van psychotherapie, medicatie of een andere therapievorm. Het doel van deze behandeling is het verminderen van psychische stoornissen en het zo goed mogelijk dagelijks functioneren (Pro Persona, z.d.-j).

Ambulante specialistische behandeling

Gedurende de behandeling blijft een patiënt in zijn eigen omgeving wonen. De behandeling bestaat uit een aantal gesprekken met een behandelaar op een van de locaties van Pro Persona (Pro Persona, z.d.-a).

(F)ACT-team

FACT staat voor Flexible, Assertive, Community and Treatment. In een (F)ACT-team wordt ingezet op de zorgbehoefte van de patiënt. Er vindt regelmatig contact plaats met één of twee hulpverleners en hierin staat een goede behandelrelatie centraal. Een behandeling in eigen omgeving is wenselijk en vindt plaats in goede afstemming met de omgeving. De behandeling is gericht op het herstel van de patiënt.

De mensen die worden behandeld in een (F)ACT-team zijn erg kwetsbaar vanwege hun psychoses of ernstige persoonlijkheidsproblematiek (Pro Persona, z.d.-b).

2.5.2 Patiëntencategorie

In de consensusgroep & Delespaul (2013) wordt de volgende definitie voor EPA patiënten gesteld: We spreken van mensen met ernstige psychische aandoeningen wanneer:

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

"Onder de categorie ernstige psychische aandoening vallen altijd de diagnoses stoornissen in het psychosespectrum, bipolaire stoornissen en depressie met psychotische kenmerken. Overige diagnoses (zoals depressie, aan middelen gebonden stoornissen of persoonlijkheidsstoornissen) kunnen er ook toe behoren wanneer deze voldoen aan bovenstaande criteria." (Bak et al., 2014).

In dit onderzoek worden de patiënten met psychische aandoeningen, die niet onder EPA vallen, geclassificeerd als niet-EPA.

2.5.3 Leeftijdscategorie

De volgende leeftijdscategorieën zijn te vinden binnen Pro Persona:

- Kind/jeugd: Pro Persona Jeugd is er voor kinderen en jongeren tot 18 jaar die specialistische geestelijke gezondheidszorg nodig hebben (Pro Persona, z.d.-i).
- Volwassenen: de volwassencategorie binnen Pro Persona bevat patiënten tussen de 18 en 60 jaar (Pro Persona, 2018).
- Ouderen: binnen Pro Persona bestaat de ouderen doelgroep patiënten vanaf 60 jaar (Pro Persona, 2017).

2.6 Zorg piramide

Het onderzoeksproject binnen Pro Persona heet: de somatische piramide. Dit project is onderverdeeld in fasen, naar aanleiding van de lagen in de opgestelde piramide. Deze piramide is weergegeven in figuur 2. Het hoofddoel van het onderzoeksproject is het verbeteren van de patiëntveiligheid. Om dit doel te behalen zijn er een aantal subdoelen opgesteld:

- Uniformiteit en overzicht creëren binnen de somatische piramide van Pro Persona.
- Procesbeschrijving van somatische zorg opstellen.
- Het vergroten van de vindbaarheid van alle kwaliteitsdocumenten en richtlijnen.
- Duidelijkheid en afbakening in taken en verantwoordelijkheden van alle betrokkenen.
- Betrokkenheid met de somatiek vergroten bij de professionals.
- Kwaliteit van zorg is meetbaar en gegarandeerd 24/7.

Het project bestaat uit 3 fasen die voortvloeien uit de somatische piramide. Dit onderzoek: *Somatische screening binnen Pro Persona*, valt onder fase 1: lichamelijke gezondheid. In deze fase staat centraal hoe de lichamelijke zorg is geregeld. Hieronder vallen verschillende aspecten als: algehele lichamelijke gezondheid, bekwaamheid medewerkers, somatische bijscholing voor behandelaren en waarborging kwaliteit van de somatische zorg. Door de somatische screening in kaart te brengen hoopt Pro Persona een beeld te krijgen van de basis van de lichamelijke gezondheid van de patiënten binnen Pro Persona.

Onderzoeksproject



Figuur 2. De somatische piramide

2.7 Literatuuronderzoek

Voor het beantwoorden van de hoofdvraag is gezocht naar bestaande wetenschappelijke literatuur over dit onderwerp. Er zijn verschillende databanken geraadpleegd om voldoende relevante literatuur te vinden, namelijk: PubMed en Google Scholar. Om gericht te kunnen zoeken naar geschikte literatuur zijn er vooraf concrete zoektermen opgesteld. Vervolgens zijn deze zoektermen vertaald naar het Engels via het Nederlands-Engels woordenboek Van Dale (2009). Daarnaast zijn er nog synoniemen voor de zoektermen gezocht via Thesaurus.

Er is voor gekozen om de zoektermen te vertalen, omdat er hoogstwaarschijnlijk meer Engelse literatuur beschikbaar is betreffende somatische screening. De zoektermen zijn opgesteld aan de hand van de vooraf geformuleerde DDO. Deze DDO is gevormd op basis van onze hoofdvraag van dit onderzoek. Er zijn zowel MeSH-termen gebruikt als vrije termen.

Bij het selecteren van relevante artikelen zijn verschillende inclusiecriteria toegepast. De volledig uitgewerkte zoekstrategieën zijn terug te vinden in bijlage 1. De artikelen die uiteindelijk gebruikt werden zijn vooraf beoordeeld op mate van bewijskracht 'level-of-evidence' (bijlage 2).

Naast het raadplegen van de eerder genoemde databanken zijn er ook relevante artikelen naar voren gekomen na toepassing van de sneeuwbalmethode. Dit houdt in dat er naar nieuwe artikelen gezocht wordt op basis van de literatuurreferenties uit de eerder gevonden artikelen (Bakker & Van Buuren, 2014, p.33).

Tot slot zijn er door de opdrachtgevers ook een aantal relevante artikelen aangedragen. Dit waren Nederlandstalige artikelen gericht op een gedeelte van de totale patiëntpopulatie. Ook zijn er bruikbare artikelen verkregen via een docent van de HAN (Nikki Klaessen) die in het verleden onderzoek gedaan heeft binnen het RAAK-LEF onderzoek.

2.8 Verpleegkundige relevantie

De Rijksoverheid (z.d.) stelt de volgende wettelijke eis aan zorginstellingen: *"Verantwoorde zorg leveren die voldoet aan de kwaliteitsstandaarden van de beroepsgroep."* De kwaliteitsstandaarden van de beroepsgroep verpleegkundigen worden beschreven in het beroepsprofiel verpleegkundigen, opgesteld door de V&VN (2012). Dit beroepsprofiel is tevens de basis voor het nieuwe verpleegkundige curriculum: BN2020 (Bachelor Nursing 2020). Dit curriculum, dat sinds 2016 is geïmplementeerd op de HAN, is gebaseerd op de CanMEDS rollen.

De CanMEDSrollen (Canadian Medical Education Directions for Specialists) vormen de basis voor de vaardigheden/eigenschappen waarover de verpleegkundige, opgeleid volgens BN2020, moet beschikken en deze bestaan uit zeven competentiegebieden.

De kern van deze gebieden is de verpleegkundige als zorgverlener. Deze competentie wordt omringd door de overige zes competenties: communicator, samenwerkingspartner, organisator, reflectieve professional, EBP-professional en kwaliteits- en gezondheidsbevorderaar.

Een van de kennisvaardigheden die valt onder de competentie van de gezondheidsbevorderaar is: *"Een verpleegkundige heeft kennis van de principes van zelfmanagement, leefstijlen, gedrag en manieren van gedragsbeïnvloeding en is bekend met manieren waarop gezond gedrag gestimuleerd kan worden."* (V&VN, 2012). Het inzetten van leefstijlinterventies is een duidelijke vorm van gedragsbeïnvloeding en –stimulering. Deze interventies kunnen worden ingezet naar aanleiding van problemen die gevonden kunnen worden bij de somatische screening. De verpleegkundige anticipeert hierbij op de gevonden problemen en zet hierbij haar kennis in. Dit sluit tevens aan bij de nieuwe definitie van gezondheid (V&VN, 2012) *"the ability to adapt and self manage in the face of social, physical and emotional challenges."* – Machteld Huber. Binnen de definitie staat namelijk centraal dat de verpleegkundige de patiënt ondersteunt bij het ontwikkelen van zijn aanpassingsvermogen en het vermogen tot zelfmanagement.

Het thema somatische screening is dus verpleegkundig relevant. Ook de uitvoering van somatische screening valt onder het verpleegkundig beroep, want een verpleegkundige mag deze ook uitvoeren. Binnen Pro Persona is de psychiater eindverantwoordelijk voor de somatische screening, maar deze delegeert de taak van uitvoering vrijwel altijd aan een ambulant verpleegkundige, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV) of een verpleegkundig specialist. Het is van belang voor zowel de patiënt als zorgverlener dat deze screening volgens bewezen methoden en uniform uitgevoerd wordt. Dit handelen naar bewijs en protocol is ook een kennisvaardigheid die beschreven staat in het verpleegkundig beroepsprofiel, de competentie kwaliteitsbevorderaar.

Naast het uitvoeren van de somatische screening is het voor de verpleegkundige vooral belangrijk om te handelen naar de uitkomsten van de somatische screening. Om de patiënt zo goed mogelijk te begeleiden en ondersteunen, is het van belang dat de verpleegkundige op de hoogte is van de gehanteerde behandelings- en therapievormen. Hiervoor moet zij in staat zijn om de zorg rondom de patiënt en tussen de verschillende disciplines te coördineren. Een goede communicatie en samenwerking met alle betrokkenen is daarom een vereiste. Bovenstaande vaardigheden vallen onder de competenties: communicator, samenwerkingspartner en organisator. Zowel de somatische screening zelf als de uitkomst hiervan is van belang voor de verpleegkundige in het werkveld.

Het waarborgen van de kwaliteit en continuïteit van zorg is ook een competentie waar een verpleegkundige naar dient te streven. Wanneer er een duidelijk overzicht is van de somatische kant van de patiënt kan een verpleegkundige hierop inspelen bij het indiceren van zorg om zo de kwaliteit en continuïteit van de zorg te waarborgen.

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de huidige organisatie en uitvoering van somatische screening bij psychiatrische patiënten. Wanneer dit in kaart is gebracht kan er gekeken worden naar eventuele verbetermogelijkheden. Dit onderzoek kan daarmee aanleiding geven tot het verbeteren van de zorg voor de patiënten binnen Pro Persona. Dit onderzoek zorgt ervoor dat de kwaliteit van zorg gewaarborgd wordt.

3. Methode

Binnen dit hoofdstuk zal worden toegelicht voor welk onderzoeksdesign gekozen is. Vervolgens zal worden uitgelegd op welke wijze de onderzoekspopulatie tot stand is gekomen en hoe de steekproeven getrokken zijn. Daarnaast zal de dataverzameling, -verwerking en -analyse voor zowel het kwantitatieve als kwalitatieve deel van het onderzoek worden beschreven. Tot slot zal worden vermeld hoe de onderzoekers de zorgvuldigheidseisen in acht hebben genomen.

3.1 Onderzoeksdesign

Er werd gebruikt gemaakt van een beschrijvend onderzoek. Bij beschrijvend onderzoek is het doel het in kaart brengen van de eigenschappen van een onderwerp (Bakker & Van Buuren, 2014, p. 44). Dit sloot goed aan bij ons doel van het onderzoek: *Eind juni 2018 is er een project-verslag geleverd waarin de huidige organisatie en uitvoering van de somatische screening binnen Pro Persona in kaart is gebracht voor de volgende locaties: Arnhem, Ede, Nijmegen, Pompekliniek Nijmegen, Tiel en Wolfheze. Daarna kan een aanbeveling gedaan worden over de beïnvloedende factoren die de organisatie en/of uitvoering van somatische screening binnen Pro Persona beletten of bevorderen.*

Voor het in kaart brengen binnen dit onderzoek werd er gekozen voor het onderzoeksdesign: mixed method. Een mixed method design is een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Bij kwalitatief onderzoek gaat het om gegevens over belevingen en ervaringen. Bij kwantitatief onderzoek gaat het om uitkomsten die makkelijk in cijfers zijn uit te drukken. Hierdoor kon er bij kwantitatief onderzoek een grotere groep bereikt worden. De gegevens die bij kwalitatief onderzoek worden gevonden zijn echter vaak gedetailleerder en uitgebreider (Bakker & Van Buuren, 2014, p.45). Door gebruik te maken van een mixed method onderzoek hoopten de onderzoekers sterkere onderzoeksresultaten te verkrijgen.

Het kwantitatieve deel van dit onderzoek was een online vragenlijst. Deze vragenlijst was erop gericht om de huidige organisatie en uitvoering van somatische screening binnen Pro Persona zo breed mogelijk in kaart te brengen. Deze gegevens werden aangevuld met informatie uit het kwalitatieve gedeelte van onderzoek, namelijk de interviews. De interviews hadden als doel de vragen van de vragenlijst uit te diepen en gedetailleerdere informatie te geven over de somatische screening en belemmerende en bevorderende factoren voor het wel en/of niet uitvoeren hiervan. De gegevens zijn op één moment verzameld. Dit betekent dat er sprake was van een cross-sectioneel onderzoek (Bakker & Van Buuren, 2014, p.46). Elke respondent vulde één vragenlijst in en elke geselecteerde respondent werd één keer geïnterviewd.

3.2 Onderzoekspopulatie

Door middel van het opstellen van tabel 2 kwam de volgende onderzoekspopulatie tot stand (Bakker & Van Buuren, 2014, p.77).

Tabel 2

De totstandkoming van de onderzoekspopulatie

Externe populatie	Alle hulpverleners in Nederland werkzaam binnen de GGZ
Theoretische populatie/Doelpopulatie	Alle hulpverleners werkzaam binnen Pro Persona
Feitelijke populatie	Alle VS, ambulante vpk en SPV-en werkzaam op locaties Arnhem, Ede, Nijmegen, Pompekliniek Nijmegen, Tiel en Wolfheze.

Steekproef	Alle geselecteerde VS, ambulante vpk en SPV-en werkzaam op locaties Arnhem, Ede, Nijmegen, Pompekliniek Nijmegen, Tiel en Wolfheze die somatische screening mogen uitvoeren.
Onderzoekspopulatie	Aantal VS, ambulante vpk en SPV-en die toestemming hebben gegeven voor deelname aan het onderzoek van de locaties Arnhem, Ede, Nijmegen, Pompekliniek Nijmegen, Tiel en Wolfheze en bij wie gegevens verzameld zijn.

Schematische weergave van de stappen tussen externe populatie en onderzoekspopulatie (Bakker & Van Buuren, 2014, p.77)

De onderzoekers includeerden voor dit onderzoek dus verschillende disciplines die werkzaam zijn binnen Pro Persona, namelijk de verpleegkundig specialisten (VS), ambulante verpleegkundigen (ambulant vpk) en sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen (SPV-en). In overleg met de opdrachtgevers werd ervoor gekozen om deze disciplines van de zes geïnccludeerde locaties (Arnhem, Ede, Nijmegen, Pompekliniek Nijmegen, Tiel en Wolfheze) te benaderen voor deelname aan de vragenlijst.

De onderzoekers kozen voor deze onderzoekspopulatie, omdat deze disciplines somatische screening mogen uitvoeren volgens het beleid van Pro Persona. De onderzoekers benaderden bewust geen psychiaters, artsen in opleiding tot medisch specialist en overige regiebehandelaren, omdat Esther Klopper hen al meenam in haar onderzoekspopulatie.

De inclusie- en exclusiecriteria voor deelname aan de vragenlijst werden opgesteld in overleg met de opdrachtgevers en deze worden getoond in tabel 3.

Tabel 3

Inclusie- en exclusiecriteria voor deelname aan de vragenlijst

Inclusiecriteria:	Exclusiecriteria:
Alle verpleegkundig specialisten en verpleegkundig specialisten in opleiding (i.o.)	Stagiaires en leerlingen binnen Pro Persona
Alle ambulant verpleegkundigen	Flex-medewerkers
Alle SPV-en	
Werkzaam tussen maart 2018 en juni 2018	
Werkzaam op een van de geïnccludeerde locaties	

De verpleegkundig specialisten in opleiding werden wel tot de inclusiecriteria gerekend, omdat zij somatische screening ook geregeld moeten uitvoeren in het kader van hun opleiding. Overige stagiaires en leerlingen werden tot de exclusiecriteria gerekend, omdat zij nooit eindverantwoordelijk zijn voor de uitvoering van somatische screening. Ook werden flex-medewerkers geëxcludeerd, omdat zij niet standaard op de afdelingen/locaties werken en de onderzoekers daarom verwachtten dat zij geen volledig beeld konden geven van de huidige organisatie en uitvoering van somatische screening.

De opdrachtgevers droegen respondenten, genaamd 'stakeholders', aan voor de interviews. Deze 'stakeholders' hebben volgens hen affiniteit met somatische screening en weten binnen hun locatie veel rondom de organisatie en uitvoering hiervan. De onderzoekers benaderden de stakeholders vervolgens zelf om te kijken welke andere mensen zij nog konden benaderen voor de interviews.

In samenwerking met de opdrachtgevers en docentbegeleider werd ervoor gekozen om in totaal zeventien individuele interviews te houden op zes locaties.

De inclusie- en exclusiecriteria voor deelname aan de interviews die werden opgesteld in overleg met de opdrachtgevers worden getoond in tabel 4.

Tabel 4

Inclusie- en exclusiecriteria voor deelname aan een interview

Inclusiecriteria:	Exclusiecriteria:
Alle verpleegkundig specialisten en verpleegkundig specialisten in opleiding (i.o.)	Stagiaires en leerlingen binnen Pro Persona
Alle ambulant verpleegkundigen	Flex-medewerkers
Alle SPV-en	Persoon deelgenomen aan het test-interview
Werkzaam tussen maart 2018 en juni 2018	
Werkzaam op een van de geïnccludeerde locaties	

De persoon die deel heeft genomen aan het test-interview behoorde tot de exclusiecriteria. De data bij deze persoon had niet meer objectief verzameld kunnen worden in verband met voorkomen van beide partijen.

De opbouw en invulling van zowel de enquête als het interview worden nader toegelicht onder het kopje *Dataverzameling 3.4*.

3.3 Steekproef

In dit onderzoek werd voor de vragenlijst een selecte en doelgerichte steekproef toegepast. Dit wil zeggen dat er gericht personen worden benaderd met bepaalde kenmerken (Bakker & Van Buuren, 2014, p. 80). De steekproeven voor zowel de vragenlijst als voor de interviews werden getrokken uit de eerder gestelde theoretische populatie.

Bij de vragenlijst werden de personen geselecteerd op basis van hun functie, affiniteit met somatische screening en locatie waarop zij werkzaam zijn. De samenstelling van de groep bij een doelgerichte steekproef werd dus zorgvuldig bepaald op grond van de eerder gestelde doel- en vraagstelling van het onderzoek. De personen die worden benaderd en dus voldoen aan de kenmerken, beslissen uiteindelijk zelf of ze willen deelnemen aan het onderzoek (Bakker & Van Buuren, 2014, p. 80-81).

De steekproef voor de vragenlijst werd gedaan door de onderzoekers zelf, doordat zij alle geselecteerde personen mailden met een uitnodiging voor deelname aan de vragenlijst. De e-mailadressen werden verkregen via de opdrachtgevers. In totaal bleken 271 medewerkers te voldoen aan de inclusiecriteria.

Voor de interviews werd de selecte steekproef gedeeltelijk getrokken door de opdrachtgevers. Zoals eerder benoemd werden de respondenten, genaamd 'stakeholders', geselecteerd door de opdrachtgevers door middel van de reputatiemethode. *“Met behulp van de reputatiemethode probeer je uit te zoeken wie de reputatie heeft goed op de hoogte te zijn van het onderwerp. Je selecteert respondenten die een grotere groep zouden kunnen vertegenwoordigen en over het onderwerp kunnen meepraten”* (Donk & Lanen, 2015, p.156).

Deze methode paste bij dit onderzoek, omdat de opdrachtgevers een goed beeld hadden over potentiële respondenten binnen de geïnccludeerde locaties.

De onderzoekers namen vervolgens contact op met tweeëntwintig aangedragen stakeholders om te bepalen welke personen er verder benaderd zouden worden voor deelname aan de interviews. Hierbij werden er ook respondenten via de sneeuwbal methode verworven, doordat de onderzoekers een aantal respondenten verkregen via het interviewen van andere respondenten (Bakker & Van Buuren, 2014, p.81).

In overleg met de opdrachtgevers werd er gekozen om op iedere locatie drie medewerkers te interviewen. De opdrachtgevers gaven aan dat er met dit aantal een goed beeld gecreëerd kon worden van hoe de huidige organisatie en uitvoering van somatische screening geregeld is. De onderzoekers hebben er naar gestreefd om per locatie elke discipline te interviewen. Dit met uitzondering van de Pompekliniek Nijmegen hier werden twee respondenten geïnterviewd. Bij de Pompekliniek Nijmegen is een team van drie verpleegkundigen actief op het gebied van somatiek. Er werd daarom verwacht dat saturatie bereikt werd met het houden van twee interviews. Door voor deze steekproefpopulatie te kiezen, werd er gestreefd naar saturatie. Dit betekent dat er net zo lang door wordt gegaan met het verzamelen en analyseren van gegevens tot er inhoudelijke verzadiging optreedt, wat inhoudt dat er geen nieuwe informatie meer naar voren komt (Baarda, De Goede & Teunissen, 2014, p.165). Daarnaast dachten de opdrachtgevers dat de geworven respondenten voldoende representatief waren om een beeld te vormen van de huidige organisatie en uitvoering betreffende somatische screening voor de geïnccludeerde locaties.

3.4 Dataverzameling

3.4.1 Kwantitatief

Voor de kwantitatieve data werd gekozen voor een online en onbegeleide vragenlijst. Een onbegeleide vragenlijst wil zeggen dat de onderzoeker niet aanwezig is bij afname van de vragenlijst. Door de vragenlijst onbegeleid af te nemen kan de anonimiteit van de proefpersonen gewaarborgd blijven. Er werd voor een online vragenlijst gekozen, omdat er op deze manier snel een grote groep bereikt kon worden en het online invullen van een vragenlijst relatief weinig tijd vergt en moeite kost. Binnen Pro Persona was er in de periode voorafgaand aan het onderzoek veel aandacht voor phishing mails. De opdrachtgevers gaven aan bang te zijn dat dit de respons van de vragenlijst zou verlagen. De onderzoekers kozen er daarom voor om de mail door de opdrachtgevers te laten versturen (via het mailadres van het overkoepelende onderzoek: *de somatische piramide*). Zo hoopten de onderzoekers dat de respondenten de mail minder snel als phishing zouden zien. De informatiemail die werd verzonden is terug te vinden in bijlage 5.

De antwoorden van de vragenlijst werden voor gestructureerd en de respondent hoefde dus enkel één of meerdere keuzemogelijkheden te kiezen. Om enige ruimte van eigen invulling te behouden hadden enkele vragen de optie *anders, namelijk...* Het aantal gesloten vragen in de vragenlijst was zo hoog mogelijk en hierdoor werd in grote mate gezorgd voor standaardisatie (Schreuder Peters, 2013, p.126).

De vragenlijst werd vooraf getest door de opdrachtgevers, onafhankelijke medestudenten en een expert uit de feitelijke populatie om een zo groot mogelijke kwaliteit van vragen te krijgen.

De vragenlijst werd ingevuld door en besproken met een verpleegkundig specialist van Pro Persona die kennis heeft op het gebied van somatische screening. Bij het onderzoek waren de onderzoekers afhankelijk van de respons die geleverd werd. Er werd rekening gehouden met een respons van 20% tot 40%. De responsquote kon worden beïnvloed door verschillende factoren. Om een zo hoog mogelijke responsquote te behalen op de vragenlijst, werd er gebruik gemaakt van de volgende respons verhogende maatregelen (CBS, 2009):

- De vragenlijst bestaat enkel uit relevante vragen en gaat dus niet in op onnodige zaken.
- Wanneer respondenten bepaalde antwoordmogelijkheden invullen zullen zij enkele vragen over slaan die niet op hen van toepassing zijn. Zo hoeven zij geen onnodige vragen te lezen/in te vullen.

- De relevantie en doel van het onderzoek wordt in de begeleidende tekst benadrukt.
- In de begeleidende tekst wordt vermeld dat de vragenlijst uit maximaal 20 vragen zal bestaan.
- De duur van de vragenlijst zal maximaal 5-10 minuten zijn.
- De vragenlijst zal anoniem zijn.
- Er zal tweemaal een reminder gestuurd worden.
- Aan de teamleiders van verschillende afdelingen zal worden gevraagd om hun team aan te sporen de vragenlijst in te vullen.
- Tijdens het houden van de interviews zal het invullen van de vragenlijst worden gepromoot.
- Er zullen drie VVV-cadeaubonnen van €10,- verdeeld worden onder de mensen die de vragenlijst invullen (en aangeven hier kans op te willen maken, hierbij accepteren zij tevens dat hun gegevens niet meer anoniem zullen zijn. De gegevens zullen wel anoniem worden verwerkt).

De vragenlijst werd door de onderzoekers voor vijftien werkdagen uitgezet. Er werd na 5 en 10 werkdagen een reminder gestuurd. De gemiddelde reactietijd op een online vragenlijst is namelijk vijf à zes dagen (Dijkstra, Ongena & Loosveldt, 2014, p.89). De vragenlijst werd naast de respondenten van de vragenlijst ook ingevuld door de respondenten van de interviews.

Aan het begin van de vragenlijst stond het volgende:

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik op een voor mij duidelijke manier schriftelijk ben ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek.
- Ik weet dat de gegevens anoniem worden verwerkt, dat onderzoeksgegevens worden losgekoppeld van de persoonsgegevens en dat na afloop van het onderzoek de persoonsgegevens worden vernietigd.
- Ik weet dat de gegevens en resultaten uit het onderzoek alleen anoniem aan derden, indien nodig, bekend zullen worden gemaakt.

De antwoordoptie hierbij was Ja/Nee. Als er nee werd ingevuld ontvouwde er zich geen verdere vragenlijst.

Door deze vraag te stellen hebben de onderzoekers de gedragscode omtrent onderzoek met mensen in acht genomen (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters, & Peij, 2010).

Meetinstrument – vragenlijst

Het meetinstrument bij het kwantitatieve deel van het onderzoek was de vragenlijst. Deze werd zelf ontwikkeld door de onderzoekers. Bij het opstellen van de vragenlijst werd er gekeken naar de hoofd- en deelvragen van het onderzoek en de literatuur uit het theoretisch kader.

De onderzoekers kwamen tot de volgende onderwerpen voor de vragenlijst:

- Algemene gegevens
- Doelgroep/setting
- Uitvoering
- Meetinstrumenten
- Frequentie
- Bevindingen/resultaten
- Bevorderende/belemmerende factoren

Bij de formulering van vragen werd met verschillende aspecten rekening gehouden: helder taalgebruik, geen suggestieve vragen, geen dubbele vragen, respondent moeten kunnen antwoorden, geen controversiële vragen, geen evaluatieve en waaromvragen en aansluiten op het niveau van de respondent (Baarda et al., 2012, p.205-207). Ook werd bij het formuleren van antwoordmogelijkheden Baarda et al. geraadpleegd. De twee belangrijkste aandachtpunten zijn: de antwoordmogelijkheden zijn uitputtend en de antwoordcategorieën sluiten elkaar uit. De antwoordmogelijkheden werden gebaseerd op literatuur beschreven in het theoretisch kader. Deze informatie werd meegenomen tijdens het opstellen van de vragenlijst. Deze is terug te vinden in bijlage 6.

3.4.2 Kwalitatief

Overwegingen

Voor de kwalitatieve dataverwerking in dit onderzoek werden twee onderzoeksmethoden overwogen: focusgroep en interview. De voordelen van de focusgroep zijn dat er op één moment van meerdere respondenten data kan worden verzameld en dat er in de groep interactie kan ontstaan. De nadelen van de focusgroep zijn dat mensen ondergesneeuwd kunnen worden en dat het leiden van een focusgroep veel kennis vergt (Evers, 2007, p.99). Het grootste nadeel bij een focusgroep was de haalbaarheid van het samenstellen van de focusgroepen. De onderzoekers keken samen met de opdrachtgevers naar de haalbaarheid van zes (één per locatie) focusgroepen en kwamen gezamenlijk tot de conclusie dat het organiseren hiervan te veel risico's met zich meebracht. Er werd daarom gekozen voor de optie van interviews. Een interview is een manier van verzamelen waarbij je direct mondeling contact hebt met de respondent. Aan het houden van een interview zitten ook enkele nadelen. Interviews houden kost tijd en het kan voorkomen dat de respondenten deze tijd niet hebben. Om dit nadeel te verminderen duurden de interviews (exclusief inleiding en afsluiting) ongeveer een half uur. Ook bestond het risico dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden zouden geven, omdat ze immers voor de onderzoekers niet anoniem waren. Dit gedrag hebben de onderzoekers verkleind door neutraal te blijven in verbale en non-verbale communicatie. Daarnaast hebben de onderzoekers benadrukt dat de gegevens anoniem werden verwerkt, zodat de respondent wist dat zijn antwoorden niet gekoppeld werd aan hem (Baarda et al, 2012, p.106). Een interview heeft ook voordelen. Zo wordt er vaak een hoge respons verkregen met het afnemen van interviews. Wanneer de afspraak is gemaakt komt het namelijk weinig voor dat iemand alsnog afziet van medewerking. Ook is er controle op het beantwoordingsproces. De onderzoekers kunnen hun vragen namelijk direct aanpassen en zorgen voor verheldering wanneer een respondent een vraag niet begrijpt. Hierdoor is het mogelijk om moeilijkere vragen te stellen (Baarda, 2012, p.94).

De interviews

De interviewvorm van dit onderzoek was semigestructureerd. Dit wil zeggen dat de onderwerpen die de onderzoekers willen bespreken vastliggen en dat ze daarbij een globaal beeld hebben van de vragen die ze willen stellen.

Er werd gekozen voor deze interviewvorm, omdat de onderzoekers een duidelijk beeld hebben van de onderwerpen die zij willen bespreken, maar de respondenten de ruimte willen geven om hun antwoorden uit te leggen (Bakker & Van Buuren, 2014, p. 92).

De onderzoekers behaalden een interviewpopulatie van zeventien respondenten. Dit is een relatief grote onderzoekspopulatie voor de duur van het onderzoek. Toch hebben de onderzoekers vijftien van de zeventien interviews samen kunnen afnemen. Om ervoor te zorgen dat de interviews, globaal, op dezelfde manier verliepen werd er een topiclijst (bijlage 10) opgesteld met globale vragen. De onderzoekers stuurden daarnaast de online vragenlijst in een Word bestand met de informatiebrief, zodat de respondenten deze voor het interview konden terugsturen. Door dit te doen kregen de onderzoekers voorkennis over de respondenten en hun kijk op het onderwerp. Zo zorgden de onderzoekers ervoor dat zij het interview helder, gestructureerd en bondig konden laten plaatsvinden. De topiclijst kwam voort uit de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek en de literatuur die beschreven werd in het theoretisch kader. Om de structuur te kunnen waarborgen werd er tevens een interviewgids gemaakt, deze is te vinden in bijlage 9. In de interviewgids is terug te vinden hoe de onderzoekers te werk zijn gegaan tijdens de interviews. Ook is terug te zien dat de onderzoekers begonnen met dezelfde startvraag. Door dit te doen kon de respondent zo min mogelijk worden beïnvloed in zijn/haar antwoord. Daarnaast is dit een praktische keuze binnen dit onderzoek, omdat de onderzoekers beide respondenten interviewden. Via deze manier hoopten zij een vergelijkbare structuur in de interviews te krijgen (Baarda, 2014, p.88).

Er vond een testinterview plaats om te kijken of er met het interview de benodigde informatie werd verzameld.

De afnamelocaties van de interviews werden afgestemd op de respondenten. Zo hoopten de onderzoekers de belasting van interviews voor de respondenten te verlagen en hierdoor de respons te verhogen. De onderzoekers vroegen de respondenten een interviewruimte te regelen. Dit vroegen zij aan de respondenten, omdat zij kennis hebben van de afnamelocatie. Een voorwaarde aan de ruimte was wel dat deze afgesloten kon worden, zodat de ruis in het gesprek verminderd kon worden. Ruis kan namelijk zorgen voor afleiding van de respondent of de studentonderzoeker en kan daarnaast een negatief effect hebben op de kwaliteit van de geluidsopname.

Geluidsopname

Er werden geluidsopnames gemaakt tijdens de interviews om de verwerking van de data nadien eenvoudiger te maken. Voorafgaand aan het interview werden de respondenten door middel van een informatiebrief op de hoogte gesteld van het maken van geluidsopnames. Bij instemming hiervan werd een *“Informed Consent”* (bijlage 8) getekend, overgenomen uit de *Gedragcode bij het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek met mensen* (2010). De informatiebrief werd geschreven aan de hand van de modelbrief uit de *Gedragcode* (2010) (bijlage 7). Om er zeker van te zijn dat de data goed werden opgeslagen werden de gesprekken met twee telefoons opgenomen. De te gebruiken apparatuur werd getest in het testinterview om er zeker van te zijn dat deze effectief werken. De opgeslagen data werden enkel gebruikt voor het onderzoek van de onderzoekers. Na het onderzoek werden de data verwijderd. Hiermee namen zij de Wet bescherming persoonsgegevens (2000) in acht. Hierin staat namelijk dat dergelijke data maximaal 6 maanden mag worden bewaard.

3.4.3 Verzamelmoment

Door de grote en de duur van het onderzoek kozen de onderzoekers ervoor om de online vragenlijst in dezelfde periode af te nemen als de interviews. Het nadeel hiervan was dat de resultaten uit de vragenlijst niet meegenomen konden worden bij de interviews. Het voordeel van deze aanpak was dat de onderzoekers tijdens de interviews, op locatie, aandacht konden vragen voor het invullen van de vragenlijst, om zo de respons hiervan te verhogen.

De interviews werden gestart week 16 en liepen door tot en met week 19. De online vragenlijst was in dezelfde weken beschikbaar.

3.5 Dataverwerking en -analyse

De verzamelde data werd op twee manieren verwerkt in verband met het kwantitatieve en kwalitatieve deel van het gehele onderzoek.

3.5.1 Kwantitatief

De vragenlijst werd via "Google Forms" verstuurd. De onderzoekers konden vervolgens zelf bepalen hoe dit programma de verzamelde data verwerkte, bijvoorbeeld in grafieken, tabellen of cirkeldiagrammen. Daarnaast kon het programma bepaalde uitkomsten van vragen aan elkaar koppelen. Hierdoor konden er gemakkelijk onderlinge relaties/correlaties worden gevonden. De verzamelde data werden vervolgens verwerkt in "Microsoft Excel".

De onderzoekers kozen er voor om geen gebruik te maken van het programma SPSS, omdat de verzamelde data niet op zo'n statistische wijze gecodeerd en geanalyseerd hoefden te worden.

De resultaten afkomstig uit de vragenlijst werden geanonimiseerd. Als de respondent echter zijn e-mailadres had ingevuld, omdat hij kans wilde maken op een VVV-cadeaubon, was bekend welke antwoorden hij had ingevuld. Deze data waren dan niet meer anoniem, maar werden vervolgens wel anoniem verwerkt in de resultaten.

3.5.2 Kwalitatief

De interviews werden opgenomen met benodigde audioapparatuur voor de verwerking en analyse van de gegevens. De onderzoekers kozen ervoor om gebruik te maken van audioapparatuur, zodat de gegevens later gemakkelijker uitgewerkt konden worden. Alle audio-opnamen werden getranscribeerd. Dit wil zeggen dat de audio-opnamen omgezet werden in geschreven tekst. De onderzoekers werkten de interviews uit met behulp een transcriptieprogramma "Express scribe" en de transcripten werden verder in "Word 2016" uitgeschreven. Het programma "Express scribe" kon de audiobestanden vertraagd afspelen, zodat de onderzoekers de interviews sneller, maar toch zorgvuldig konden uitwerken.

Om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen werd elke respondent gelabeld met een cijfer. Het cijfer werd bepaald op basis van de volgorde van afname van de interviews. Het vervangen van geïdentificeerde gegevens door versleutelde gegevens wordt pseudonimiseren genoemd. Hierdoor kan bepaalde informatie achteraf wel gecombineerd worden. Hierdoor werd de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) door de onderzoekers in acht genomen (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters, & Peij, 2010, p.17).

Verder werden namen of andere privacygevoelige gegevens die naar voren kwamen tijdens de interviews geanonimiseerd door deze te vervangen door (...). Zo konden deze gegevens niet meer tot een specifieke respondent herleid worden.

De onderzoekers werkten beiden hun eigen interviews uit. De interviews werden in acht gevallen binnen twee dagen na afname uitgewerkt. Hierdoor werd de zorgvuldigheid en nauwkeurigheid verhoogd, omdat eventuele vertekening (bias) kon worden tegengaan. Ook kon er zo direct gekeken worden naar verbetermogelijkheden voor het afnemen van een volgend interview.

3.6 Data-analyse

3.6.1 Kwantitatief

Nadat de data verwerkt waren, werden deze geanalyseerd. De data-analyse heeft als doel: een antwoord formuleren op de vooraf opgestelde hoofd- en deelvragen met de verkregen data.

Hiermee kon globaal in kaart worden gebracht hoe de huidige organisatie en uitvoering van somatische screening binnen Pro Persona op de geïnccludeerde locaties plaatsvindt.

De data-analyse kon gedeeltelijk gedaan worden met het al eerder genoemde programma, "Google Forms". De data werden omgezet in grafieken en tabellen. Hierdoor kon er gemakkelijk overzicht verkregen worden in de onderzoeksresultaten.

Voor de analyse van de open vragen werden de antwoorden gecategoriseerd in verschillende onderwerpen. Vervolgens werden deze gegevens genoteerd in een frequentietabel. Dit gaf eenvoudig aan voor elke variabele hoe vaak de daarbij behorende waarden voorkwamen (Bakker & Van Buuren, 2014, p.128). Tot slot werden deze uitkomsten uit de tabel verwerkt in grafieken uitgedrukt in percentages of aantallen.

3.6.2 Kwalitatief

Om de data-analyse van de interviews eenvoudiger te maken werden er een aantal strategieën ingezet.

Zoals beschreven bij de dataverwerking werden de interviews eerst getranscribeerd. Vervolgens codeerden de onderzoekers de data thematisch. Thematisch coderen is het ordenen van data aan de hand van enkele vooraf vastgestelde centrale thema's (Donk & Lanen, 2015, p. 246). De onderzoekers stelden vooraf de subthema's, thema's en labels op aan de hand van de topiclijst die gebruikt werd tijdens de interviews. Het codeboek is op te vragen bij de onderzoekers. De onderzoekers codeerden drie interviews apart van elkaar om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. Na drie interviews bleek dat de onderzoekers beide veelal dezelfde subthema's, thema's en labels hingen aan de tekstfragmenten. Na het coderen van de interviews controleerden de onderzoekers alle interviews van elkaar en indien nodig werden subthema's, thema's of labels aangepast.

Tijdens het thematisch coderen wordt gekeken naar de wijze waarop thema's in de data zichtbaar zijn en zich tot elkaar verhouden, hierbij wordt gekeken naar de verbanden en diepere betekenissen. De analyse resulteert in een samenvatting van de interviews (Donk & Lanen, 2015, p. 246). Alle fragmenten werden daarom vervolgens per subthema onder het label gezet. Alle interviews van één locatie werden daardoor samengevoegd per label in Word. Hierna werd een samenvatting geschreven van de interviews per locatie.

3.7 Zorgvuldigheidseisen

Om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen werden verschillende maatregelen genomen op het gebied van betrouwbaarheid en validiteit en de relatie hiertussen.

Deze maatregelen werden gesplitst op het kwantitatieve en kwalitatieve deel van het onderzoek.

3.7.1 Kwantitatief

Validiteit

Baarda, De Goede en Teunissen (2009) omschrijven het begrip validiteit als volgt: "*Validiteit heeft te maken met de juistheid van de onderzoeksbevindingen.*" De vragenlijst werd gevalideerd door dat er gekeken werd naar inhoudsvaliditeit. Dit wil zeggen of het meetinstrument de verschillende aspecten van het begrip voldoende weerspiegelt. Dit werd gedaan door de vragenlijst voorafgaand aan uitgave voor te leggen aan experts, ook wel *expert validity* genoemd (Bakker & Van Buuren, 2014, p.97). Door de vragenlijst vooraf voor te leggen aan hulpverleners (experts) werd tegelijkertijd ook gekeken of de vragen op een goede manier beantwoord konden worden. Zo kon worden nagegaan of er gemeten zou worden met de vragenlijst wat de onderzoekers wilden meten.

Betrouwbaarheid

"Bij betrouwbaarheid staat de vraag centraal of het resultaat van het onderzoek hetzelfde zou zijn als je het onderzoek zou herhalen." (Bakker & Van Buuren, 2014, p. 52).

Het is daarbij van belang dat er geen toevallige fouten voorkomen. Om hiervoor te zorgen werd voor dit onderzoek een grote onderzoekspopulatie samengesteld. Hierdoor konden de onderzoekers de werkelijke gemiddelde waarde van de onderzochte variabele het beste benaderen (Bakker & Van Buuren, 2014, p. 52). Naast het feit dat de vragenlijst verstuurd werd naar een grote onderzoekspopulatie, hielden de onderzoekers ook rekening met het format van deze vragenlijst. De vragenlijst was voorgestructureerd en bestond grotendeels uit gesloten vragen. Dit zorgde voor meer standaardisatie (Schreuder Peters, 2013, p.126).

Verder kon er geen bepaalde vorm van betrouwbaarheid worden getoetst op het meetinstrument. Dit kwam doordat het meetinstrument ontwikkeld werd door de onderzoekers zelf. Er kon geen test-hertest plaatsvinden omwille van de tijd. Om er wel voor te zorgen dat de antwoorden die gegeven werden ook min of meer hetzelfde zouden zijn bij herhaling, werd de vragenlijst opgesteld met behulp van de opdrachtgevers en getest door een aantal experts.

3.7.2 Kwalitatief

Validiteit/geldigheid

De validiteit betreffende het kwalitatieve deel van het onderzoek, oftewel de geldigheid, werd ook nagegaan. De onderzoekers stelden een zo'n representatief mogelijke groep samen in overleg met de opdrachtgevers. Zij voerden, zoals eerder beschreven, de steekproef gedeeltelijk uit. Hierdoor werd de inhoudelijke generalisatie vergroot. Dit houdt in dat de resultaten van het onderzoek overdraagbaar zijn op vergelijkbare of overeenkomstige situaties (Baarda, De Goede & Teunissen, 2009, p.199).

Test-interview

Vervolgens werd er een test-interview gehouden om de topic-lijst voor het interview te verifiëren. Dit interview werd gehouden met een verpleegkundig specialist die veel kennis heeft over somatische screening. Door het test-interview kon worden gekeken of de vragen voldoende weerspiegelden wat de onderzoekers wilden weten. Dit wordt ook wel expert-validity genoemd, omdat een expert kijkt of het meetinstrument, in dit geval de zelf opgestelde topiclijst, valideert.

Geldigheid

Verder kozen de onderzoekers ervoor om zoveel mogelijk interviews binnen twee dagen na afname van het interview uit te werken, zodat er minder kans op vertroebeling van de gegevensverzameling ontstond en er geen vertekening optrad. Dit werd gerealiseerd bij acht interviews. De dataverwerking en -analyse werd gedaan volgens een al bestaande manier van analyse, namelijk via thematisch coderen (Donk & Lanen, 2015, p.246). Hierdoor werd de geldigheid van het onderzoek vergroot.

Tot slot werd de wijze van de gegevensverzameling en het gehele onderzoeksproces bijgehouden in het logboek. Deze kan opgevraagd worden, zodat de lezer inzicht kan krijgen in de doorlopen werkwijze. In het logboek "audit trail" werden de keuzes van de onderzoekers tijdens het gehele onderzoek beschreven en onderbouwd. Dit maakt het onderzoek transparant en verifieerbaar. Dit geldt tevens voor het kwantitatieve gedeelte van het onderzoek.

Triangulatie

Ook is er gekeken naar data-triangulatie. Er werd voor dit kwalitatieve gedeelte geen gebruik gemaakt van verschillende databronnen, maar wel van verschillende soorten disciplines binnen één databron. Zoals eerder beschreven werd er voor gekozen om meerdere disciplines op te nemen in de onderzoekspopulatie. Door meerdere interviews te houden met deze verschillende disciplines is er sprake van triangulatie binnen één databron, namelijk Pro Persona (Baarda, 2014, p. 168). Daar komt bij dat er in dit onderzoek ook sprake was van onderzoekerstriangulatie, omdat er twee onderzoekers werkten aan hetzelfde totale onderzoek (Evers, 2015, p.138).

Betrouwbaarheid/intersubjectiviteit

Bij kwalitatief onderzoek wordt vaak gesproken van intersubjectiviteit in plaats van betrouwbaarheid. De intersubjectiviteit werd in het kwalitatieve deel van het onderzoek gewaarborgd doordat de onderzoekers een aantal transcripten van de interviews gescheiden van elkaar codeerden en analyseren tot dat bleek dat de onderzoekers dezelfde wijze van coderen en analyseren hanteerden (Baarda, De Goede & Teunissen, 2009, p.331; Bakker & Van Buuren, 2014, p.96).

De dataverwerkingen en -analyses werden met elkaar vergeleken om te kijken of de analyse van gegevens grotendeels met elkaar overeenkwamen. Het individueel coderen en analyseren van de gegevens vergrootte de interbeoordelaarbetrouwbaarheid.

Daarnaast werd de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd door de audio-opnamen en transcripten te bewaren gedurende het gehele onderzoeksproces, zodat men deze oorspronkelijke data ten allen tijden kan inzien (Baarda, De Goede & Teunissen, 2009, p.196).

Bij de validiteit van het kwalitatieve gedeelte van dit onderzoek werd aangegeven dat er gebruik werd gemaakt van een logboek, om zo na te kunnen gaan met wie waar gesproken is en welke stappen er per moment genomen zijn. Het bijhouden van een logboek kwam ook de externe betrouwbaarheid ten goede. Doordat er in het logboek en in de methode op een gestructureerde manier verwoord werd hoe het onderzoek verlopen is, kan het onderzoek in theorie herhaald worden. Een feitelijke herhaalbaarheid is in dit geval niet mogelijk, omdat de onderzochte situatie na een tijd kan veranderen. Herhalen van een onderzoek in theorie wordt ook wel virtuele herhaalbaarheid genoemd (Evers, 2015, p.137). Deze werd verhoogd door de uitgebreide "audit trail" van dit onderzoek: het verwoorden en verantwoorden van de gemaakte keuzes in het onderzoek is vastgelegd en verzamelde data wordt bewaard.

Vooraf werd een interviewgide opgesteld, zodat dezelfde manier van interviewen gehandhaafd werd. Doordat de onderzoekers dezelfde interviewgide gebruikten werd er gestreefd naar een eenduidige manier van interviewen. Tevens werd er een test-interview gehouden waarin werd nagegaan of met de topiclijst voldoende antwoorden werden verkregen voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag en de hierbij behorende deelvragen. Dit verhoogde de betrouwbaarheid van het onderzoek. De onderzoekers namen tijdens alle interviews een neutrale houding aan, zodat de kans op sociaal-wenselijke antwoorden kleiner werd. Het streven naar een eenduidige manier van interviewen en aannemen van een neutrale houding is bij het doen van kwalitatief onderzoek extra belangrijk, omdat je als onderzoeker zelf het belangrijkste instrument bent (Baarda et al, 2013, p.71).

Naast het kijken naar de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek, bestudeerden de onderzoekers ook de "*Gedragcode bij het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek met mensen*" (HAN, 2017). Hierin staat onder andere beschreven dat het van belang is dat de onderzoekers rekening houden met aspecten als respectvol omgaan met de respondenten, waarborgen van privacy, belangen behartigen en zorgvuldig omgaan met verzamelde informatie.

Tijdens het uitvoeren van het onderzoek werd er zorgvuldig omgegaan met zowel de persoonsgegevens als de gegeven antwoorden van de respondenten. Voorafgaand aan de interviews werd toestemming gevraagd aan alle respondenten om audio-opnames te maken tijdens het interview, zodat de verzamelde gegevens geanalyseerd konden worden om tot conclusies en aanbevelingen te komen. Ook tekenden de respondenten hiervoor een "*Informed Consent*", zie bijlage 8. De audiobestanden werden bewaard in een mapje met wachtwoord-beveiliging. Daarbij werd benadrukt dat de gegevens na de dataverwerking en -analyse in overleg met de opdrachtgevers vernietigd zou worden.

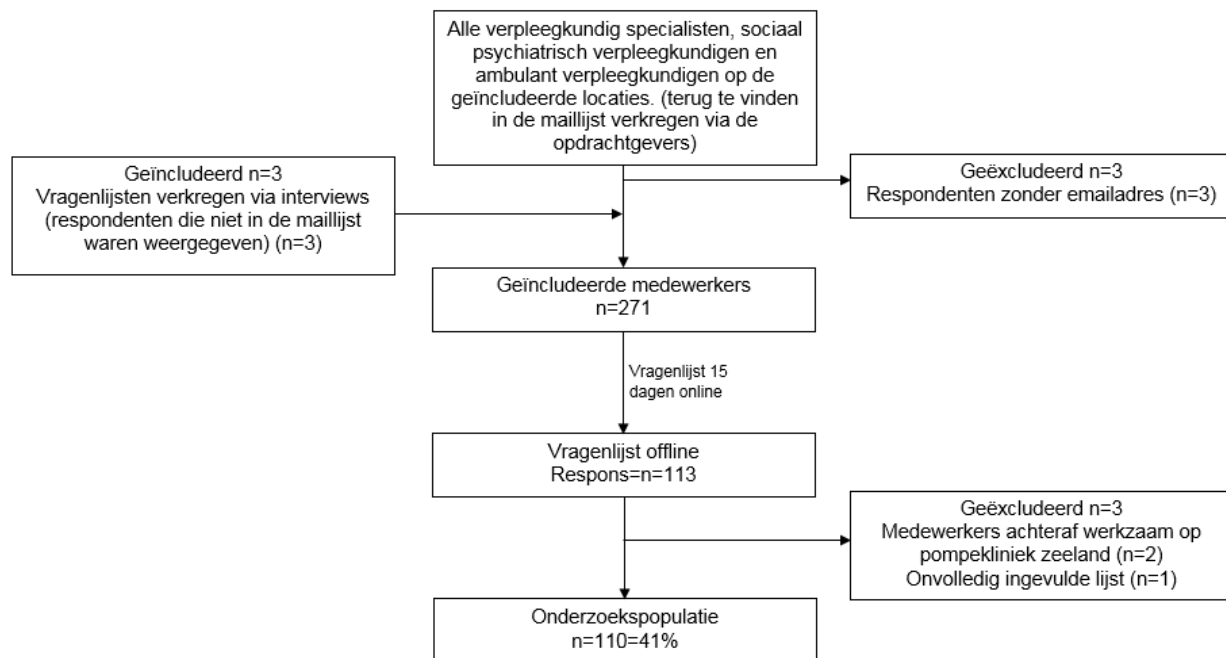
Verder hebben de onderzoekers aan het begin van het onderzoek het formulier "*Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker*" getekend (bijlage 4). Hiermee hebben ze aangegeven dat ze vertrouwelijk en zorgvuldig om zullen gaan met alle gegevens die ze tijdens het onderzoek gaan verzamelen, verwerken en analyseren.

4. Resultaten

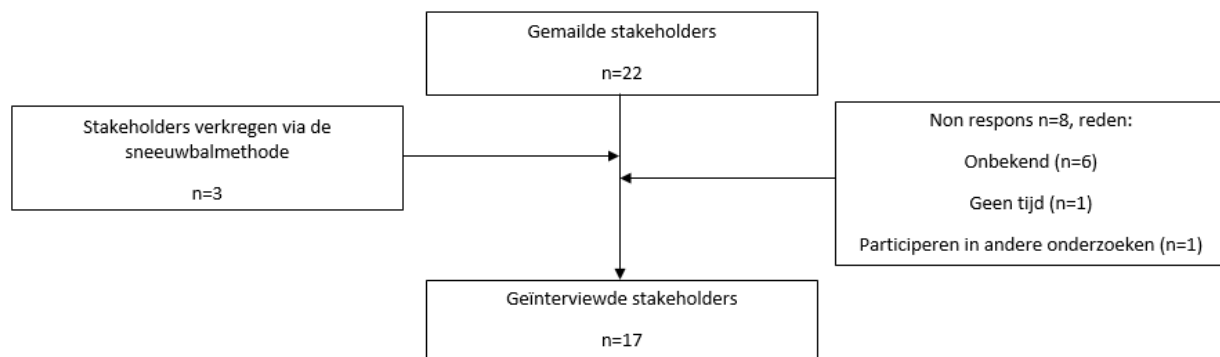
Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten die gebleken zijn uit de vragenlijst en de interviews. De resultaten worden beschreven in de volgorde van de hoofd- en deelvragen die opgesteld zijn bij de start van het onderzoek.

4.1 Onderzoekspopulatie

De feitelijke populatie voor zowel het kwantitatieve als het kwalitatieve deel van het onderzoek bestond uit 271 medewerkers. De totstandkoming van de onderzoekspopulaties worden getoond in stroomschema's in figuur 3 en 4. Hierin is tevens terug te vinden dat er een respons van 41% (N=271) is behaald op de online vragenlijst en dat de geplande zeventien interviews zijn afgenomen.



Figuur 3. De totstandkoming van de onderzoekspopulatie van de vragenlijst



Figuur 4. De totstandkoming van de onderzoekspopulatie van de interviews

De feitelijke- en onderzoekspopulatie van de vragenlijst waren op te delen per locatie en per discipline. Deze verdeling, met bijbehorende percentages, worden getoond in tabel 5.

De hoge respons bij de locatie Pompekliniek Nijmegen kan verklaard worden, doordat hier maar drie hulpverleners werkzaam zijn en er hiervan twee hebben deelgenomen aan een interview. De derde respondent hebben de onderzoekers bij dat interview ook gesproken en gevraagd of hij de vragenlijst in zou kunnen vullen.

Tabel 5

Responstabel per locatie en discipline

	Ambulant verpleegkundi- gen	Sociaal psychiatrisch verpleegkundi- gen	Verpleegkun- dig specialisten	Totale respons (%)
Arnhem	13	11	7	31/69 (45%)
Ede	5	14	2	21/61 (34%)
Nijmegen	10	20	5	35/95 (37%)
Pompekliniek Nijmegen	1	0	2	3/3 (100%)
Tiel	4	8	2	14/35 (40%)
Wolfheze	1	1	4	6/8 (75%)
Totale respons	34/78 (44%)	54/168 (32%)	22/25 (88%)	110

4.2 Deelvraag 1: In welke mate vindt er somatische screening plaats binnen de verschillende locaties van Pro Persona?

4.2.1 Kwantitatief

Mate van uitvoering screening

Uit de resultaten is naar voren gekomen dat 64% (N=110) van de respondenten heeft aangegeven een vorm van somatische screening uit te voeren. Dit betekent ook dat 36% van de respondenten aangegeven heeft geen somatische screening uit te voeren.

70% van de respondenten die aangaf de screening niet uit te voeren gaf aan dat dit kwam doordat deze taak bij een college belegd is. Andere redenen die werden aangegeven voor het niet uitvoeren van somatische screening waren onder andere: onvoldoende kennis, niet relevant, geen tijd en geen middelen.

Totaal geeft dus 89% (N=110) van de respondenten aan dat er op de geïncludeerde locaties somatisch gescreend wordt door henzelf of collega.

Screening per patiënt

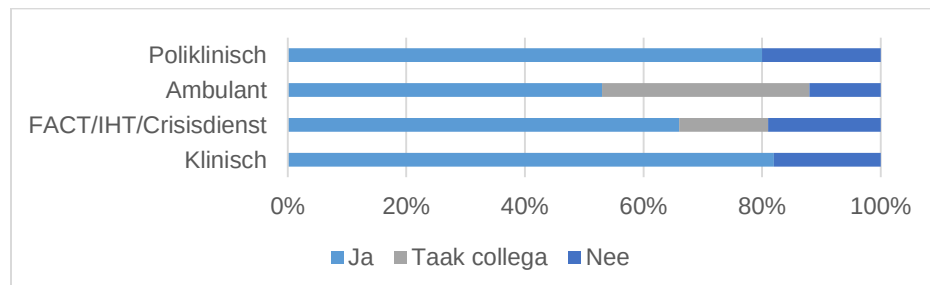
Verder is er gekeken naar de samenhang tussen somatisch screenen en de patiëntenpopulatie. Een ruime meerderheid, namelijk 80% (N=110) van de respondenten heeft aangegeven te werken met de doelgroep EPA-patiënten. Hiervan gaf 69% (n=89) zelf een vorm van somatische screening uit te voeren. Van de respondenten die niet zelf screenen gaf 57% (n=28) aan dat deze taak bij een collega was belegd. Bij respondenten die niet werken met de EPA populatie bleek dat de respondenten minder aangaven dat ze een vorm van somatische screening uitvoerden, namelijk 43% (n=21). Van de respondenten die zelf geen screening uit voeren gaf 58% (n=12) aan dat deze taak bij een collega is belegd.

De meeste respondenten gaven aan te werken met de doelgroep volwassenen en ouderen, respectievelijk 86% en 13% (N=110). Slechts één procent van de respondenten werkt met kinderen/juugd en deze respondent voerde zelf geen vorm van somatische screening uit.

Bij de volwassenendoelgroep gaf 64% (n=95) van de respondenten aan zelf te screenen, 16% gaf aan dat er niet gescreend werd en 19% van de respondenten die met volwassenen werkt gaf

aan dat zij geen screening uitvoeren omdat dit de taak van een collega is. Bij de doelgroep ouderen was dit respectievelijk, 64% (n=14), 7% en 29%.

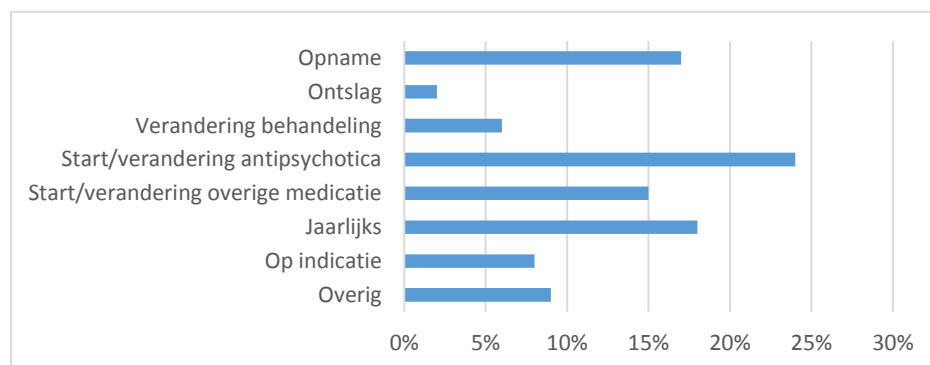
Naast de relatie tussen uitvoering van somatische screening en de doelgroep is ook de uitvoering in kaart gebracht per setting waarin de medewerkers werkzaam zijn. Dit overzicht wordt getoond in figuur 5.



Figuur 5. Uitvoering van somatische screening per setting

Momenten van uitvoering somatische screening

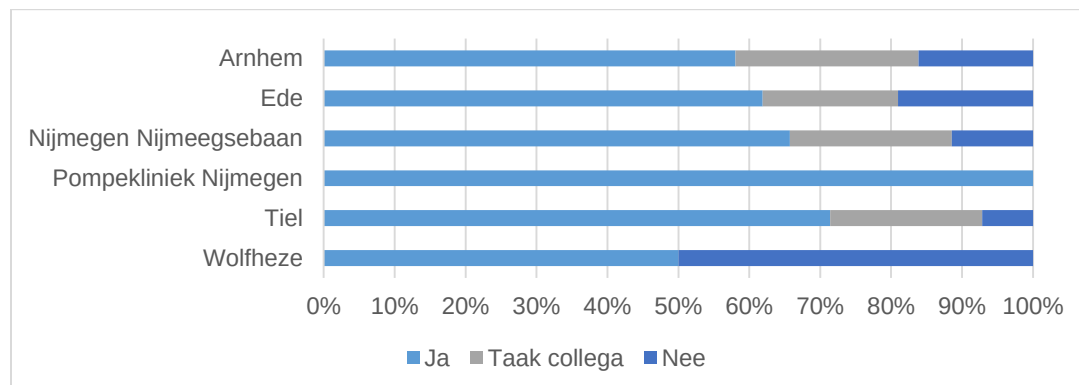
De meerderheid van de screening vindt één keer per jaar plaats (57% n=70). Daarnaast gaf 19% van de respondenten aan meer dan vier keer per jaar een somatische screening te doen. De overige respondenten gaven aan hun patiënten 2-4 per jaar somatisch te screenen, percentages varieerden van respectievelijk 4 tot 12%. De momenten van uitvoering van somatische screening worden getoond in figuur 6.



Figuur 6. Momenten van uitvoering van somatische screening

Van de respondenten die aangaven hun patiënten somatisch te screenen op verschillende momenten gaf 61% (n=70) aan dat er wordt bijgehouden wie op welk moment gescreend moet worden. In de meeste gevallen werd dit bijgehouden door het secretariaat (34% n=56). Andere disciplines die dit bijhouden zijn de regiebehandelaren, (ambulant) verpleegkundigen, dossierhouders en 'overig'.

Tot slot is er voor het beantwoorden van de eerste deelvraag in kaart gebracht of er een vorm van somatische screening per locatie plaatsvindt. Dit overzicht wordt weergegeven in figuur 7.



Figuur 7. Uitvoering van somatische screening per locatie

4.2.2 Kwalitatief

Locatie Arnhem

De somatische screening wordt binnen de gehele locatie Arnhem één keer per jaar afgenomen bij alle patiënten volgens alle respondenten (4,5 en 6). Bij het team FACT-noord wordt verder bij het starten van medicatie of een medicatiewisseling extra gescreend, hoewel dit dan geen volledige somatische screening is. De uitgebreide somatische screening wordt wel gedaan als iemand nieuw in het team komt gaf R6 aan.

De respondenten uit het FACT-zuid team (R4 en R5) gaven aan dat ook in tussencontacten met de patiënt en dossierhouder stil wordt gestaan bij de lichamelijke gezondheid. Het moment van de uitvoering van somatische screening is verschillend voor het FACT-zuid team en het FACT-noord team. Binnen FACT-zuid wordt de uitvoering van somatische screening gekoppeld aan een zorgadviesgesprek (ZAG-gesprek). De screening vindt plaats ter voorbereiding op het ZAG-gesprek beschreven R4 en R5.

Binnen het team FACT-noord is vrijdagochtend de vaste screeningsochtend. Hier komen gemiddeld per week vier mensen voor somatische screening. Voor mensen die binnen bepaalde protocollen vallen en die komen voor depotmedicatie is er naast de vrijdag ook op woensdagmiddag een contactpoli voor screening, aldus R6.

R4 en R6 gaven ook aan dat bijgehouden wordt wie wanneer gescreend wordt. Bij FACT-noord zorgt de secretaresse ervoor dat iedereen één keer per jaar wordt uitgenodigd wordt voor somatische screening. De patiënten ontvangen twee weken van te voren een brief en de dossierhouder van de patiënt wordt een week van te voren op de hoogte gesteld. Bij het FACT-zuid zorgt ook het secretariaat voor de planning. Echter plant zij alleen de ZAG-gesprekken en is het de taak van de verpleegkundig specialist om in het team aan te geven dat de patiënten die binnenkort een ZAG-gesprek hebben dus somatisch gescreend moeten worden.

Locatie Ede

R3 en R11 gaven beide aan dat er iedereen elk jaar gescreend wordt. Daarnaast kan er op verzoek van de behandelaar vaker gescreend worden, aldus R11. Ook dan wordt er een volledige screening afgenomen. R11 gaf ook aan dat regiebehandelaren patiënten aanmelden voor screening. R3 schetste het beeld dat er in principe opnieuw gescreend wordt bij het starten van medicatie, maar dat hier geen vaste termijn aangekoppeld is en het ook weleens vergeten wordt. Ze werken niet met een bepaald protocol.

Volgens R3 houdt het secretariaat bij wie aan de beurt is. Bij R11 heeft de ambulant verpleegkundige een lijst in de computer wie wanneer gescreend is en op basis daarvan worden mensen uitgenodigd.

Bij beide teams van de R3 en R11 is het mogelijk om iemand thuis te screenen, maar alleen indien nodig, bijvoorbeeld als iemand niet in staat is om zijn huis te verlaten. De patiënten worden allemaal telefonisch uitgenodigd en er wordt dan een afspraak gemaakt. R3 benadrukte het belang van het persoonlijke contact en gaf aan dat het belangrijk is om niet alleen patiënten uit te nodigen met een brief. Dit gebeurde in het verleden wel.

“Je moet het wel goed uitleggen, dus daarom denk ik dat het belangrijk is dat je niet alleen maar een brief stuurt ... maar dat je uitlegt waarom je het doet, dat is wel gewoon heel belangrijk en ook het gewoon persoonlijk contact”. – R3

R16 gaf aan dat bij haar op de locatie de patiënten niet standaard gescreend worden. Wel zitten bepaalde patiënten in protocollen, omdat ze bepaalde medicatie gebruiken. Dan wordt er lab geprikt. Verder vindt er wel ieder half jaar medicatiemonitoring plaats en wordt er lab geprikt. Hoe vaak en wat er geprikt moet worden hangt af van de soort medicatie.

Locatie Nijmegen

Alle drie de respondenten op locatie Nijmegen (Nijmeegsebaan) gaven aan dat er jaarlijks wordt gescreend. R13 en R15 gaven aan dat dit bij alle patiënten gebeurt, R14 gaf aan dat deze jaarlijkse screening enkel gebeurt bij patiënten die antipsychotica of lithium gebruiken. Op de locatie waar respondenten 14 en 15 werken wordt de screening uitgevoerd op maandagochtend. De regiebehandelaren van de patiënten kunnen de patiënt aanmelden voor deze metabole poli. Het secretariaat houdt op deze locatie bij welke patiënten wel en niet zijn geweest. De patiënten krijgen een brief thuis met een uitnodiging en uitleg voor/over de somatische screening. Naast de jaarlijkse somatische screening op deze locatie vindt er bij opname een algemeen lichamelijk onderzoek plaats. R13 gaf aan dat ze weten wanneer iemand gescreend moeten worden aan de hand van de verjaardag van de patiënt, omdat er gescreend wordt in de geboortemaand. Naast de somatische screening wordt op deze locatie iedere maand het gewicht van de patiënten genoteerd en wordt er regelmatig bloed geprikt bij de patiënten die in bepaalde protocollen vallen.

Locatie Pompekliniek Nijmegen

Beide respondenten hebben aangegeven dat er een jaarlijkse screening is voor de mensen die niet in bepaalde (lab)protocollen vallen. Deze screening wordt bij hen de jaarlijkse gezondheidscontrole genoemd. Voor de mensen die wel in een protocol vallen worden vaker (meestal vier keer per jaar) gecontroleerd. Voor opname geldt dat mensen op dezelfde dag (binnen twee uur na opname) langs moeten komen bij de medische dienst voor een somatische screening.

De doktersassistente houdt bij wanneer elke patiënt opgeroepen moet worden voor een screening. Hiervoor heeft zij een eigen systeem ontwikkeld. Daarnaast krijgen de mensen van de medische dienst hiervan dan automatisch een pop-up als ze bijvoorbeeld iemand moeten wegen of meten. Dit gaven beide respondenten aan. De behandelaar (psychiater) meldt bij de assistente als iemand start met medicatie en zij zorgt er vervolgens voor dat het in het systeem op de juiste manier verwerkt wordt en dat de patiënt in het labprotocol komt. R2 gaf verder nog aan dat het persoonlijk benaderen van de patiënt om te komen naar de screening effect heeft. Zij belt de patiënt direct op als diegene niet komt op de afspraak voor de somatische screening. R1 benadrukte dit ook en gaf aan dat ze mensen bellen voor een afspraak, dus actief benaderen.

Locatie Tiel

R7 gaf aan dat er binnen het team ADHD/ASS geen vast moment is voor somatische screening. Er worden bij iedere behandelevaluatie (één keer per kwartaal) somatische metingen gedaan, maar geen volledige screening. Als patiënten starten met ADHD-medicatie wordt er wel altijd een somatisch onderzoek gedaan.

In het team van R9 is er in het behandelplan opgenomen dat patiënten één keer per jaar somatisch gescreend worden, mits dit niet bij de huisarts gebeurt. Of iemand weer gescreend moet worden houdt R9 zelf bij, hier is geen vast systeem voor.

R10 gaf aan dat in haar team het streven is om patiënten één keer per jaar somatisch te screenen. De somatische screening staat echter nog aan het begin van implementatie en de screening wordt dan ook nog niet frequent uitgevoerd.

Locatie Wolfheze

Alle drie de respondenten gaven aan dat bij opname iemand standaard gescreend wordt. Bij de volwassenen vindt er niet jaarlijks een algemene somatische screening plaats voor alle patiënten. Wel vindt er één keer per jaar een metabole screening plaats en hierbij hoort ook het prikken van lab bij. R17 gaf aan dat er door de verpleging één keer per jaar op een vast moment metingen worden verricht, namelijk in april (bloeddruk etc.).

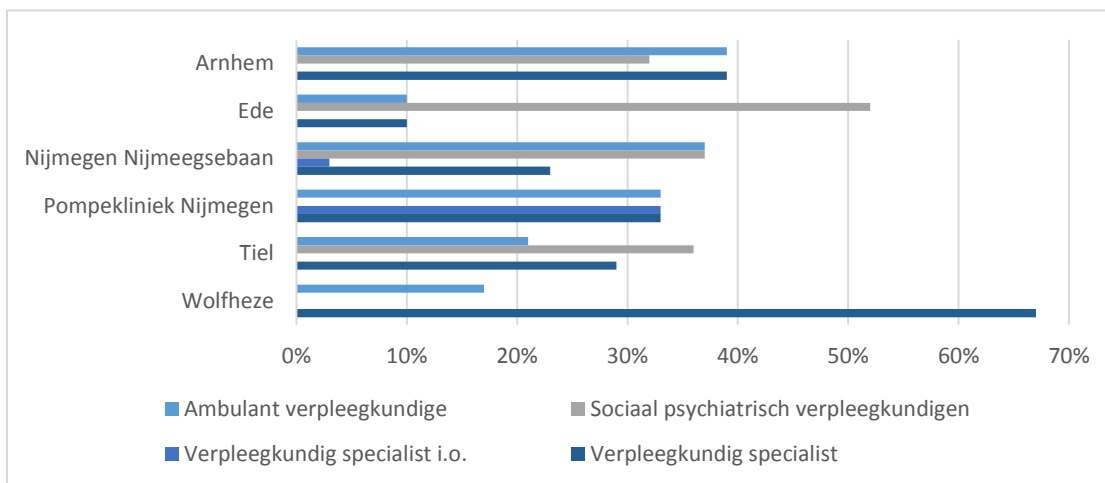
Bij de ouderen vindt elke maand een meting van bloeddruk en gewicht plaats. Verder wordt voor iedereen de medicatie één keer per jaar besproken tijdens de zogenaamde medicatiereview met de apotheker. Bij ouderen vindt er geen standaard lab plaats. Alleen als iemand in protocol valt is dit op structurele basis, anders gaat het op indicatie.

Bij volwassenen houdt de doktersassistente bij wie wanneer gescreend moet worden. Bij de volwassenen wordt gemiddeld 50-60% van de patiënten doorverwezen naar de verpleegkundig specialist voor verder onderzoek i.v.m. het ontwikkelen van metabool syndroom of slikken van antipsychotica. Verder vindt er een nieuwe screening plaats bij het starten of wijzigen van antipsychotica medicatie.

4.3 Deelvraag 2: Wie voert of voeren de somatische screening uit?

4.3.1 Kwantitatief

Uit de vragenlijst is naar voren gekomen dat de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV-en) het minst zelf een vorm van somatische screening uitvoeren, namelijk 54% (n=54). Voor de ambulante verpleegkundigen geldt dat 67% (n=7) en 71% (n=27) zelf screent (respectievelijk niveau 4 en niveau 5). De verpleegkundig specialisten (VS) en VS i.o. voeren het vaakst zelf een vorm van somatische screening uit, namelijk 80 (n=20) en 100% (n=2). In figuur 8 wordt de relatie getoond tussen het uitvoeren van screening per discipline en geordend per locatie.



Figuur 8. Uitvoering van somatische screening per locatie per discipline

4.3.2 Kwalitatief

Locatie Arnhem

Alle respondenten die benaderd zijn voor de locatie Arnhem geven aan dat de ambulant verpleegkundigen en SPV-en de somatische screening uitvoeren. Bij het FACT-zuid team is het de bedoeling dat iedereen zijn eigen patiënten screent. Bij FACT-noord zitten er op de vrijdagochtend twee verpleegkundigen die alle patiënten screenen en in totaal screenen hier zes verpleegkundigen. De hulpverleners gaan ook bij mensen thuis langs om daar de screening af te nemen als dit nodig is. Het lab wordt geprikt door een externe organisatie (SHO), zowel op locatie als thuis. De uitslagen van de somatische screening en het lab worden op beide locaties bekeken door de verpleegkundig specialist. Deze checkt of er uitkomsten afwijkend zijn die de verpleegkundige niet heeft opgemerkt en waar aandacht aan besteed moet worden. Verder is het aan de verpleegkundig specialist om hier ook uitwerkingen van te maken, aldus R4 en R5.

Locatie Ede

R3 en R11 voeren zelf de somatische screening uit. R11 is de enige die screent voor FACT Ede en Veenendaal, maar binnenkort komt hier iemand bij. R3 geeft aan dat er in het team twee verpleegkundigen zijn die screenen. De verpleegkundigen die screenen kennen de patiënten niet allemaal. In Veenendaal was het screenen met twee te doen, aldus R3. Er is tijd voor het screenen gecreëerd door de collega's samen. Volgens R3 doen SPV-en niets in de uitvoering van somatische screening. R11 geeft aan dat de receptie een mapje maakt met alle formulieren, zodat zij alles compleet heeft. Er wordt tijdens de screening onder andere gekeken naar bijwerkingen van medicatie en naar bewegingsstoornissen. Verder geeft deze respondent aan dat het lab bij patiënten thuis geprikt wordt door de externe organisatie SHO. Daarnaast is er op maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag van 08.45-09.00 uur iemand van SHO op de locatie om ook lab te prikken. Zoals eerder aangegeven wordt er binnen het team waarin R16 werkzaam is niet gescreend. Wel vindt er verwijzing naar de huisarts plaats ook al wordt dit dan niet altijd goed opgepakt door de huisarts zelf. De psychiater kan zelf bloed laten prikken en de somatiek meenemen in de consulten al gebeurt dit niet altijd, vanwege een hoge werkdruk.

Medicatiemonitoring vindt wel plaats door degene die de medicatie voorschrijft. Dit aspect is volgens de respondent het beste geregeld.

Locatie Nijmegen

R14 voert wel somatische screening uit, R15 niet. R14 en 15 gaven aan dat de somatische screening op hun locatie wordt uitgevoerd door verpleegkundigen en SPV-en. Iedere maandag zitten er twee medewerkers op de metabole poli. Het lab wordt afgenomen door de externe organisatie SHO. R14 gaf aan dat de doktersassistente de resultaten van het lab en de screening samenvoegt en de patiënt over de uitslagen belt. Beide respondenten, 14 en 15, lieten weten dat de medicatiemonitoring wordt gedaan door de psychiater. R15 gaf aan dat de psychiater de labuitslagen en de somatische screening controleert en eventuele acties uitzet. Het verdere vervolgplan ligt bij de ambulante behandelaar, aldus R15. Op de afdeling van R13 wordt de screening gedaan door de huisarts.

Locatie Pompekliniek Nijmegen

De jaarlijkse gezondheidscontrole/somatische screening wordt uitgevoerd door drie verpleegkundigen in opdracht van de huisarts binnen de Pompekliniek. Dit geldt voor Nijmegen en Zeeland. De verpleegkundige verricht de algemene metingen en hierin wordt het aspect leefstijl ook meegenomen. De aspecten: lichamelijk onderzoek, medicatie en leefstijl komen allemaal terug. Het lichamelijk onderzoek en medicatie worden gedaan door de verpleegkundig specialist i.o. (soma-tisch opgeleide VS), omdat deze meer acties achter de hand heeft dan een verpleegkundige. Indien nodig kunnen er neurologische controles worden uitgevoerd door de huisarts na doorverwijzing. De patiënt vult vooraf de vragenlijst in en de aandachtspunten worden in een gesprek besproken. De huisarts of VS i.o. bekijkt de labuitslagen en verandert indien nodig het beleid. Vervolgens vindt er terugkoppeling met de verpleegkundigen plaats.

Locatie Tiel

Van de metingen die R7 uitvoert bij de behandelbespreking is niet duidelijk of meerdere medewerkers binnen zijn team dit doen. Binnen het team van R9 voeren de arts en de VS de somatische screening uit. De SPV zorgt voor afstemming met de huisarts. R10 liet weten dat ze de screening probeert op te pakken met de verpleegkundigen, dit is echter nog niet volledig geïmplementeerd.

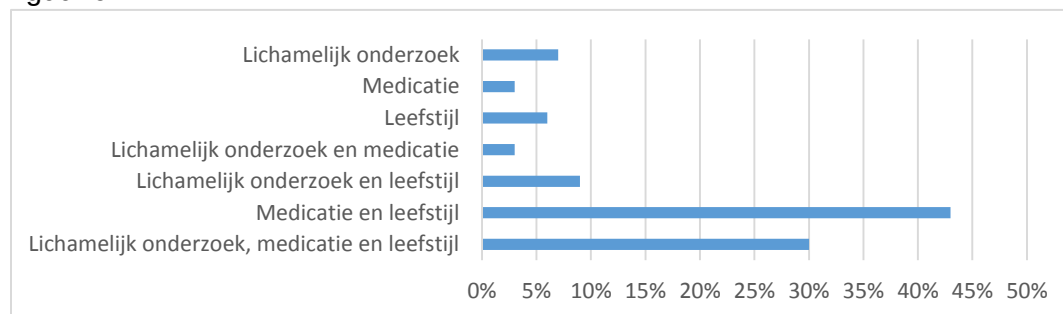
Locatie Wolfheze

Bij zowel de volwassenen als ouderen op Wolfheze geven alle respondenten (8, 12 en 17) aan dat de verpleegkundigen van de afdeling de algemene controles doen. Bij volwassenen proberen de aandachtfunctionarissen (vpk) de patiënt te monitoren en gaan als dit nodig is, mee op gesprek naar de VS indien er sprake is van een doorverwijzing. De verpleegkundigen van de afdeling verwijzen de patiënt indien er sprake is van afwijkende waarden door naar de VS. De verpleegkundig specialist (VS) in Wolfheze is speciaal aangenomen om de somatiek op zich te nemen. Zij is een VS GGZ maar een jaar lang door de interne huisarts getraind in het verrichten van lichamelijk onderzoek. De VS gaat naar de afdeling toe om hier screeningen uit te voeren. Het lichamelijk onderzoek wordt uitgevoerd door haar, maar dit gebeurt alleen op indicatie. De VS doet ook de metabole screening en diabetescontroles bij de patiënten. Zij is degene die mensen één keer per jaar ziet en kijkt of er sprake is van het metabool syndroom. Zij constateert afwijkingen, maar de huisarts (HA) voert verder het beleid uit indien nodig. Verder houden de arts/arts-assistent zich bezig met de somatische zorg. De artsen zijn uiteindelijk altijd verantwoordelijk en zij moeten er voor zorgen dat iemand in een bepaald protocol terecht komt, zodat er standaard periodieke metingen gedaan worden. Het uitvragen van leefstijl is iets wat gedaan wordt door de VS en diëtiste, aldus R17. Echter geeft R8 aan dat leefstijl meer iets is voor op de afdeling. Bij ouderen wordt het lichamelijk onderzoek uitgevoerd door de arts-assistent bij opname. De rol van de verpleegkundig specialist betreffende de uitvoering van somatische screening is onbekend. Hierdoor voert de VS nu momenteel ook niets uit. Betreffende het aspect leefstijl geeft R12 aan dat de fysio hierbij betrokken wordt bij meer bewegen.

4.4 Deelvraag 3: Welke instrumenten worden er gebruikt voor de uitvoering van somatische screening?

4.4.1 Kwantitatief

Allereerst is er navraag gedaan aan de respondenten die aangaven somatische screening uit te voeren welke aspecten zij in hun screening meenamen. In totaal gaf 49% (n=70) aan lichamelijk onderzoek uit te voeren, 79% gaf aan de medicatie te monitoren en 87% bracht de leefstijl in kaart. De combinaties van de aspecten die in kaart gebracht werden worden weergegeven in figuur 9.

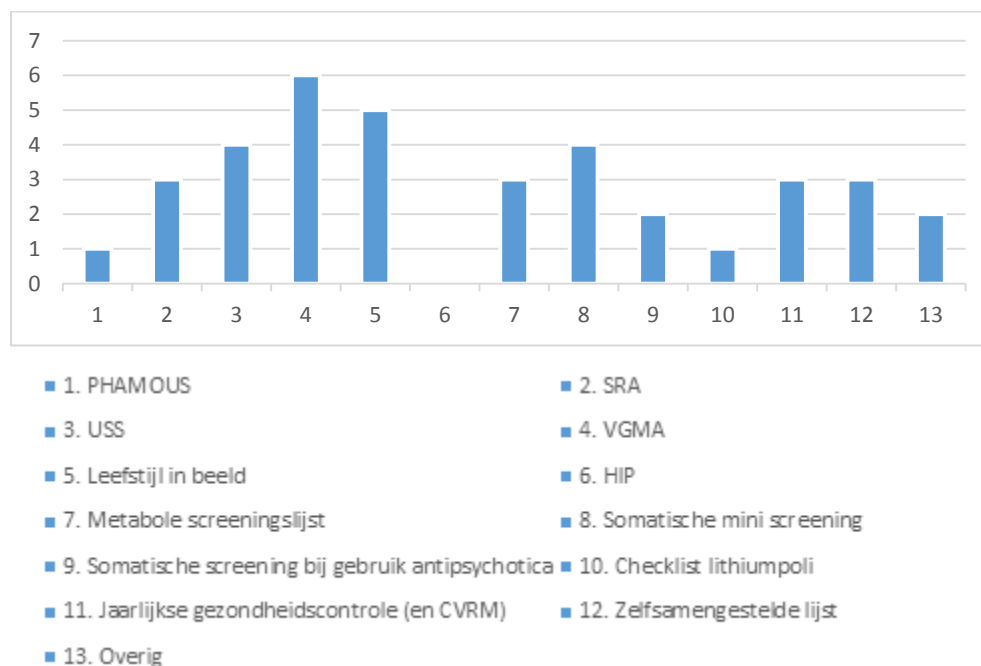


Figuur 9. Aspecten van somatische screening

Vervolgens is er gekeken hoe de bovenstaande aspecten met of zonder behulp van een meetinstrument in kaart worden gebracht.

Van de 64% (n=70) van de respondenten die aangaf een vorm van somatische screening uit te voeren gaf de helft van hen aan gebruik te maken van een screeningslijst.

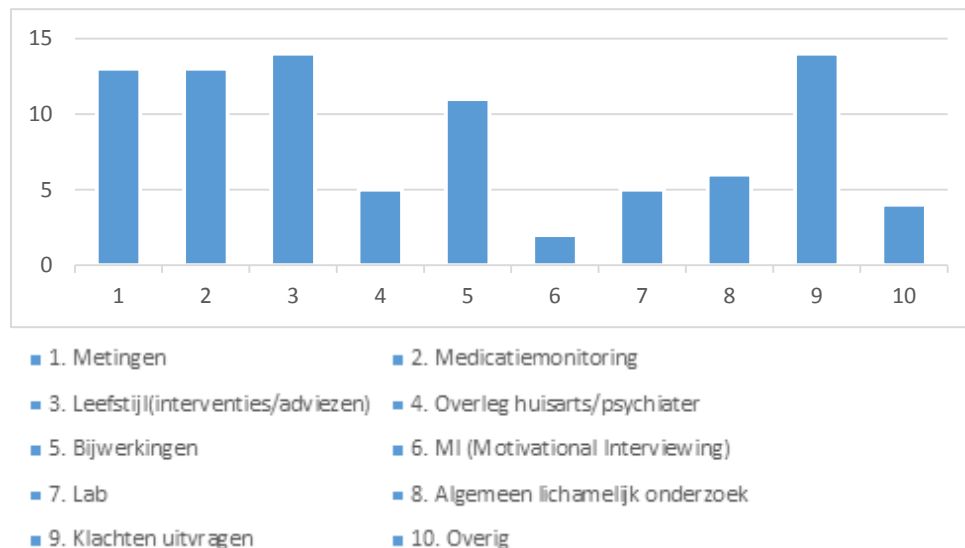
De soorten lijsten die gebruikt worden, zijn weergegeven in figuur 10. Te zien is dat een aantal respondenten gebruik maakt van één van de gevalideerde screeningslijsten die ook in de richtlijn van somatische screening bij EPA-patiënten aanbevolen worden.



Figuur 10. Het gebruik van meetinstrumenten (in aantallen)

De respondenten die aangaven geen screeningslijst te gebruiken bij het uitvoeren van somatische screening hebben zelf aangegeven hoe ze hun eigen somatische screening vorm hebben gegeven.

Deze beschrijvingen zijn door de onderzoekers geordend in verschillende uit te voeren aspecten in figuur 11.



Figuur 11. Aspecten bij screening zonder lijst (in aantallen)

4.4.2 Kwalitatief

Locatie Arnhem

Binnen het FACT-zuid wordt er gebruikt van de Utrechtse Somatische Screeningslijst (USS). Beide respondenten (4 en 5) geven aan dat het mooie aan de USS is dat de patiënt kan aangeven wat hij van zichzelf vindt bij elk aspect. De hulpverlener kan hierover vervolgens in gesprek gaan. De gesprekken hebben als doel gedragsverandering.

Ook geven ze aan dat de USS alle aspecten: lichamelijk onderzoek; medicatiemonitoring en leefstijl, bevat, maar dat er wel bewegingsonderzoek aan toegevoegd is door het team.

De USS wordt eerst op papier of digitaal in een Word-document ingevuld en vervolgens gescand in het elektronisch patiënten dossier (EPD).

R5 schatte de tijd van afname van een goede somatische screening op anderhalf uur.

Het FACT-noord maakt gebruik van de Verpleegkundige Monitoring bij Gebruik van Antipsychotica (VMGA), maar heeft hieraan wel aanpassingen gedaan zoals extra vragen over verslaving en seksualiteit. Alle aspecten van somatische screening komen hierdoor aan bod in de vragenlijst. De uitvoering van deze volledige kost inclusief bewegingsonderzoek driekwartier, aldus R6.

Locatie Ede

Binnen de locatie Ede gebruiken de drie respondenten allemaal een ander meetinstrument. R3 gebruikt een vragenlijst die volgens hem al heel lang door Pro Persona gebruikt wordt. In deze vragenlijst komen verschillende aspecten aan bod: medicatie, lichamelijke controles, familiale problemen, leefstijl en andere klachten. Het invullen van de vragenlijst kost ongeveer een uur als de hulpverlener de patiënt de tijd wil geven. Dit is anders dan in de richtlijn aangeeft, namelijk een halfuur, aldus R3.

R11 maakt gebruik van de VA. Ook hierin komen de drie aspecten terug. De patiënt krijgt een lijst met antwoorden en zo wordt de vragenlijst samen met de patiënt ingevuld.

Het geven van alleen een lijst met antwoordmogelijkheden wordt bewust gedaan, omdat de doelgroep een korte concentratieboog heeft. De vragenlijst bevat voldoende vragen, wordt ingevuld op papier en daarna ingescand. De ambulant verpleegkundige pakt voordat er een nieuwe screening plaatsvindt eerst de oude screeningen erbij. De afname van een screening duurt ongeveer driekwartier. Dit hangt af van de patiënt en problematiek, dus soms is het zoeken naar de goede weg, aldus de respondent.

R16 voert geen screening uit, maar er is wel een verpleegkundig specialist i.o. die vorig jaar een screeningslijst heeft ontworpen, samengesteld vanuit bestaande gevalideerde lijsten. Wel gaf hij aan dat deze lijst te uitgebreid is en er delen soms kunnen worden overgeslagen. Verder gaf de respondent aan gebruik te maken van het Farmacotherapeutisch kompas bij het uitvragen van bijwerkingen.

Locatie Nijmegen

Op de locatie waar respondenten 14 en 15 werken worden de volgende metingen uitgevoerd: bloeddruk, pols, lengte, gewicht, BMI en buikomvang. Ook laten zij lab prikken door de SHO. Daarnaast wordt er op de metabole poli een vragenlijst afgenomen. In deze vragenlijst wordt er gevraagd naar de somatische voorgeschiedenis, somatische familie anamnese, somatische anamnese (tandhygiëne, cardiale-, bewegings-, urinaire-, hyperglycemische-, seksuele-, overige somatische klachten) en leefstijl (fysiek, voeding en intoxicaties). Deze lijst is beschikbaar in een "Word-bestand" op de I-schijf. De somatische screening duurt een half uur tot drie kwartier, aldus R14 en R15.

R13 voert zelf geen somatische screening uit, dit doet de interne huisarts. De huisarts gebruikt hiervoor het protocol over metabole screening. Er wordt niet standaard lichamelijk onderzoek uitgevoerd, wel als hier indicatie voor is.

Locatie Pompekliniek Nijmegen

Beide respondenten gaven aan dat er gewerkt wordt met de CVRM en dat deze verwerkt is in het patiëntendossier. Leefstijlfactoren, controles, voorgeschiedenis etc. worden bekeken tijdens de uitgebreide jaarlijkse screening. Ook wordt er algemeen lab geprikt.

Locatie Tiel

R7 zegt dat er bij het starten van ADHD medicatie gekeken wordt naar: het hart, de vaten, de tensie, het gewicht en de pols voor aanvangswaarden. Er wordt geen lichamelijk onderzoek uitgevoerd. Tijdens gesprekken met patiënt wordt er gevraagd naar leefomstandigheden, voedingspatroon en slaappatroon. Dit wordt echter niet gedaan aan de hand van een vragenlijst. Bij de behandelplanbespreking doet R7 somatische metingen. Deze doet hij aan de hand van het EPD. Deze metingen omvatten: bloeddruk, pols, temperatuur, gewicht en buikomvang, groeicurve, BMI. De overige metingen die het EPD aangeeft (saturatie, ademhaling, bloedsuiker, vochtlijst, bladderscan, defecatie, en Astramtest) worden niet uitgevoerd.

Respondenten 9 en 10 lieten weten gebruik te maken van de Somatische Mini Screening (SMS). Dit is een papieren lijst. Volgens R10 is de lijst ook digitaal beschikbaar. De SMS is heel eenvoudig en de patiënten zouden hem zonder begeleiding in kunnen vullen. Het is daardoor een goed werkbaar lijst. In de lijst wordt er onder andere gevraagd naar somatische aandoeningen, familiëre aandoeningen, sport/beweging, voeding, roken/alcohol/drugs en een bijwerkingenlijst waarop patiënten hun somatische bijwerkingen kunnen aangeven. Daarnaast worden in de SMS labonderzoeken bekeken en worden de volgende metingen gedaan: lengte, pols, gewicht, BMI, bloeddruk en buikomvang. R10 noemt de SMS niet volledig, maar zegt dit geen probleem te vinden omdat zo de screening als trechter fungeert.

"Nee, de SMS is niet volledig dat pretendeert ie ook niet he. Eigenlijk is het een lijst die bedoeld is als een eerste screening" – R10

Het afnemen van de lijst kost de respondenten 9 en 10 ongeveer een half uur.

Locatie Wolfheze

R8 heeft geschetst welke aspecten in de screening aan bod komen: anamnese; dossieronderzoek; medicatie en lichamelijk onderzoek. Zo wordt geprobeerd een overzicht te krijgen van de voorgeschiedenis en huidige toestand van de patiënt.

Uit bovenstaande blijkt dat alle aspecten die naar voren komen in somatische screening aan bod komen. De nadruk ligt wel op de lichamelijke klachten, aldus R8.

De vragenlijst wordt rechtstreeks ingevuld in het EPD onder het kopje "Somatiek" en is gebaseerd op medische kunde, maar heeft geen echte naam, aldus R8.

R17 geeft aan dat leefstijl niet structureel behandeld wordt op de afdeling, maar dat geprobeerd wordt om hiermee 'speels' om te gaan. Ze hebben destijds een cursus gedaan met betrekking tot leefstijl. Deze wordt nu niet meer aangeboden, maar de mappen met informatie kunnen nog wel steeds ingezien worden.

R8 geeft aan dat een algehele screening ongeveer anderhalf uur tijd in beslag neemt.

Bij de ouderen vindt lichamelijk onderzoek bij opname plaats. Aan leefstijl wordt wel aandacht besteed, maar ook hier is het niet iets structureels. Ze willen hier volgend jaar een speerpunt van maken, aldus R12. Bij de ouderen wordt geen gebruik gemaakt van een gevalideerde lijst, maar hebben ze een eigen lijst opgesteld met thema's die worden besproken. Artsen gebruiken een lijst waar somatisch onderzoek in staat.

4.5 Deelvraag 4: Hoe worden de bevindingen/resultaten van de somatische screening gerapporteerd?

4.5.1 Kwantitatief

Op deze vraag heeft 92% (n= 70) van de respondenten die screening uitvoeren geantwoord zijn bevindingen te rapporteren in het patiëntendossier. Ook gaf 27% en 36% aan de resultaten respectievelijk via mail en direct overleg met de regiebehandelaar te bespreken. Overige vormen van rapportage vonden onder andere plaats door contact met huisarts, dossierhouder en verpleegkundig specialist.

Verder heeft 71% van de respondenten die screening uitvoert aangegeven na de screening leefstijlinterventies toe te passen en/of resultaten terug te koppelen aan de regiebehandelaar. Ook gaf 61%, van de respondenten die screening uitvoert, aan de resultaten en bevindingen te bespreken in een patiëntenoverleg of behandelbespreking. Daarnaast gaf 21%, van de respondenten die screening uitvoert, aan de bevindingen en resultaten terug te koppelen naar de huisarts. Overige gegeven antwoorden waren onder andere medicatie aanpassen en resultaten bespreken met de patiënt.

4.5.2 Kwalitatief

Locatie Arnhem

Beide respondenten (4 en 5) gaven aan dat de samenvatting terecht komt in het EPD en ook de ingevulde USS wordt ingescand en in het dossier gezet. Binnen het FACT-zuid team worden verder de uitkomsten van de somatische screening besproken worden in het ZAG-gesprek. De huisarts van de patiënt wordt hierover geïnformeerd. En terugkoppeling vindt tussendoor plaats met betrokken behandelaren en disciplines. Ook wordt er gekeken of er bepaalde interventies

moeten worden ingezet en of hierbij paramedici ingeschakeld moeten worden. Het nieuwe behandelplan wordt vervolgens onder het kopje 'Somatiek' in het patiëntendossier gezet.

Ook binnen het FACT-noord team wordt er gerapporteerd in het patiëntendossier. De samenvatting die de verpleegkundige schrijft van de somatische screening komt in de decursus terecht. De rapportages worden gelezen door de behandelaren (psychiater), maar er vindt verder geen extra terugkoppeling plaats met behandelaren, alleen indien nodig.

De vragenlijst wordt nu in Word-document ingevuld en later ingescand in het dossier gezet.

Er vindt terugkoppeling plaats met de dossierhouder en de patiënt wordt vanzelfsprekend geïnformeerd via een gesprek. Na de somatische screening worden er indien nodig leefstijlinterventies toegepast op het gebied van beweging of voeding. Deze doelen worden geformuleerd onder het kopje 'Gezondheid' in het behandelplan. Het inschakelen van een diëtiste gaat via de eigen huisarts van de patiënt.

Locatie Ede

R3 gaf het volgende aan over rapportage en bevindingen van de somatische screening: er wordt een samenvatting gemaakt van de screening en somatische metingen worden genoteerd in het dossier. De samenvatting komt in de decursus terecht. Bijzonderheden die uit de screening komen worden besproken met de arts. Er zijn vaste momenten om de screenings te bespreken en dit werkt goed. Verder is er goed overleg met de psychiater. De samenspraak tussen de huisarts en psychiater is er wel, maar te weinig. Indien nodig wordt iemand doorverwezen naar een andere discipline, zoals de huisarts/arts of PMT-therapeut en kan er vervolgonderzoek geïndiceerd worden. De uitkomsten en het beleid al dan niet inschakelen van een arts worden opgepakt door de SPV-er. Dit is belangrijk, aldus R3.

R11 werkt de screening zelf uit binnen een tijd van ongeveer twee weken, zodat hierin ook de labuitslagen kunnen worden meegenomen. De vragenlijst wordt ingescand onder het kopje 'Somatische screenings' in het EPD. De samenvatting (1 A4'tje) die geschreven wordt naar aanleiding van de uitkomsten wordt geplaatst in de decursus en onder het kopje "Somatische screenings".

Alle screenings en labuitslagen worden besproken met de arts, hier zijn vaste momenten voor. Indien er op andere momenten overleg nodig is en de A(N)IOS is afwezig kan de psychiater geraadpleegd worden. Als de patiënt twee tot drie keer niet komt bij een somatische screening wordt dit besproken in het multidisciplinair overleg (MDO). Er worden indien nodig leefstijladviezen gegeven, fitness wordt aangeboden (PMT), wandelgroep wordt geadviseerd en er vindt psycho-educatie plaats (de gevaren uitleggen van bijvoorbeeld overgewicht). De dossierhouder is verantwoordelijk voor het volgen van dit proces. De respondent benoemde dat de externe huisarts niet standaard de gegevens van de somatische screening ontvangt.

R16 gaf aan dat er leefstijladviezen gegeven worden in gesprekken met de behandelaar. Er wordt besproken met de patiënt waarom iemand iets op een bepaalde manier doet (oorzaak) en wat levert het op als ze gaan proberen te veranderen. Daarnaast wordt er regelmatig met de patiënt teruggekomen op het medicatiegebruik. De respondent geeft zelf ook voedingsadviezen indien nodig, vanwege diens achtergrond als diëtist. De huisarts is de spil betreffende doorverwijzingen rondom de somatiek. Bij lichamelijke problematiek wordt de patiënt doorverwezen naar de eigen huisarts. De huisarts van de patiënt wordt gebriefd in tussentijdse contacten.

Locatie Nijmegen

R14 en R15 gaven beiden aan dat de metingen van de screening in het dossier worden gerapporteerd onder het kopje "Somatische metingen". Daarnaast wordt de ingevulde lijst ingescand in het dossier gezet door de secretaresse. Daarnaast gaven zij aan dat de uitvoerder van somatische screening de bevindingen in de decursus plaatsten.

R14 liet weten dat zij tijdens/na de screening enkele adviezen te geven aan patiënten indien dit nodig was. Ook gaf zij aan belangrijke zaken te overleggen met de behandelaar over een plan. Wanneer er afwijkingen zijn nodigt R14 de patiënt nog twee maal extra uit om een beter beeld van de metingen te krijgen.

Op de locatie van R13 is er maandelijks een overleg met de huisarts, verpleegkundig specialist (respondent 13) en met één van de verpleegkundigen van de afdeling. In dit overleg wordt alles omtrent somatiek besproken. De afspraken die hieruit voortkomen worden in de decursus geplaatst. Ook schrijft de huisarts na de screening een stukje over de bevindingen en geeft daar enkele leefstijladviezen bij. Na het gesprek wordt er ook gekeken naar leefstijlinterventies, waarbij vaak motivational interviewing wordt toegepast. Volgens R13 blijven de patiënten vaak in fase 0 (voorlichten) hiervan hangen. Naast motivational interviewing worden er op de locatie waar R13 werkt ook paramedici ingeschakeld ter interventie zoals: fysiotherapeut, logopedist, diëtist en ergotherapie. Enkele van deze disciplines komen van extern, hierdoor is de terugkoppeling soms matig, aldus R13.

Locatie Pompekliniek Nijmegen

Er wordt gewerkt met het huisartsinformatiesysteem genaamd “Microhis”. Beide respondenten benadrukten dat alleen de medische dienst, huisarts en verpleegkundigen van de avond- en nachtdiensten in dit medische EPD kunnen. Er is een ander psychiatrisch patiëntendossier dat gebruikt wordt door de verpleegkundigen en artsen van de afdelingen (XmCare).

“Wel dat de somatiek en de psychiatrie naast elkaar werken, dus dat is echt een diffusie (bedoelt divisie) voor de somatiek en een diffusie voor de psychiatrie. En ik denk dat je daarmee ook allebei de aspecten goed belicht”. – R1

De metingen, uitslagen en bevindingen van de somatische screenings worden digitaal in “Microhis” verwerkt.

Beide respondenten brachten naar voren dat er één keer per week een uur overleg plaatsvindt met de huisarts, psychiater en VS waarin zaken rondom somatische screening worden besproken. Er is een eigen interne huisarts binnen de Pompekliniek aan wie alles wordt teruggekoppeld indien er bijzonderheden zijn en ook de medische dienst wordt dan op de hoogte gesteld indien nodig, aldus R2. Verder gaf R2 aan dat de huisarts elke dag te benaderen is om mee te overleggen en dat dit zowel via de mail of telefonisch kan.

Wanneer er interventies worden ingezet ziet de medische dienst sommige patiënten vaker. De afdeling wordt niet standaard door de medische dienst op de hoogte gesteld van deze interventies, dit moet door de patiënt zelf worden gedaan of de patiënt moet akkoord gaan dat de medische dienst dit terugkoppelt aan de afdeling.

Locatie Tiel

R7 voert de metingen die zij doet in onder het kopje “Somatische metingen” in het EPD. Vervolgens verwijst ze hiernaar in de decursus. Wanneer waarden afwijken overlegt R7 deze face to face met de psychiater, zodat er acties kunnen worden ondernomen. Ook licht ze bij afwijkingen de huisarts in. De uitkomsten van metingen die R7 invoert komen niet direct bij de huisarts terecht. Wanneer zij dit belangrijk acht geeft zij dit door aan de doktersassistente. Wat R7 belangrijk vindt is dat er goede psycho-educatie wordt gegeven ten aanzien van medicatie, zodat patiënten weten waar ze rekening mee moeten houden. “Dat is onze taak”, aldus R7. Ook valt R7 terug op een diëtist met ervaring met psychopathologie. Deze diëtist komt van buiten Pro Persona.

R9 vat de bevindingen uit de screening samen in de decursus. Dit doet hij via een vast, zelf samengesteld format. De rapportage wordt onder het tabblad “Somatiek” gezet. De ingevulde vragenlijst wordt ingescand en in de decursus gezet. Wanneer R9 merkt dat iemand onregelmatig is dan heeft hij contact met de huisarts om te vragen of de betreffende patiënt in het CVRM-protocol kan worden geplaatst. R9 koppelt op deze manier terug aan de huisarts. Er vindt verder geen terugkoppeling plaats tussen de externe huisarts en de verpleegkundig specialist over de bevindingen en het uitgezette beleid.

R10 rapporteert ook in de decursus via een vast format en de vragenlijst wordt, net als bij R9, toegevoegd in de decursus. Ook evalueert zij direct of er verder onderzoek nodig is. Wanneer er afwijkingen gevonden worden geeft R10 direct psycho-educatie aan de patiënt. Bij afwijkingen koppelt zij dit terug aan de arts/psychiater. Als R10 patiënten doorverwijst naar de externe huisarts gaat zij soms mee. Dit om de huisarts te laten zien dat de psychische kant volledig is onderzocht en om extra uitleg te geven. R10 kan mensen niet doorverwijzen naar een diëtist, dit gaat via de externe huisarts.

Locatie Wolfheze

Bij de volwassen (respondent 8 en 17) worden alle metingen en uitkomsten van de somatische screening rechtstreeks ingevuld in het EPD onder het kopje “Somatiek”. Hierdoor kunnen aantekeningen rondom de somatiek snel worden teruggevonden. De metingen staan onder het kopje “Somatische metingen”. R17 gaf aan dat de verpleging de metingen niet onder een bepaald kopje zet, maar gewoon onder “Algemene metingen”.

Na uitvoering van somatische screening wordt er algemeen beleid uitgezet. De huisarts bespreekt met de VS wat er moet gebeuren. Het is belangrijk om dit goed af te stemmen wie welke taken en verantwoordelijkheden krijgt. De VS heeft een goede samenwerking met de aandachtfunctionarissen van de afdelingen en doktersassistenten. Twee keer per jaar vindt er ook onderling een overleg plaats. De VS overlegt met de afdeling wie met de patiënt aan bepaalde doelen kan werken.

Verder stuurt de VS nog een Word-document van de rapportages naar de behandelaren en aandachtfunctionarissen. De VS stuurt ook een advies naar de afdeling toe via de mail. Daarnaast vindt er één keer per maand een MDO plaats met behandelaren waarin grote afwijkingen die gevonden zijn in de screenings worden besproken. Wat betreft interventies kan de VS iemand verwijzen naar andere disciplines. Verder vindt er terugkoppeling plaats met de arts/psychiater. Bij ouderen gaf R12 aan dat de metingen die de verpleging doet worden neergezet onder het kopje “Somatische metingen”. De somatische probleemlijst staat ook onder een apart kopje. Verder worden de uitkomsten van het algemeen lichamelijk onderzoek besproken met de specialist ouderengeneeskunde (SOG) en de HA. Verder wordt tijdens het ochtendrapport (drie per week) besproken welke metingen er uitgevoerd moeten worden. Dit wordt besproken met de arts. Indien er iets acuut afwijkend is overlegt de verpleging dit met de VS of collega. Verder worden de resultaten in verschillende overleggen besproken. De arts bepaalt samen met de SOG het somatische beleid.

Het inschakelen van paramedici vindt regelmatig plaats als dit nodig is. Een diëtiste kan bijvoorbeeld in consult gevraagd worden. Dan wordt er extra of andere aandacht aan voeding besteed. De interventies die worden ingezet zijn voor de lange termijn, omdat er gewerkt wordt met ouderen.

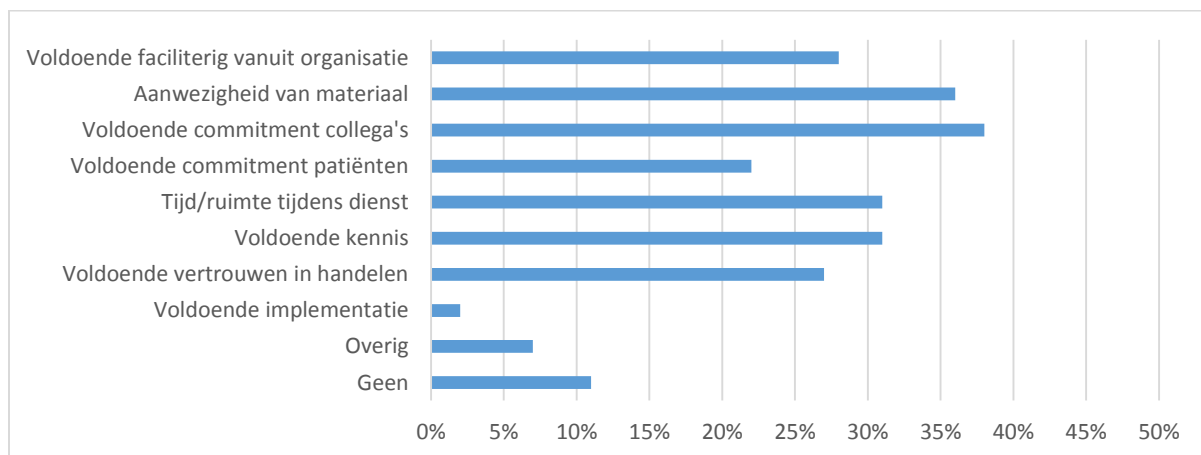
4.6 Deelvraag 5: Welke factoren bevorderen of belemmeren de hulpverleners bij de organisatie en uitvoering van somatische screening?

4.6.1 Kwantitatief

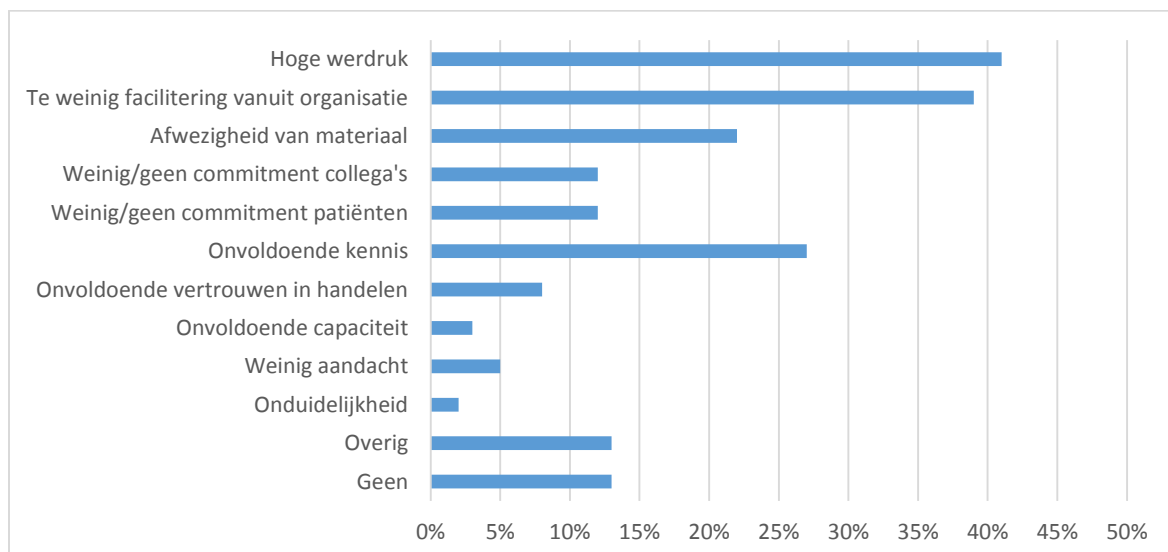
In onderstaande figuren 12 en 13 worden de factoren weergegeven die de respondenten aangegeven als bevorderende en belemmerende factoren voor, tijdens of na uitvoering van somatische screening.

De top 4 van bevorderende factoren bestaat van hoog naar laag uit voldoende commitment van collega's, aanwezigheid van materiaal, het hebben van voldoende kennis en het hebben van tijd en ruimte tijdens de dienst.

De belangrijkste top 4 belemmerende factoren die voren gekomen zijn uit de vragenlijst zijn van hoog naar laag een te hoge werkdruk, onvoldoende facilitering vanuit de organisatie, onvoldoende kennis en de afwezigheid van materiaal.



Figuur 12. Bevorderende factoren



Figuur 13. Belemmerende factoren

4.6.2 Kwalitatief

Bevorderende factoren

Onderstaande resultaten komen voort uit de kwalitatieve gegevens. Deze zijn verzameld bij zeventien respondenten.

Organisatieniveau:

Zeven respondenten gaven aan dat ze de meetinstrumenten voor de somatische metingen goed hebben kunnen verkrijgen.

Vier respondenten zijn tevreden met het huidige vragenlijst waarmee zij somatische screening afnemen.

Er is volgens zes respondenten meestal voldoende tijd en ruimte tijdens de dienst om de somatische screening uit te voeren.

De twee respondenten van de Pompekliniek Nijmegen benadrukten dat het scheiden van somatiek en psychiatrie ervoor zorgt dat beide aspecten goed belicht worden, maar hierbij is het wel van belang dat er met beiden rekening gehouden wordt.

Sociaal niveau:

Er heerst bij negen respondenten voldoende commitment onder collega's. Dit betreft het onder de aandacht brengen van somatische screening bij elkaar, elkaar (bij-)scholen en elkaar stimuleren in het uitvoeren van somatische screening.

Ook lieten zeven respondenten weten dat het contact met de andere disciplines goed verloopt.

Individueel niveau:

Van de zeventien respondenten hebben er twee aangegeven dat ze het onderwerp 'uitvoeren van somatische screening' trekken binnen hun team. Verder gaf een andere respondent aan dat hij zijn collega's helpt als zij een kennistekort ervaren met betrekking tot dit onderwerp. Tot slot gaf één respondent aan dat ze vooral zelf voldoende kennis en vertrouwen heeft in haar eigen handelen.

Patiëntniveau

Over het algemeen zijn patiënten gemotiveerd om te komen en staan open voor somatische screening volgens de helft van de respondenten. Tevens heeft één respondent aangegeven dat enkele patiënten screening zo belangrijk vinden dat ze soms langskomen met de vraag: "Wanneer mag ik weer?".

Daarnaast gaven twee van hen aan dat patiënten het waarderen dat ook hun lichamelijk gezondheid in de gaten gehouden wordt.

"De meeste patiënten vinden het belangrijk, dat merk ik hier ook. Mensen vinden hun lichamelijk gezondheid ook van belang en vinden het prettig dat er vanuit de GGZ aandacht voor is". – R8

Belemmerende factoren

Organisatieniveau:

Acht respondenten hebben benadrukt dat er vanuit de organisatie geen urgentie is om aandacht te hebben voor somatische screening. Dit wordt naar voren gebracht in de volgende citaten:

“Kijk, in die zin wil ik natuurlijk heel graag dat de organisatie het ziet als een heel belangrijk deel van ons werk en dat ze dat waarderen. Dat wij niet alleen een psychiatrisch ziekenhuis zijn, maar dat ze ook tegen de zorgverzekeraars zeggen: ‘Mensen met een psychiatrische ziekte leven twintig jaar korter en hebben sowieso enorm veel minder levenskwaliteit’. Een heel belangrijk onderdeel is dat je ook naar hun lichamelijk welbevinden kijkt”. – R15

Hiervan benadrukten twee respondenten dat de programmaraad een blokkade vormde bij de implementatie van somatische screening.

“In ieder geval binnen dit team is het zo dat somatische screening, daar is geen tijd voor. Dat staat niet in het programma en dus mag ik het niet doen. Dat is niet alleen te weinig facilitering, dat is gewoon géén facilitering”. – R16

Bovenstaande werd ook door nog zes andere respondenten aangegeven, namelijk dat de organisatie te weinig facilitering biedt op het gebied van somatische screening.

Van de zeventien respondenten lieten er negen weten dat een gebrek aan tijd en/of personeel ervaren wordt en de somatische screening hierdoor minder goed en regelmatig kan worden uitgevoerd.

Vijf respondenten gaven aan graag meer scholing te krijgen op het gebied van uitvoering van de somatische screening, dit wordt nu namelijk niet gefaciliteerd.

Als er gekeken wordt naar het invullen van de lijst, dan gebeurt dit bij tien respondenten op papier waarna het formulier/vragenlijst wordt ingescand. Allemaal gaven ze aan graag de mogelijkheid te hebben om de lijst rechtstreeks digitaal in te vullen in het patiëntendossier.

“Nu is het zo dat je hem op papier gaat zitten invullen en dan moet je hem ook nog in het dossier zetten, dus dat kost gewoon heel veel tijd en werk”. – R3

Ook geven vier respondenten aan dat er onduidelijkheid is over wanneer welke patiënt op welke manier gescreend moet worden.

Vijf respondenten hebben laten weten dat ze moeite hebben moeten doen voor het verkrijgen van materialen om de lichamelijke controles te doen. De organisatie heeft hen hierin te weinig gefaciliteerd.

“Weet je ik moet ook zelf spullen aanschaffen, ik heb zelf een weegschaal gekocht...” – R9

Bij de manier van rapporteren in het patiëntendossier ervaren vier respondenten belemmeringen, omdat zij hun bevindingen van de somatische screening niet op een vaste en aparte plek kunnen onderbrengen.

Zes van de zeventien respondenten lieten weten te weinig toegang te hebben tot doorverwijzing naar paramedici om de juiste interventies na somatische screening toe te kunnen passen. Hierbij vormt het niet beschikbaar hebben van een diëtiste voor vier van deze respondenten de grootste belemmering.

Vier respondenten benadrukte expliciet een gebrek te hebben aan leefstijlinterventies. Hierbij lieten zij weten graag interventies als leefstijl-in-beeld, health-for-you en leefstijlgroepen tot hun beschikking te hebben.

Sociaal niveau:

“Ik denk dat het gebrek aan commitment van collega’s eigenlijk te maken heeft met dat somatiek een ondergeschoven kindje is in de psychiatrie”. – R7

Bovenstaand citaat wordt onderschreven door zeven van de zeventien respondenten in verschillende opzichten. Allemaal geven ze aan dat er collega’s zijn die aandacht hebben voor somatiek niet tot hun taak of verantwoordelijkheid vinden horen. De respondenten lieten weten dat ze het idee hebben dat collega’s de afname van somatische screening als extra belasting zien of de collega’s vinden dat ze hier geen tijd voor of niet voldoende kennis over hebben.

Daarnaast geven twee van de zeventien respondenten aan dat collega’s niet op dezelfde manier eventuele metingen rapporteren.

Drie van zeventien respondenten benadrukten dat een gebrek aan kennis ook een oorzaak is van mindering commitment van collega’s.

Van de zeventien respondenten lieten er vier weten dat de communicatie en terugkoppeling van somatische gegevens tussen verschillende disciplines niet altijd optimaal is. Zo krijgt de huisarts niet standaard somatische gegevens binnen en vindt er andersom geen terugkoppeling plaats van de huisarts naar het team.

Individueel niveau:

Vier respondenten gaven aan dat ze een kennistekort ervaren op het gebied van somatiek en hiervan gaf driekwart aan dat ze hierdoor onvoldoende vertrouwen hebben in hun eigen handelen.

“Maarja als je het niet veel doet dan verdwijnt dat ook een beetje. Heel simpel bijvoorbeeld de buikomvang meten met dat ding, daar ben ik altijd een beetje onzeker over van hoe moet dat nou precies en waar moet je precies meten. Telkens denk ik weer van: ja ik moet het nog even opzoeken, maar dat doe ik dat niet, omdat er van alles tussen komt”. – R9

Patiëntniveau:

Zes respondenten gaven aan dat er regelmatig enkele patiënten niet komen opdagen of niet gemeten of geprikt willen worden.

“Maar we hadden dan wel iedereen gehad, maar je hebt natuurlijk altijd mensen die er tussendoor schieten, omdat ze niet op afspraken verschijnen”. – R3

Vijf respondenten benoemden dat het soms moeilijk is om patiënten te screenen vanwege de specifieke patiëntenpopulatie waarmee ze werken en vanwege de psychotische/traumatische toestand waarin sommige patiënten zich kunnen bevinden.

Verder gaven vijf respondenten aan dat acties die volgen na de somatische screening soms moeilijk toepasbaar zijn voor patiënten. Een aantal patiënten heeft weinig motivatie om te veranderen aldus drie van de vijf respondenten.

“We hebben er hier een paar tussen zitten die leven zo ongezond als ik weet niet wat en daar gaan we echt niks mee bereiken, dat is utopie”. – R17

5. Discussie

In dit hoofdstuk wordt er eerst een interpretatie van resultaten en vergelijking met de literatuur gegeven. Vervolgens zullen de sterke punten en beperkingen van de kwaliteit van het onderzoek genoemd worden. Tot slot zullen de toepasbaarheid voor de praktijk en generaliseerbaarheid van het onderzoek besproken worden.

Dit mixed method onderzoek had als doel het in kaart brengen van de huidige organisatie en uitvoering van somatische screening binnen verschillende locaties van Pro Persona. Uit de interviews en vragenlijst kwam naar voren dat er grote verscheidenheid is op de verschillende vlakken van uitvoering. De momenten van het uitvoeren van screening komen niet allemaal overeen, verschillende disciplines voeren screening uit en er worden verschillende meetinstrumenten gebruikt. Ook het rapporteren van bevindingen wordt niet op eenduidige manier gedaan. Tevens is in kaart gebracht welke belemmerende en bevorderende factoren de medewerkers ervaren ten aanzien van somatische screening.

5.1 Interpretatie van resultaten en vergelijking met literatuur

5.1.1 Frequentie en momenten

Uit de resultaten blijkt dat van de respondenten die screening uitvoeren 57% (n=70) aangeeft dit één keer per jaar te doen. 19% van de respondenten gaf aan meer dan vier keer per jaar te screenen en de overige respondenten lieten weten twee tot vier keer per jaar te screenen. Op de vraag: "Op welke momenten vindt er screening plaats?" antwoordde 24% van de respondenten die screening uitvoeren dat zij dit doen bij start en/of verandering van antipsychotica en 15% bij start en/of verandering van overige medicatie. Ook lieten respondenten weten te screenen bij opname of standaard jaarlijks, respectievelijk 17 en 18%. Geen enkele respondent gaf in het interview aan op het gebied van leefstijl vaker dan één keer per jaar te screenen. Vier respondenten gaven in de interviews expliciet aan extra te screenen bij het starten van nieuwe medicatie. Zeven respondenten gaven aan dat mensen die medicatie gebruiken in bepaalde protocollen vallen. Deze bepalen de afname van eventuele verdere (lab)controles.

In de theorie worden middels een stroomschema in de multidisciplinaire richtlijn: "Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening" (Bak et al., 2014, p.15) de aan te bevelen afnamemomenten beschreven. In dit schema is terug te vinden dat wordt aanbevolen om de algemene somatische screening ten minste één keer per jaar af te nemen. Ook wordt benoemd dat leefstijl het eerste jaar iedere drie maanden gescreend wordt, het tweede jaar ieder zes maanden en daarna minstens één keer per jaar. Er is in de richtlijn tevens beschreven dat medicatiescreening tot de jaarlijkse algemene somatische screening behoort. Aan de basismeting voor de medicatiemonitoring is geen tijdsindicatie gekoppeld, omdat dit verschilt per medicatiesoort. Wel moet de basismeting regelmatig herhaald worden.

Wanneer de gevonden resultaten worden vergeleken met de literatuur blijken er overeenkomsten en verschillen te zijn. Wanneer er screening plaatsvond gebeurde dit ten minste één keer per jaar, hetgeen overeenkomt met de richtlijn. Het verschil komt naar voren wanneer er gekeken wordt naar het uitvragen van de leefstijl van patiënten. Opvallend is dat in de praktijk de leefstijl slechts één keer per jaar wordt uitgevraagd, terwijl in de richtlijn wordt aanbevolen dit de eerste twee jaar regelmatig te doen.

5.1.2 Uitvoering per discipline

De kwantitatieve resultaten lieten zien dat de taak van het uitvoeren van somatische screening het vaakst belegd is bij de SPV-en, namelijk 56% (N=110). Hierna volgen de ambulant verpleegkundigen met 41%. Tot slot gaf ook een deel van de respondenten (33%) aan dat de verpleegkundigen specialisten en verpleegkundig specialisten in opleiding respectievelijk 31 en 2% de somatische screening uitvoeren.

In de richtlijn "Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening" (Bak et al, 2014, p. 22) kwam naar voren dat de SPV-en de aspecten "algemene somatische screening" en "medicatiemonitoring" mogen uitvoeren. Dit betekent dat volgens de richtlijn de SPV-en dus niet bevoegd zijn om de het aspect "Leefstijlanamnese" af te nemen. Uit het onderzoek komt echter naar voren dat dit wel in de praktijk gebeurt.

De ambulant verpleegkundigen vallen onder de categorie verpleegkundigen en zij mogen volgens de richtlijn enkel "Algemene somatische screening" uitvoeren.

De richtlijn benoemt dat in de ambulante setting de verantwoordelijkheid van observatie en signalering valt onder de casemanager die is aangesteld bij de patiënt. Deze mag "Algemene somatische screening" en "Leefstijlanamnese" uitvoeren. Hierdoor kan het dus zo zijn dat de SPV-en en ambulant verpleegkundigen tevens ook casemanager zijn en daarmee wel bevoegd zijn de "Leefstijlanamnese" af te nemen.

De resultaten die voortkomen uit de kwantitatieve data komen overeen met het beleid van Pro Persona, omdat volgens dit beleid de eerder genoemde drie disciplines somatische screening uitvoeren.

Uit de vragenlijst bleek daarnaast dat het uitvoeren van somatische screening volgens 9% van de respondenten behoort tot een van de taken van de huisarts, arts of psychiater.

Binnen Pro Persona zijn psychiaters of artsen eindverantwoordelijk voor zowel de psychiatrische als somatische zorg, zo blijkt uit de richtlijn "Psychiatrische diagnostiek" (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2015), maar er wordt wel benoemd dat de uitvoering van een vorm van somatische screening in de praktijk niet vaak door hen gedaan wordt. Dit benadrukte de opdrachtgever ook. Zij gaf aan dat dit te maken heeft met het feit dat psychiaters hiervoor te duur zijn en dat dit niet altijd binnen hun takenpakket valt.

Het feit dat het percentage van uitvoering bij de disciplines: huisarts, arts of psychiater slechts 9% is kan dus goed verklaard worden.

5.1.3 Meetinstrumenten

Uit de resultaten is naar voren gekomen dat de helft van de mensen die screening uitvoeren dit doen aan de hand van een meetinstrument. De meetinstrumenten die door de respondenten gebruikt worden, zijn weergegeven in figuur 10. Er worden 12 verschillende meetinstrumenten toegepast.

In de richtlijn staan de PHAMOUS, SRA, USS, VMGA, HIP en Leefstijl-in-beeld beschreven. Dit zijn in Nederland gestandaardiseerde meetinstrumenten.

Van de screeningsinstrumenten die door de respondenten gebruikt worden, zijn er slechts vijf in de richtlijn beschreven als gestandaardiseerde instrumenten. De somatische screening wordt door 19 respondenten (n=70) uitgevoerd aan de hand van deze gevalideerde meetinstrumenten/lijsten. Voor het screeningsinstrument de "Somatische mini Screening" is een validatieonderzoek opgestart binnen GGz centraal (De Ruijter, 2016). Dit screeningsinstrument wordt door vier respondenten gebruikt. De overige 6 lijsten staan niet beschreven in de richtlijn en zijn niet gevalideerd.

De andere helft van de respondenten die screening uitvoeren heeft aangegeven geen meetinstrument te gebruiken. Zij lieten weten verschillende aspecten terug te laten komen in hun screening. Deze aspecten zijn te vinden in figuur 11. De meest meegenomen aspecten zijn: klachten uitvragen, leefstijl, bijwerkingen, medicatiemonitoring en metingen. Deze werden door 11 tot 14 respondenten uitgevraagd. Overige aspecten die respondenten noemden waren lab- en algemeen lichamelijk onderzoek.

In de richtlijn (Bak et al, 2014, p.13) is terug te vinden waar een algemene somatische screening aan moet voldoen, namelijk: uitvragen hoofdklacht, medicatie, klachten, algemeen, voorgeschiedenis, familieanamnese, lichamelijk onderzoek (waaronder metingen) en labonderzoek.

De aspecten die de respondenten die screenen zonder lijst uitvoeren komen allen voor in de richtlijn als relevant om te bevragen. Deze aspecten werden echter niet allemaal door dezelfde respondenten ingevuld.

Het meest opmerkelijke van de vergelijking van resultaten met de literatuur is: 51 respondenten (n=70) maakt tijdens het uitvoeren van somatische screening gebruik van een niet gevalideerde en/of zelfsamengestelde lijst. Dit terwijl er zes gevalideerde meetinstrumenten in de richtlijn worden aanbevolen.

5.1.4 Rapportage en bevindingen

Rapportage

Uit de vragenlijst blijkt dat 92% (n=70) van de respondenten zijn bevindingen van de somatische screening rapporteert in het patiëntendossier. De manier van rapporteren in het patiëntendossier was verschillend.

In de richtlijn (Bak et al, 2014, p.16) wordt aangegeven dat alle afspraken, aanpassingen en resultaten vastgelegd dienen te worden in het patiëntendossier.

De resultaten die voortkomen uit het onderzoek komen dus gedeeltelijk overeen met wat de richtlijn beschrijft. Bijna alle respondenten hebben aangegeven dat alles in het patiëntendossier wordt gerapporteerd. De manieren waarop dit gebeurt is verschillend, maar hier wordt niets over beschreven in de richtlijn.

In de resultaten van het onderzoek zijn ook nog andere vormen van rapportage naar voren gekomen, maar hier wordt in de richtlijn geen aandacht aan besteed.

Slechts twee respondenten hebben expliciet benadrukt dat alle resultaten, afspraken en aanpassingen besproken worden met de patiënt. In de richtlijn (Bak et al, 2014, p.16) staat beschreven dat dit wel altijd moet. Het feit dat de resultaten uit het onderzoek niet overeenkomen met wat de richtlijn beschrijft kan mogelijk verklaard worden door het volgende: in de antwoordopties van de vragenlijst kon niet specifiek “bespreken met de patiënt” worden aangekruist, wel hadden de respondenten de mogelijkheid om dit in te vullen bij de antwoordoptie “anders”. In de interviews is hier ook niet specifiek naar gevraagd.

Terugkoppeling

Uit de vragenlijst blijkt dat 71% (n=70) van de respondenten zijn bevindingen terugkoppelt aan de regiebehandelaar. Daarnaast werd door 61% van de respondenten aangegeven dat zij dit bespreken in een patiëntenoverleg of behandelplanbespreking. Ook koppelt 21% van de respondenten zijn bevindingen terug aan huisarts en heeft 4% van de respondenten expliciet benadrukt ze het bespreken met de patiënt.

De richtlijn (Bak et al, 2014, p.16) benoemt rondom terugkoppeling het volgende: “Alle uitslagen gaan naar de hoofdbehandelaar en worden gecombineerd met de resultaten van de leefstijlanamnese, de uitslagen moeten worden voorzien van een brief met een plan ter verbetering van de gezondheid, gemaakte afspraken met de patiënt en eventuele beredenering voor terugverwijzen naar de huisarts en de uitkomst wordt verteld en uitgelegd aan de patiënt”.

In de literatuur wordt dus beschreven er altijd terugkoppeling met de hoofdbehandelaar dient plaats te vinden en in de praktijk blijkt dat 71% dit doet. Verder blijkt uit de interviews dat enkele respondenten wel terugkoppelen aan of met de huisarts. Dit werd in sommige gevallen gedaan door een brief naar de huisarts te sturen met uitslagen of de respondent werd doorverwezen naar de huisarts. Er is in de interviews door geen enkele respondent specifiek benoemd dat er een brief met eventuele beredenering voor terugverwijzen naar de huisarts gestuurd werd.

Tot slot zouden de uitkomsten in theorie altijd moeten worden besproken met de patiënt, terwijl dit in het onderzoek maar door 4% van de respondenten expliciet benoemd is. Een mogelijke verklaring is gegeven in bovenstaand kopje “Rapportage”.

Vervolg

De meerderheid, namelijk 71% (n=70) van de respondenten, geeft aan leefstijlinterventies toe te passen als actie na de uitkomsten van de screening. Er is bij de respondenten geen directe navraag gedaan over het veranderen van beleid naar aanleiding van de uitkomsten van de somatische screening. In de interviews is wel door drie respondenten benoemd dat er in overleg met de behandelaar bij afwijkingen of problemen nieuw beleid wordt opgesteld als dit nodig is.

Bak et al. (2014, p.16) beschrijft in de richtlijn “Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening” dat er als vervolg, bij afwijkingen of problemen, overleg plaats dient te vinden met de patiënt en casemanager. Dit om vervolg te bepalen, zodat er bijvoorbeeld leefstijlinterventies kunnen worden ingezet. Verder dienen alle afspraken, resultaten en aanpassingen van vervolgmetingen te worden vastgelegd in het patiëntendossier en besproken te worden met de patiënt. Indien nodig kan ook het behandelplan worden bijgesteld.

De leefstijlinterventies die door 71% van de respondenten wordt ingezet komt overeen met de vervolgactie die wordt beschreven in de richtlijn. Verder wordt in weinig gevallen in het onderzoek door de respondenten expliciet aangegeven dat alles besproken wordt met de patiënt of nieuw beleid opgesteld als dit nodig is. Dit is niet in overeenstemming met wat de richtlijn aanbeveelt.

5.1.5 Bevorderende en belemmerende factoren

Bevorderende factoren ten aanzien van de organisatie en uitvoering van somatische screening werden op verschillende gebieden ervaren. De vier meest genoemde factoren waren: voldoende commitment collega's, aanwezigheid van materiaal, tijd/ruimte in de dienst en voldoende kennis. Deze mogelijkheden werden door respectievelijk 38, 36, 31 en 31% van respondenten (N=110) benoemd. Twee van deze factoren behoren tot het organisatie niveau, één tot het sociale niveau en één tot het individuele niveau. De factoren: facilitering vanuit de organisatie, vertrouwen in eigen handelen en commitment patiënten werden ook regelmatig genoemd door 22 tot 28% van de respondenten.

Er kwamen ook verschillende belemmerende factoren naar voren op organisatieniveau. De vier meest genoemde belemmerende factoren waren: hoge werkdruk, te weinig facilitering vanuit de organisatie, onvoldoende kennis en afwezigheid van materiaal. Deze antwoorden werden respectievelijk door 41, 39, 27 en 22% benoemd. Drie van deze belemmerende factoren vallen onder het organisatieniveau. Overige genoemde belemmeringen waren: geen/weinig commitment collega's/patiënten, onvoldoende vertrouwen in eigen handelen, weinig aandacht, onvoldoende capaciteit en onduidelijkheid. Deze werden benoemd door 2 tot 13% van de respondenten. Uit de interviews bleek dat van de achttien genoemde belemmeringen er elf factoren werden ervaren op het organisatieniveau.

In het theoretisch kader is beschreven dat het succesvol worden van een implementatie afhangt van verschillende knelpunten en prikkels. Deze knelpunten en prikkels zijn te ordenen in inhoudelijke domeinen (Grol, & Wensing, 2017, p.158).

De onderzoekers hebben deze domeinen gebruikt bij het uitwerken van de resultaten. Er is echter gekozen om een factor toe te voegen, namelijk het patiëntniveau. De knelpunten of prikkels die hier onder vallen behoren volgens de theorie thuis onder individueel niveau. De onderzoekers vonden dat hierdoor geen overzicht was of de factor bij de patiënt of zorgverlener lag en hebben daarom dit onderscheid gemaakt.

Beschreven in het theoretisch kader zijn ook verschillende bevorderende en belemmerende factoren die werden ervaren in het RAAK-LEF onderzoek.

De bevorderende en belemmerende factoren die werden benoemd in de bijeenkomst over RAAK-LEF komen overeen met de benoemde factoren in de gevonden resultaten.

In Barthlem et al. (2016) is ook onderzocht welke bevorderende of belemmerende factoren er kunnen voorkomen bij vergelijkbare implementaties. Twee van hun conclusies, getrokken in Bartlem et al. (2016), kunnen worden vergeleken met de gevonden resultaten. Deze twee conclusies zijn als volgt:

- Eén op de vijf hulpverleners gaf aan zich niet bewust te zijn van de instanties/voorzieningen waarnaar een patiënt kan worden doorverwezen
- Meer dan de helft van de hulpverleners gelooft niet dat patiënten geïnteresseerd zijn in gedragsverandering rondom bepaalde gezondheidsrisico's. Deze constatering komt overeen met eerdere resultaten uit andere onderzoeken.

Wanneer er gekeken wordt naar de resultaten van de interviews, bleek dat zes van de zeventien respondenten lieten weten dat zij te weinig toegang hebben tot doorverwijzing naar disciplines. Ook is terug te vinden dat de respondenten weerstand ervaren van de patiënten bij het plannen van de screening, het screenen zelf en het toepassen van acties na de screening. Dit werd ervaren door respectievelijk zes, vijf en vijf van de respondenten. Daarnaast kwam uit de online vragenlijst naar voren dat 12% van de respondenten het gebrek aan commitment van patiënten als een belemmering ervoer. Hier staat echter tegenover dat 22% van de respondenten de commitment van patiënten als een bevordering ervoer.

De gevonden resultaten komen dus niet overeen met beide conclusies uit Bartlem et al. (2016).

5.2 Kwaliteit van het onderzoek

5.2.1 De steekproef

Sterke punten

Het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen de zes locaties van Pro Persona. De onderzoekers hebben de steekproef voor de vragenlijst getrokken waarbij alle medewerkers uit de feitelijke populatie zijn geïnccludeerd. Hierdoor is er een representatieve groep van respondenten verkregen. Er werd beoogd een representatieve groep van respondenten te verkrijgen door van elke locatie iedere discipline te interviewen, om zo vanuit verschillende oogpunten te kijken naar de organisatie en uitvoering van screening. Dit is enkel op de locaties Arnhem en Pompekliniek Nijmegen bereikt. Wel zijn op alle locaties ten minste twee verschillende disciplines geïnterviewd en is hiervoor gekozen, omdat het niet op alle locaties relevant bleek te zijn om iedere geïnccludeerde discipline te interviewen. Ondanks dat de werkwijze van de "Methode" dus niet volledig is gevolgd denken de onderzoekers toch een vrijwel volledig beeld te hebben gekregen.

Beperkingen

Bij de locatie Wolfheze is ervoor gekozen om een klinisch verpleegkundige mee te nemen in de onderzoekspopulatie, omdat de onderzoekers erachter kwamen dat er op de locatie Wolfheze geen ambulant verpleegkundigen en SPV-en werken. Bovendien werd er in een interview met een andere respondent van dezelfde locatie naar voren gebracht dat het interviewen van een klinisch verpleegkundige meerwaarde zou hebben voor de uitkomsten van ons onderzoek. Dit bleek achteraf ook zo te zijn. Vooraf zijn klinisch verpleegkundigen niet geïnccludeerd, omdat de opdrachtgever heeft aangegeven dat deze verpleegkundigen zich weinig bezighouden met somatische screening. Door het excluderen van deze discipline hebben de onderzoekers een minder volledig beeld gekregen van somatische screening binnen Wolfheze dan mogelijk was geweest.

In de methode is beschreven dat er werd verwacht saturatie te bereiken met het houden van zeventien interviews. Echter bleek dit in de praktijk niet zo te zijn. Binnen de verschillende locaties zijn er verschillende teams. Deze teams verschillen onderling in de organisatie en uitvoering van somatische screening. Hiermee is bij het opstellen van de methode geen rekening gehouden. Op de verschillende locaties zijn verschillende teams geïnterviewd.

Er is gebleken dat bij de teams waarvan twee respondenten werden geïnterviewd saturatie werd bereikt. Dit was het geval bij: Arnhem FACT-zuid, Ede FACT, Nijmegen Nijmeegsebaan, Pompekliniek Nijmegen en Wolfheze volwassenen. Van de andere teams werd slechts één respondent geïnterviewd. Hierdoor kon geen saturatie worden bereikt.

5.2.2 Kwaliteit van de gegevens

Sterke punten

In totaal zijn er tijdens dit onderzoek 271 mensen benaderd; verpleegkundig specialisten (i.o.), (ambulant) verpleegkundigen en SPV-en, waarvan er uiteindelijk van 110 respondenten gegevens verzameld zijn, kortom de onderzoekspopulatie. Het feit dat er in totaal 110 van de 271 mensen (respons 41%) gereageerd hebben komt het onderzoek ten goede. De onderzoekspopulatie is groot en er is veel data verkregen en dit heeft een positieve invloed op het generaliseren van de onderzoeksresultaten.

Bovendien konden de respondenten de vragenlijst anoniem invullen en zal het percentage van gegeven "sociale antwoorden" verminderd zijn. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van de gegevens.

Beperkingen

Er is ook een aantal punten waardoor de kwaliteit van de verzamelde gegevens verminderd kan zijn. Tijdens de interviews kwam naar voren dat de vraag: "Hoe vaak voert u somatische screening uit per jaar per patiënt?" niet altijd juist werd opgevat. Dit kwam doordat respondenten de vraag dachten te weten na het lezen van het eerste gedeelte ervan. Het einde van de vraag, per patiënt, viel hierdoor weg. Het kan dus zijn dat enkele respondenten de vraag als: "Hoe vaak voert u somatische screening uit per jaar?" i.p.v. "Hoe vaak voert u somatische screening uit per jaar per patiënt?" heeft beantwoord. Deze vraag is ook gesteld in de online vragenlijst, dus hierdoor kan het zijn dat een aantal respondenten het "verkeerde" antwoord hebben ingevuld. Dit moet worden meegenomen in de validiteit van de uitkomsten van het onderzoek.

Daarnaast bleek één respondent bij aankomst op locatie te weinig tijd te hebben voor het afnemen van een interview van een half uur. Er is echter wel besloten om het interview door te laten gaan, omdat er wel bruikbare data kon worden verzameld. De vragen zijn aan de hand van de vragenlijst en topicslijst gesteld en deze zijn allemaal beantwoord door de respondent. Er was echter weinig ruimte om dieper op bepaalde thema's in te gaan. Hierdoor kan het zijn dat bepaalde waardevolle informatie niet helemaal achterhaald is.

Een ander punt is het voorkomen van ruis tijdens de interviews. Dit is geprobeerd te voorkomen door de afnamelocaties van de interviews af te stemmen met de respondenten en de interviews te laten plaatsvinden in afgesloten ruimtes. Echter is het bij zes interviews voor gekomen dat het interview tijdelijk onderbroken moest worden vanwege het krijgen van een telefoontje of het binnenlopen van een collega.

Tot slot zijn de onderzoekers zich er van bewust dat ze voorzichtig moeten zijn met het trekken van conclusies per locatie vanwege het ontbreken van specificatie in de antwoordmogelijkheden in de vragenlijst betreffende de locatie waarop de respondent werkzaam is. Hierdoor kan niet precies achterhaald worden op welke afdeling de respondent werkt, dus kunnen de conclusies niet per afdeling, maar alleen locatiebreed worden getrokken.

Als er gekeken wordt naar de interviews kunnen er conclusies worden getrokken voor de teams waarbij saturatie is bereikt met de interviews. Bij andere teams moet rekening gehouden worden met het feit dat hier enkel één respondent is geïnterviewd.

5.2.3 Kwaliteit van de gebruikte methode

De onderzoekers hebben zich gehouden aan de meeste zorgvuldigheidseisen die eerder zijn opgesteld in het hoofdstuk "Methode". Voor zowel het kwantitatieve als kwalitatieve gedeelte zijn alle data gedurende het gehele onderzoeksproces bewaard gebleven. De data zullen na het afronden van dit onderzoek gedeeld worden met de opdrachtgever, omdat dit onderzoek een onderdeel is van het grote onderzoek "Somatische piramide". Dit verhoogt de betrouwbaarheid van gegevens, omdat de oorspronkelijke data altijd kan worden opgevraagd bij de onderzoekers. De geluidsopnames werden binnen zes maanden vernietigd om zo de wet "Bescherming persoonsgegevens" (2000) in acht nemen. Daarnaast is alle data waar mogelijk geanonimiseerd, zodat bepaalde uitspraken of uitkomsten niet herleid konden worden naar een bepaalde respondent. De gedragscode is hierbij in acht genomen.

Hieronder zullen de sterke en zwakke punten genoemd worden gericht op het kwantitatieve en het kwalitatieve gedeelte van dit onderzoek.

Kwantitatief

Sterke punten

De vragenlijst is voorgestructureerd en bestond vooral uit gesloten vragen, zodat er meer standaardisatie zou zijn. Daarnaast is de vragenlijst gevalideerd door vier experts, namelijk door de twee opdrachtgevers; de docentbegeleider en een hulpverlener werkzaam binnen de organisatie Pro Persona. De docentbegeleider is ook meegenomen als expert, omdat zij zelf kennis heeft van somatische screening en tijdens haar werk in aanraking komt met het werkveld. Hierdoor is nagegaan of er gemeten zou worden met de vragenlijst wat de onderzoekers wilden meten. Na deze test-fase is de vragenlijst op een aantal punten aangepast.

Verder verwachtten de onderzoekers een respons op de vragenlijst van ongeveer 20-40%, omdat dit volgens literatuur een redelijke respons is op een online vragenlijst. Uiteindelijk is er op de online vragenlijst een respons van 41% behaald. Dit is een hoge respons en komt de betrouwbaarheid ten goede. De hoge respons is mede behaald door het inzetten van twee reminders en de eerder genoemde respons verhogende maatregelen.

Ook hebben de opdrachtgevers meegewerkt om de respons te verhogen. Allereerst hebben opdrachtgevers de online vragenlijst verstuurd via hun e-mailadres, zodat de respondenten de mail minder snel als phishing zouden zien. Ze hebben het onderzoek "Somatische screening" proberen extra onder de aandacht te brengen door de zorgmanagers nog een keer te benaderen. Ze hebben hen een mail gestuurd om te vragen of zij het invullen van de online vragenlijst wilden promoten en ze hebben een algemeen bericht geplaatst op Intranet van Pro Persona.

Beperkingen

De onderzoekers hebben achteraf gezien ook een aantal beperkingen vastgesteld van het onderzoek.

De vragenlijst is gedurende drie weken uitgezet. Deze periode viel in de meivakantie en de onderzoekers hebben een aantal automatische e-mailberichten gekregen van medewerkers die in deze periode afwezig waren. Hierdoor kan het zijn dat de respons lager ligt dan wanneer de vragenlijst was uitgezet in een andere periode. Daarnaast kwamen de onderzoekers er gedurende de periode van dataverzameling achter dat de vragenlijst twee keer kan worden ingevuld door een dezelfde medewerker. Echter zijn bij de verwerking en analyse van de kwantitatieve data niet dezelfde antwoorden gevonden. De onderzoekers gaan er dus vanuit dat dit niet nadelig is geweest voor de respons en de resultaten van het onderzoek.

Kwalitatief

Sterke punten

Er is geprobeerd om een representatieve groep respondenten samen te stellen en achteraf bekeken is dit zeker gelukt. Hierdoor is de inhoudelijke generalisatie vergroot.

Vervolgens is er een test-interview afgenomen bij een expert, namelijk bij een hulpverlener werkzaam binnen Pro Persona. Dit had als doel om te kijken of de vragen die de onderzoekers stelden aan de hand van de topiclijst de vragen voldoende weerspiegelden waar de onderzoekers op zoek naar waren en of de topiclijst valideerde. Dit had als resultaat dat de onderzoekers erachter kwamen dat het verstandig was om een aantal vragen op een iets andere manier te stellen. Er zijn vervolgens aanpassingen gedaan.

Daarnaast is tijdens alle interviews gebruik gemaakt van de interviewgide en de topiclijst, zodat de interviews allemaal globaal op dezelfde manier verliepen. Vooraf hebben de respondenten de vragenlijst ingevuld, zodat de onderzoekers al enige voorkennis hebben over de respondenten en hierdoor het interview helder, gestructureerd en bondig kon laten plaatsvinden.

Tot slot heeft er door het benaderen van meerdere disciplines binnen de locaties data-triangulatie opgetreden. Bovendien is er sprake geweest van onderzoekerstriangulatie, omdat twee onderzoekers samen gewerkt hebben aan hetzelfde totale onderzoek.

De onderzoekers verwachtten in eerste instantie dat de interviews gehouden zouden worden door steeds één onderzoeker. Dit omdat er veel data in een korte periode verzameld moest worden. In de methode is beschreven dat het de onderzoekers toch gelukt is om beide bij vijftien van de zeventien interviews aanwezig te zijn. Hierdoor is het streven naar een eenduidige manier van interviewen van een neutrale houding vergroot en dit komt de betrouwbaarheid van de kwalitatieve data ten goede.

Beperkingen

Er zijn ook een paar beperkingen van dit onderzoek te noemen. De steekproef is uitgevoerd zoals beschreven, maar de respondenten die hebben deelgenomen stonden bijna allemaal positief tegenover de invoer van meer en structurelere uitvoering van de somatische screening op hun locatie. Dit komt, omdat deze categorie gemakkelijker te benaderen was voor deelname aan een interview. Hierdoor kon de selectiebias niet geheel voorkomen worden.

Verder zijn de interviews slechts in acht gevallen binnen twee dagen na afname uitgewerkt, terwijl de onderzoekers zich hadden voorgenomen om dit bij alle interviews te doen. Omwille van de tijd is dit niet gelukt. De onderzoekers achten de kans echter klein dat de geldigheid van het onderzoek verminderd is, omdat de interviews allen opgenomen zijn met audioapparatuur. En de onderzoekers hebben elkaars uitwerkingen tijdens het coderen en analyseren van de kwalitatieve data gecontroleerd.

De onderzoekers hadden zich ook voorgenomen om de respondenten een samenvatting van het transcriptie te sturen, zodat er member-checking kon plaatsvinden. Dit om de plausibiliteit te vergroten. De uitwerkingen van het interview zouden niet direct teruggestuurd naar de respondenten worden, maar pas na de analyse hiervan. Dit zou worden gedaan, omdat respondenten bij het zien van het gehele uitwerking van het interview, konden schrikken van hun taalgebruik. Door de respondenten alleen de geanalyseerde versie van het transcript te laten lezen kon er worden gekeken of de conclusies herkenbaar waren (Evers, 2015, p.139). Echter is dit omwille van de tijd niet gelukt. Er heerst dus een risico op onjuiste interpretatie. Wel kan achterhaald worden of de respondenten daadwerkelijk deze antwoorden hebben gegeven, omdat, zoals eerder aangegeven, ook de kwalitatieve data gedurende het gehele onderzoek en zes maanden daarna bewaard zal blijven.

De onderzoekers hadden zich tot slot voorgenomen om alle interviews apart van elkaar coderen. Bij slechts de eerste drie interviews hebben de onderzoekers dit gedaan. Hierna bleek dat beide onderzoekers bijna in alle gevallen dezelfde thema's en labels gekoppeld hadden aan de geschreven transcripten.

Dit kan mede verklaard worden doordat er al een topiclijst was ontwikkeld en gevalideerd voor afname van de interviews. Daarom is besloten dat de onderzoekers de overige interviews geco-deerd zouden worden door slechts één studentonderzoeker. De onderzoekers hebben ervoor gekozen om de interviews te coderen waarbij zij zelf in de rol zaten van interviewer. De onder-zoekers verwachten ondanks het niet geheel toepassen van de methode dat de betrouwbaar-heid/intersubjectiviteit hoog gebleven is, omdat alle gecodeerde interviews gecheckt zijn door de andere studentonderzoeker en ze hierna mogelijke twijfelpunten met elkaar besproken heb-ben.

Bij de sterke punten van het kwalitatieve onderzoek gedeelte is benoemd dat door het test-inter-view de validiteit is gewaarborgd. Echter moet wel worden meegenomen dat de onderzoekers redelijk onervaren waren in het afnemen van interviews. Uit de transcripten is gebleken dat de onderzoekers toch in de loop van het onderzoek meer suggestieve vragen stelden, omdat ze al meer voorkennis hadden over het onderwerp en uitkomsten uit vorige interviews meenamen in hun vraagstelling. Het kan daardoor zo zijn dat de antwoorden van de respondenten hierdoor wat negatief beïnvloed zijn, hoewel de onderzoekers van alle respondenten hebben teruggekregen dat ze een duidelijke manier van interviewen hadden en dat ze alles hebben kunnen zeggen wat voor hen relevant leek. Daarnaast hebben de onderzoekers beide deelgenomen aan vijftien van de zeventien interviews en de luisterde de observator voortdurend mee om te kijken of er niet teveel suggestieve vragen gesteld werden en of er nog aanvullende vragen nodig waren.

5.3 Toepasbaarheid in de praktijk

De respondenten van de interviews gaven allen aan dat het doen van dit onderzoek gezien kan worden als meerwaarde voor de organisatie. Ook in de vragenlijst is dit regelmatig aangegeven door respondenten. Binnen de organisatie is het een onderwerp dat steeds meer belicht wordt en ook in de rest van Nederland kijkt de psychiatrie steeds meer naar de somatiek. Dit heeft er mede voor gezorgd dat het project "De somatische piramide" is opgestart. Binnen de somatische pira-mide is er onderscheid gemaakt tussen drie verschillende fasen. Dit onderzoek maakt deel uit van fase 1: "Lichamelijke gezondheid". Er was voor dit onderzoek nog relatief weinig bekend over de huidige organisatie en uitvoering van somatische screening. Met dit onderzoek is de organi-satie en uitvoering van somatische screening binnen Pro Persona in kaart gebracht.

De resultaten hebben geen directe invloed op de organisatie en uitvoering van somatische scree-ning binnen Pro Persona. Wel geven de resultaten Pro Persona een beter beeld hiervan. Hier kan ze haar beleid vervolgens op aanpassen, hoewel een aanpassing van het beleid echter wel verder vervolgonderzoek vergt. Voor dit verdere onderzoek, en dus voor "De somatische pira-mide", zijn de gevonden resultaten van dit onderzoek van belang.

In het theoretisch kader is beschreven dat somatische screening relevant is voor het verpleeg-kundig beroep, omdat een van de rollen van de verpleegkundige betrekking heeft op het bevoor-deren van de gezondheid van de patiënt. Door de somatiek binnen de organisatie te verbeteren kan dit leiden tot een verbetering van de kwaliteit van zorg die verpleegkundigen leveren.

Bovendien zal een verbetering in de kwaliteit van zorg leiden tot het hebben van meer aandacht voor somatiek naast aandacht voor de psyche. Uit literatuur blijkt dat door aandacht te hebben voor beide gebieden de algehele gezondheid van de patiënt bevorderd wordt. De patiënten zullen hier op zowel korte als lange termijn voordeel van ervaren.

Door deze verbeteringen hopen de onderzoekers dat de organisatie de kwaliteit van zorg blijft waarborgen.

5.4 Generaliseerbaarheid

Dit onderzoek kan in grote mate gegeneraliseerd worden naar de feitelijke populatie. Dit is generaliseerd door een steekproef te trekken die bestond uit mensen die allen tot de feitelijke populatie behoorden. Ondanks dat de feitelijke populatie wordt vertegenwoordigd kan er niet gezegd worden dat de resultaten ook toepasbaar zijn op alle hulpverleners werkzaam binnen Pro Persona. Dit heeft er mee te maken dat er zich in de theoretische populatie disciplines en werknemers bevonden die niet zijn geïnccludeerd, denk aan artsen en psychiaters. Hiervoor hebben de onderzoekers gekozen, omdat er door de opdrachtgever werd aangegeven dat deze disciplines zich weinig tot niet bezig houden met somatische screening. Echter is dit niet uit te sluiten, omdat deze disciplines niet zijn bevraagd door de onderzoekers. Bovendien lieten enkele respondenten uit zowel de vragenlijst als de interviews weten dat ook de artsen en psychiaters zich bezig houden met somatische screening. Er kan dus niet met zekerheid gesteld worden dat de resultaten generaliseerbaar zijn voor alle hulpverleners werkzaam binnen Pro persona. Gezien het kleine aantal respondenten die dit benoemd heeft zal dit geen grote fout voor de generaliseerbaarheid opleveren. Gekeken naar de externe populatie zijn de resultaten niet generaliseerbaar naar andere (gespecialiseerde) geestelijke gezondheidszorginstellingen, omdat zowel de patiëntpopulatie als de uitvoerende disciplines anders kunnen zijn.

Naast de generaliseerbaarheid kan er ook gekeken worden naar de verplaatsbaarheid van het onderzoek. De verplaatsbaarheid van het onderzoek is groot. De vragenlijst die is gebruikt heeft slechts een enkele aanpassing nodig, namelijk het veranderen van de opties bij de vraag: "Op welke locatie bent u werkzaam". De vragenlijst kan verder volledig worden overgenomen en gebruikt binnen andere instellingen en dit vergroot de verplaatsbaarheid. Voor het kwalitatieve deel van het onderzoek is een topiclijst en interviewgide vastgelegd. Deze kunnen worden overgenomen wanneer men het onderzoek zou willen reproduceren. Ook het kwalitatieve deel van het onderzoek is hiermee verplaatsbaar.

6. Conclusie

Om de hoofdvraag te beantwoorden is aan het begin van dit onderzoek een aantal deelvragen opgesteld. Daarom zal eerst antwoord gegeven worden op deze deelvragen waarna, met behulp van de resultaten en literatuur, een antwoord zal worden geformuleerd op de hoofdvraag.

6.1 Deelvraag 1: In welke mate vindt er somatische screening plaats binnen de verschillende locaties van Pro Persona?

Screeningspercentage

Uit de resultaten van de vragenlijst is gebleken dat er volgens 89% van de respondenten (N=110) een vorm van somatische screening wordt uitgevoerd door de respondent zelf of een collega.

Binnen de doelgroep volwassenen en ouderen gaf respectievelijk 83% en 93% van de respondenten aan dat er een vorm van somatische screening wordt uitgevoerd.

Bij de doelgroep EPA heeft 86% (n=89) van de respondenten laten weten dat er screening wordt uitgevoerd. Voor de niet-EPA patiënten is dit percentage 76% (n=21).

In iedere setting wordt door ten minste 80% van de respondenten aangegeven dat er screening wordt uitgevoerd. In de ambulante setting is het screeningspercentage het hoogst, namelijk 88%.

In Wolfheze geeft de helft van de respondenten aan dat er screening plaatsvindt en dit percentage loopt op tot 93% in Tiel en 100% in de Pompekliniek in Nijmegen.

Screeningsfrequentie

De patiënten worden minstens één keer per jaar gescreend en in sommige situaties kan dit oplopen tot vier keer per jaar. De momenten van uitvoering van somatische screening verschillen van jaarlijks, bij opname of bij start van (bepaalde) medicatie.

Het meest aangegeven moment van screening is bij start of verandering van antipsychotica. Soms vindt screening vaker plaats, in de meeste gevallen is dit omdat de patiënt in een bepaald protocol valt of omdat dit het verzoek is van een behandelaar.

De screening wordt voornamelijk intern uitgevoerd op de locaties van Pro Persona, maar er vindt ook screening plaats bij mensen thuis wanneer zij niet in staat zijn om op locatie te komen. Het bijhouden van screening wordt door de meerderheid, waarbij sprake is van screening, gedaan door de secretaresse/het secretariaat.

Er kan dus geconcludeerd worden dat er op de verschillende locaties van Pro Persona in 89% van de situaties de patiënten gescreend worden. De mate waarin somatische screening plaatsvindt is dus verschillend per setting, doelgroep en locatie.

6.2 Deelvraag 2: Wie voert of voeren de somatische screening uit?

Per locatie wordt er in tabel 6 een kort overzicht weergegeven welke taken de verschillende disciplines uitvoeren volgens de kwalitatieve data.

Tabel 6

Uitvoerende discipline(s) per locatie

Locatie	Uitvoerende discipline(s)
Arnhem	FACT-zuid: ambulant vpk en SPV screent voor eigen caseload. FACT-noord: een aantal verpleegkundigen screent alle patiënten. In beide teams verwerkt de VS de uitslagen.
Ede	FACT: één ambulant verpleegkundige screent alle patiënten.
Nijmegen (Nijmeegsebaan)	Metabole poli: screening door ambulant vpk en SPV. Team volwassenen: (interne) HA screent.
Pompekliniek Nijmegen	Drie vpk van medische dienst screenen. VS of (interne) huisarts beoordeeld uitslagen.

Tiel	ADHD/ASS: ambulant vpk screent (R7). Team stemming volwassenen: VS of arts screent. Team psychotische stoornissen: VS voert screening uit.
Wolfheze	Klinische vpk doen controles in beide teams. Team volwassenen: VS screent. Team ouderen: lichamelijk onderzoek bij opname door interne HA.

6.3 Deelvraag 3: Welke instrumenten worden er gebruikt voor de uitvoering van somatische screening?

Uit de kwantitatieve resultaten blijkt dat 50% (n=70) van de mensen die screening uitvoeren een meetinstrument gebruikt. Er worden tien verschillende meetinstrumenten gebruikt: PHAMOUS, SRA, USS, VMGA, leefstijl-in-beeld, metabole screeningslijst, somatische miniscreening, somatische screening bij gebruik antipsychotica, checklist lithiumpoli en jaarlijkse gezondheidscontrole (en CVRM).

Op de locaties Arnhem, Ede en de Pompekliniek Nijmegen wordt de screeningen uitgevoerd aan de hand van één van de vijf gevalideerde lijsten, terwijl de andere locaties Nijmegen (Nijmeegsebaan), Wolfheze en Tiel gebruiken maken zelf samengestelde lijsten.

De respondenten die geen meetinstrument gebruiken geven wel aan verschillende aspecten in hun screening mee te nemen. Zowel gevalideerde lijsten (met eventuele aanpassingen) als zelf samengestelde lijsten variëren in mate van het belichten van verschillende aspecten.

De respondenten van de interviews op locaties Arnhem, Ede en Tiel vullen de screeningslijsten in op papier. De respondenten, die gebruik maken van een vragenlijst, op de andere locaties vullen deze direct via het EPD in.

Binnen de organisatie wordt er dus aan de hand van vele verschillende instrumenten gescreend.

6.4 Deelvraag 4: Hoe worden de bevindingen/resultaten van de somatische screening gerapporteerd?

92% (n=70) van de respondenten rapporteert zijn bevindingen in het patiëntendossier. Volgens de respondenten uit de interviews is dit wisselend onder het kopje "Somatiek" of enkel in de decursus. Ook zit er verschil in het rapporteren van somatische metingen. Dit wordt gedaan onder de "Somatische metingen", de "Algemene metingen" of in de decursus. De medische dienst van de Pompekliniek Nijmegen maakt gebruik van een huisartsensysteem genaamd "Microhis" in plaats van het EPD dat binnen Pro Persona wordt gebruikt. Hierdoor vindt de rapportage op een andere manier plaats dan op de andere locaties. Wel is het in systeem "Microhis" duidelijker waar alle somatische informatie over een patiënt te vinden is.

De respondenten die in de interviews hebben aangegeven gebruik te maken van een meetinstrument scannen deze uiteindelijk in het patiëntendossier in.

De meest gebruikte andere vorm van rapportage was overleg met de regiebehandelaar via mail en/of direct overleg.

Het merendeel van de respondenten benoemde de volgende acties uit te voeren na screening: leefstijlinterventies toepassen, terugkoppelen aan regiebehandelaar of bespreken in het patiëntenoverleg/de behandelbespreking. Een aantal teams heeft vaste momenten van overleg met artsen en/of paramedici. Verder blijkt uit de resultaten dat de mate van overleg en terugkoppeling met de (externe) huisarts varieert.

We kunnen dus concluderend stellen dat somatische bevindingen op diverse plekken in het EPD genoteerd worden. Daarnaast is er een sterke variatie in manier en mate van overleg met artsen en/of paramedici over de bevindingen.

6.5 Deelvraag 5: Welke factoren bevorderen of belemmeren de hulpverleners bij de organisatie en uitvoering van somatische screening?

De vier meest genoemde bevorderende factoren zijn:

- Voldoende commitment van collega's (sociaal niveau)
- Aanwezigheid van materiaal (organisatieniveau)
- Voldoende tijd/ruimte in de dienst (organisatieniveau)
- Voldoende kennis (individueel niveau)

Twee hiervan behoren dus tot het organisatieniveau.

De vier meest genoemde belemmerende factoren zijn:

- Hoge werkdruk (organisatieniveau)
- Te weinig facilitering vanuit de organisatie (organisatieniveau)
- Onvoldoende kennis (individueel niveau)
- Afwezigheid van materiaal (organisatieniveau)

Drie hiervan behoren dus tot het organisatieniveau en de andere, onvoldoende kennis kan komen door onvoldoende (bij-)scholing vanuit de organisatie.

Hierdoor is er een gebrek aan duidelijkheid over de frequentie van screening, de taakverdeling, het gebruik van meetinstrumenten, de manier van rapportage en de in te zetten disciplines. Deze onduidelijkheid en het hebben van onvoldoende somatische kennis kunnen leiden tot het hebben van onvoldoende vertrouwen in eigen handelen.

Er kan worden geconcludeerd dat de meeste belemmerende factoren voortvloeien uit een gebrek aan facilitering vanuit Pro Persona.

6.6 Hoofdvraag oftewel de vraagstelling: Op welke wijze vindt er somatische screening plaats binnen de verschillende locaties van Pro Persona?

Binnen Pro Persona vindt er bij patiënten in 89% van de situaties een vorm van somatische screening plaats. De frequentie van screening wisselt van één keer per jaar tot vaker dan vier keer per jaar per patiënt. Dit hangt vaak samen met de specifieke problematiek van de diverse patiëntpopulaties.

Daarnaast verschillen de momenten van uitvoering van screening van jaarlijks, bij opname of bij start van (bepaalde) medicatie.

Binnen de organisatie is niet beschreven welke disciplines verantwoordelijk zijn voor de verschillende onderdelen van somatische screening. Hierdoor wisselt het welke discipline screent. In de manier en mate van rapporteren, het doen van bevindingen, het inzetten van interventies of veranderen van beleid zit veel verscheidenheid. Opvallend is dat veel respondenten de screening niet rechtstreeks digitaal in het patiëntendossier kunnen verwerken. Verder worden de metingen en verdere rapportage niet eenduidig in het systeem verwerkt.

Per locatie verschilt het welke taken welke discipline heeft rondom somatische screening.

Arnhem: De ambulant en sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen voeren de screening uit. Beiden maken gebruik van de USS en VMGA met enkele aanpassingen (respectievelijk FACT-zuid en FACT-noord). In beide teams worden de uitslagen verwerkt door de verpleegkundig specialist.

Ede: De screenings in Ede worden bij alle patiënten uitgevoerd door slechts één ambulant verpleegkundige. Hij screent de patiënten volgens de VMGA waaraan enkele toevoegingen zijn gedaan. Er vindt hierna een bespreking plaats met de arts en samen bepalen ze wie welke vervolgtaken op zich neemt.

Nijmegen (Nijmeegsebaan): Op de metabole poli worden de patiënten gescreend door klinisch verpleegkundigen en sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen aan de hand van een zelf samengestelde lijst. In het team volwassen wordt dit gedaan door de interne huisarts die gebruik maakt van een protocol over metabole screening.

Pompekliniek Nijmegen: De verpleegkundigen van de medische dienst screenen aan de hand van de CVRM. De verpleegkundig specialist en interne huisarts beoordelen de resultaten.

Tiel: De ambulant verpleegkundige voert binnen het team AHDHD/ASS de somatische metingen uit en er wordt geen gebruik gemaakt van een screeningslijst. In het team stemming volwassenen wordt de screening gedaan door de verpleegkundig specialist en arts en bij het team psychotische stoornissen is dit enkel de verpleegkundig specialist. De twee laatstgenoemde teams maken gebruik van de SMS.

Wolfheze: De verpleegkundig specialist voert bij volwassenen de screening uit met behulp van een in het EPD verwerkte vragenlijst. Bij ouderen is de uitvoerende persoon wisselt en wordt er gebruik gemaakt van een zelf samengestelde lijst bij screening.

Op basis van bovenstaande antwoorden op de deelvragen zou het antwoord op de hoofdvraag als volgt geformuleerd kunnen worden:

De wijze waarop er somatische screening plaatsvindt verschilt aanzienlijk per locatie. Het verschil betreft zowel de wijze waarop de screening wordt uitgevoerd, de frequentie waarmee dit gebeurt, de discipline die dit uitvoert, de meetinstrumenten die gebruikt worden en de wijze waarop de resultaten worden vastgelegd.

Dit kan grotendeels worden verklaard door de onduidelijkheid die heerst, op de verschillende gebieden rondom de organisatie en uitvoering van somatische screening, binnen de organisatie. Het ontbreekt aan duidelijke uniforme kaders en richtlijnen waaraan iedereen zich binnen de organisatie zou moeten conformeren. Er wordt een gebrek aan facilitering vanuit de organisatie ervaren en er spelen daarnaast nog diverse andere organisatorische factoren. Deze zouden verbeterd kunnen worden door een duidelijk uitgedragen visie en standaardisering vanuit de organisatie. Kortom, er is op dit moment op geen enkel vlak van somatische screening uniformiteit binnen Pro Persona.

7. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen beschreven. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de eerder beschreven resultaten en discussie en zijn ingedeeld in drie typen aanbevelingen: gericht op verbeteringen in de praktijk, gericht op onderwijs en gericht op adviezen ten aanzien van vervolgonderzoek.

7.1 Praktijk

Hieronder worden de aanbevelingen voor de praktijk beschreven die beogen de kwaliteit van zorg te verbeteren.

- De uniformiteit van het gebruik van screeningslijsten kan vergroot worden door gevalideerde lijst(en) te gebruiken. Er zou voor gekozen kunnen worden dit te bekijken per zorgpad en/of urgentieniveau om meer afstemming van screening op de patiëntcategorie te creëren. De studentonderzoekers bevelen aan om drie gevalideerde lijsten te gebruiken. Volledige uniformiteit is niet mogelijk vanwege de grote hoeveelheid diversiteit binnen de verschillende locaties. De respondenten geven aan dat de afname van screening inclusief verwerking maximaal een uur mag duren. Bij de frequentie van het afnemen adviseren de onderzoekers om de multidisciplinaire richtlijn “Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening” in acht te nemen.
- De organisatie vergroot de uniformiteit en de betrouwbaarheid van de gegevensverzameling door voor te schrijven welk set van meetinstrumenten gebruikt moeten worden. Hierbij is het van belang dat de organisatie deze zelf aan de diverse teams faciliteert (werkend en geijkt).
- Het is wenselijk dat het EPD meer toereikend wordt voor het rapporteren van somatiek en somatische screening. Hierbij zijn de volgende punten van belang: de gekozen (gevalideerde) lijst(en) is/zijn geïmplementeerd, er is ruimte om overzichtelijk te rapporteren en het systeem houdt bij wanneer screening is uitgevoerd en weer moet plaatsvinden en geeft hier een reminder van.
- De organisatie zou duidelijke functieomschrijvingen op kunnen stellen per discipline, zodat de medewerkers op de hoogte zijn van hun taken en verantwoordelijkheden. Door deze duidelijke afbakening zal binnen teams helderheid ontstaan over wie wat behoort te doen. Mogelijk dat dit tevens de commitment van collega's verbetert. De onderzoekers bevelen hierover het volgende aan: de verpleegkundigen en SPV-en voeren de screening uit. Indien er lichamelijk onderzoek nodig is voeren zij dit enkel zelf uit nadat zij hierin expliciet geschoold zijn. Indien er geen bekwaamheid is in het uitvoeren van lichamelijk onderzoek dient een andere discipline ingeschakeld te worden. De verpleegkundig specialist beoordeelt de uitslagen van de screening en het lab en overlegt (indien nodig) met de betrokken arts of psychiater. De direct betrokken disciplines, zoals regiebehandelaar of dossierhouder zijn verantwoordelijk voor het bepalen van vervolgbeleid naar aanleiding van de screening en het (eventueel gedelegeerd) bijhouden van dit beleid.
- Uit de resultaten is gebleken dat de locaties met een “apart” systeem voor somatiek de organisatie en uitvoering van somatische screening het beste op orde hebben. De onderzoekers raden dan ook aan om de screenings te laten plaatsvinden in de vorm van een expertisepoli per locatie. Het is van belang dat voor deze poli uren vrijgemaakt worden vanuit de organisatie. Bij een poli moet wel in acht worden genomen dat de somatiek niet geheel gescheiden moet en kan worden van de psychiatrie. Dit is het beste te realiseren door verpleegkundigen uit het psychiatrisch werkveld die affiniteit hebben met de somatiek de screenings te laten uitvoeren.

- De organisatie zou de locaties kunnen stimuleren om in de teams standaard overlegmomenten in te gaan plannen, zodat dat er voldoende terugkoppeling en afstemming gaat plaatsvinden tussen de verpleegkundigen en de artsen/psychiaters/regiebehandelaren. In deze overlegmomenten dienen de afgelopen screenings te worden besproken evenals overige somatische gebeurtenissen bij patiënten uit het team. Bovendien kunnen er tijdens deze momenten direct afspraken gemaakt worden omtrent vervolgacties. De frequentie van deze overlegmomenten is afhankelijk van de grootte van de patiëntpopulatie en de complexiteit van de problematiek in het team. Ook raden de onderzoekers aan vaker en regelmatig terugkoppeling te realiseren met de (externe) huisarts.
- Uit de resultaten is gebleken dat de respondenten graag meer interventiemogelijkheden voor handen hebben. De volgende suggesties zijn hiervoor gedaan: opzetten van een leefstijlgroep en/of wandelgroep, cursussen rondom gewichtsverlies en stoppen met roken, beschikbaar stellen van meer gezond eten voor de patiënten en de mogelijkheid hebben om paramedici in te schakelen (bijvoorbeeld diëtiste). De onderzoekers ondersteunen deze suggesties.
- Als laatste willen de onderzoekers de organisatie graag meegeven dat het binnen de instelling belangrijk is om oog te hebben voor de somatiek. Als de leidinggevenden in de organisatie dit uitdragen en meer faciliteren dan verwachten de onderzoekers dat de betrokkenheid op de werkvloer ook zal toenemen. Aandacht maakt dat het niet meer 'het ondergeschoven kindje' binnen de GGZ is.

7.2 Onderwijs

De onderzoekers doen op twee gebieden van onderwijs aanbevelingen, namelijk onderwijs gericht op de organisatie en op onderwijsinstellingen.

- Uit de resultaten blijkt dat respondenten weinig scholing hebben gekregen en krijgen op het gebied van somatiek en somatische screening. Pro Persona zou dan ook meer scholingen en cursussen kunnen organiseren, zodat de kennis van hun medewerkers op dit gebied vergroot wordt. Dit zou ook een positief effect kunnen hebben op de mate waarin er somatisch gescreend wordt en de kwaliteit hiervan.
- De onderwijsinstellingen die verpleegkundig onderwijs bieden, zouden in elke zorgsituatie zowel de psychiatrie als somatiek kunnen gaan belichten, omdat dit uiteindelijk een positieve invloed kan hebben op de kwaliteit van de te leveren zorg. Als hulpverleners behandelen we tenslotte met elkaar de gehele mens, en niet enkel lichaam óf psyche.

7.3 Vervolgonderzoek

Voordat implementatie van somatische screening binnen Pro Persona breed plaats kan vinden zal er verder onderzoek gedaan moeten worden, namelijk:

- Er is in dit onderzoek geen volledige saturatie bereikt. De voornaamste reden hiervoor is dat er steekproefsgewijs een aantal teams per locatie zijn gekozen. Daardoor ontbreekt informatie over andere teams op die locatie. Door uitgebreider onderzoek te verrichten waarin ook andere teams worden meegenomen zal een vollediger beeld ontstaan over de somatische screenings binnen de organisatie.
- De wensen rondom somatische screening van verschillende teams en locaties kunnen verder geëxploreerd worden. Medewerkers bezitten namelijk waardevolle expertise op dit gebied. De onderzoekers hebben in hun onderzoek navraag gedaan naar de ideale screening volgens respondenten. Deze informatie bleek voor de onderzoekers niet aanvullend te zijn voor de beantwoording van de hoofdvraag en is daarom niet meegenomen. Volgende onderzoekers kunnen deze informatie opvragen bij de onderzoekers en dit gebruiken bij onderzoek naar de wensen van de medewerkers op dit gebied.

- Er zal voor implementatie van somatische screening ook moeten worden onderzocht welk meetinstrument/meetinstrumenten geschikt is/zijn voor de verschillende teams binnen Pro Persona. Hierbij is het van belang dat er gewerkt wordt met gevalideerde lijsten. Er zijn diverse werknemers met expertise op dit vlak die hierover advies kunnen geven.

Alle resultaten, conclusies en aanbevelingen die door de onderzoekers in dit onderzoek beschreven zijn, worden gedeeld met de opdrachtgevers. Zij zullen de gegevens verwerken in het grote project “Somatische piramide”.

Bibliografie

Boeken

Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek*. (2e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Baarda, B., Bakker, E., De Goede, M., Fischer, T., Julsing, M., Van de Hulst, M., & Van Vianen, R. (2012). *Basisboek methoden en technieken* (5e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.

Baarda, B., Bakker, E., De Goede, M., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., & Van der Velden, T. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. (3^e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Baarda, B., De Goede M.P.M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. (2^e druk). Houten/Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Bakker, E., & Van Buuren, H. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg* (2^e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Dijkstra, W., Ongena, Y. & Loosveldt, G. (2014). *Onderzoek doen met vragenlijsten: Een praktische handleiding*. Amsterdam: VU University Press.

Evers, J. (red.). (2007). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Den Haag: Uitgeverij LEMMA.

Fischer, T., & Julsing, M. (2015). *Onderzoeksvaardigheden* (2^e druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.

Grol, R., & Wensing, M. (2017). *Implementatie : effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. (7^e herziene druk). Houten : Bohn Stafleu van Loghum

Schreuder Peters, R.P.I.J. (2013). *Methoden & technieken van onderzoek* (3^e druk). Den Haag: Sdu Uitgevers bv.

Van Dale. (2009). *Pocket-woordenboek Nederlands-Engels* (4^e druk). Utrecht/Antwerpen: Van Dale Uitgevers.

Van der Donk, C., & Van Lanen, B. (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. (2^e druk). Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?* (5^e druk). Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.

Verschuren, P.J.M. (2009). *Praktijkgericht onderzoek* (1^e druk). Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.

Wollersheim, H., Bakker, P.J.M., Bijnen, A.B., Gouma, D.J., Wagner, C., & Van der Weijden, T. (2011). *Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Tijdschriftartikelen

Crul, B.V.M., & Rijkse, W.P. (2006). *Psychiater gaat óók over somatiek: Uitspraak Tuchtcollege, zaak 2005/001*. Medisch Contact, 37, 1458-1461.

Crul, B.V.M., & Rijkse, W.P. (2009). *Psychiater is dokter: Uitspraak Tuchtcollege, zaak 2008/226*. Medisch Contact, 49, 2050-2053.

Internetbronnen

AGREE Next Steps Consortium. (2009). *Agree II – instrument voor beoordeling van richtlijnen*. Geraadpleegd op 9 maart 2018, van http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Dutch.pdf

Albano, A.M., Birmaher, B., Caporino, N.E., Compton, C., Crawley, S.A., Ginsburg, G., Gosh, E., (...) Walkup, J.T (2014). *Somatic Complaints in Anxious Youth*. Geraadpleegd op 18 maart 2018, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3989467/>

Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H. & Peij, S. (2010). *Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo. Gedragscode voor het voorbereiden en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek binnen het Hoger Beroepsonderwijs in Nederland*. HBO-raad, vereniging van hogescholen. Geraadpleegd op 22 maart 2018, van https://www1.han.nl/insite/ggm/adviescommissie/content/gedragscode.xml?inno_gen=gen_id_76&sitedir=/insite/ggm/adviescommissie

Asai, I., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Correll, C.U., Detraux, J., de Hert, M., (...) Uwakwe, R. (2011). *Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care*. Geraadpleegd op 27 februari 2018, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3048500/>

Bak, M., Bakkenes, M., Dermout, K., Feldmann, T., Van Gool, R., Van Hamersveld, (...), Wijtersma-van der Kolk, A. (2014). *Richtlijn Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening*. Geraadpleegd op 19 februari 2018, van <http://www.venvn-spv.nl/nieuwsbrief/nieuwsbrief23-richtlijn-somatische-screening-patienten-ernstige-psy-aand.pdf>

Bartlem, K., Bowman, J., Doherty, E., Freund, M., Gillham, K., McElwaine, K., Ross, K (...) Wye, P. (2016). *Mental health clinician attitudes to the provision of preventive care for chronic disease risk behaviours and association with care provision*. Geraadpleegd op 19 maart 2018, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26935328>

Brown, S.A., Cui, R., Cummings, K., Tate, S.R., & Skidmore, J.R. (2016). *Chronic physical health problems moderate changes in depression and substance use among dual diagnosed individuals during and after treatment*. Geraadpleegd op 18 maart 2018, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4374892/>

Centraal bureau voor statistiek. (2009). *Benaderingsstrategieën: deelthema: responsverhogende maatregelen bij bedrijfsenquêtes*. Geraadpleegd op 28 maart 2018, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/statistische-methoden/input/input/responsverhogende-maatregelen-bij-bedrijfsenquetes>

De consensusgroep epa, & Delespaul, P.H. (2013). *Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/55-2013-6-artikel-delespaul.pdf>

De Graaf, R., Van Dorsselaer, S., Ten Have, M., & Tuithof, M. (2012). *Incidentie van psychische aandoeningen*. Geraadpleegd op 28 februari 2018, van <https://assets-sites.trim-bos.nl/docs/8a7c5c70-165d-43bf-beb2-e47d0d9c6d0f.pdf>

De Graaf, R., Van Dorsselaer, S., Van Gool, C., & Ten Have, M. (2012). *Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2* (1), 27-38. Geraadpleegd op 28 februari 2018, van <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-010-0334-8>

De Ruijter, M. (2016). *Somatische mini Screen*. Geraadpleegd op 07-06-2018, van <https://www.ggzcentraal.nl/wp-content/uploads/2017/12/somatische-mini-screen-2017-.pdf>

GGZWNB. (2018). *Somatische screening*. Geraadpleegd op 1 maart 2018, van https://www.ggzwnb.nl/documenten/folders_algemeen/Folder%20Algemeen%20-%20Somatische%20screening.pdf

Haaramo, P., Šprah, L., Wahlbeck, K., & Zvezdana Dernovšek, M. (2017). *Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review*. Geraadpleegd op 18 maart 2018, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5210297/>

Koerts Janmaat, J., Middeldorp, J. & Smit, R. (2016). *Utrechtse somatische screeningslijst (USS) 2.0*. geraadpleegd op 13 maart 2018, van <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/2d33e141-a774-4538-b79f-fde0ee60c1a1.pdf>

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2014). *Q&A-lijst DSM-5*. Geraadpleegd op 12 maart 2018, van <https://www.nvvp.net/stream/qa-lijst-dsm-5>.

Nederlands Jeugd Instituut. (z.d.). Wat is implementeren?. Geraadpleegd op 27 maart 2018, van <https://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Implementatie/Implementeren-met-effect/Wat-is-implementeren>

NEMESIS. (z.d.). Wat is NEMESIS-2?. Geraadpleegd op 28 februari 2018, van <https://www.nemesis-2.nl/wat-is-nemesis-2>

Netwerk voor zorg en welzijnsopleidingen. (z.d.). *Psychiatrische zorgvragers*. Geraadpleegd op 12 maart 2018, van <http://www.netwerkzon.nl/nl/student-leerling/ik-wil-me-oriënteren/psychiatrische-zorgvragers/>

Richtlijnen database. (2012-2018). *De rol van de psychiater bij het somatische onderdeel van de psychiatrische diagnostiek*. Geraadpleegd op 18 maart 2018, van https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/psychiatrische_diagnostiek/somatisch_onderdeel_psychiatrische_diagnostiek.html

Phamous. (z.d.). *Wat is PHAMOUS*. Geraadpleegd op 12 maart 2018, van <https://www.phamous.nl/>

Pompestichting. (2017). *Behandeling*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://www.pompestichting.nl/Behandeling/>

Psychopharmaca expert platform. (2017). *Meetinstrumenten kwaliteit van leven, SRA*. Geraadpleegd op 12 maart 2018, van <https://www.platformpsychofarmaca.nl/in-de-praktijk/meetinstrumenten/nieuwe-pagina-2/>

Pro Persona. (z.d.-a). *Ambulante specialistische behandeling*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://www.propersona.nl/Client-en-familie/Een-doorverwijzing%2C-wat-nu%3F/Ambulante-specialistische-behandeling/>

Pro Persona. (z.d.-b). *(F)ACT teams*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://www.propersona.nl/Client-en-familie/Een-doorverwijzing%2C-wat-nu%3F/%28F%29ACT-teams/>

Pro Persona. (z.d.-c). *HKZ*. Geraadpleegd op 5 maart 2018, van <https://www.propersona.nl/hkz/>

Pro Persona. (z.d.-d). *IHT, Intensieve Crisisbehandeling Thuis*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://www.propersona.nl/Client-en-familie/Een-doorverwijzing%2C-wat-nu%3F/IHT-teams/>

Pro Persona. (2016). *Jaarbeeld 2015 Pro Persona*. Geraadpleegd op 12 maart 2018, van <http://publicaties.communicatie.propersona.nl/jaarbeeld2015/8/>

Pro Persona. (2017). *Jaarbeeld 2016 Pro Persona*. Geraadpleegd op 12 maart 2018, van <http://jaarbeeld.propersona.nl/10/>

Pro Persona. (z.d.-e). *Onze locaties*. Geraadpleegd op 8 maart 2018, van <https://www.propersona.nl/onze-locaties/>

Pro Persona. (z.d.-f). *Opname in een kliniek*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://www.propersona.nl/Client-en-familie/Een-doorverwijzing%2C-wat-nu%3F/Opname-in-een-kliniek/>

Pro Persona. (z.d.-g). *Over Pro Persona – Even voorstellen*. Geraadpleegd op 5 maart 2018, van <https://www.propersona.nl/Over-Pro-Persona/>

Pro Persona. (z.d.-h). *Over Pro Persona – Missie en visie*. Geraadpleegd op 6 maart 2018, van <https://www.propersona.nl/Over-Pro-Persona/Missie-en-visie/>

Pro Persona. (z.d.-i). *Pro Persona jeugd*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://www.pro-personajeugd.nl/site/Home/>

Pro Persona. (2017). *Pro Persona ouderen*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://www.propersona.nl/nijmegen/ouderen/>

Pro Persona. (2018). *Volwassenen*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://www.propersona.nl/nijmegen/volwassenen/>

Pro Persona. (z.d.-j). *Winkler poliklinische behandeling*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://www.propersona.nl/files/folders/144/Winkler-poliklinische-behandeling.pdf?nd=1458317904>

Rijksoverheid. (z.d.-a). *Geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 12 maart 2018, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg>

Rijksoverheid. (2012). *Incidentie van psychische aandoeningen*. Geraadpleegd op 28 februari 2018, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/12/31/incidentie-van-psychische-aandoeningen>

Rijksoverheid. (z.d.-b). *Kwaliteitseisen zorginstellingen*. Geraadpleegd op 6 maart 2018, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/kwaliteitseisen-zorginstellingen>

Trimbos instituut. (2018). *Hoeveel GGZ-cliënten?*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://www.trimbos.nl/themas/ernstige-psychische-aandoeningen>

Trimbos instituut. (2018). *Kerncijfers psychische gezondheid van Nederlanders*. Geraadpleegd op 28 februari 2018, van <https://www.trimbos.nl/kerncijfers/psychische-gezondheid>

Van den Berg, K.E.M., Rijnders, C.A.TH., Van Dam, A., Van de Ven, A.L.M., Van de Feltz-Cornelis, C.M., & Graafsma, S.J. (2014). *Somatiek in de ambulante psychiatrie: de toegevoegde waarde van een standaard lichamelijk onderzoek tijdens de ambulante intake*. Geraadpleegd op 1 maart 2018, van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/56-2014-5-artikel-Van-denBerg.pdf>

Van der Kellen, D. (2010). *Verpleegkundige Monitoring bij Gebruik van Antipsychotica (VMGA)*. Geraadpleegd op 12 maart 2018, van https://www.ggzvs.nl/Portals/16/pdf_documenten/Publicaties/Praxis%202011/Artikel%20Praxis%20Kellen%20-definitief.pdf

Van Hasselt, F. M. (2013). *Improving the physical health of people with severe mental illness*. Geraadpleegd op 4 maart 2018, van https://www.rug.nl/research/portal/files/14411796/full_dissertation.pdf

V&VN. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundig specialist*. Geraadpleegd op 8 maart 2018, van https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/4_profiel%20verpleegkundig%20specialist_def.pdf

Wet bescherming persoonsgegevens (2000). Geraadpleegd op 17 oktober 2016, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0011468/2015-01-01#Hoofdstuk6>

White, J., Gray, R.J., Swift, L., Barton, G.R., & Jones, M. (2011). *The serious mental illness health improvement profile [HIP]: study protocol for a cluster randomised controlled trial*. Geraadpleegd op 12 maart 2018, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3148991/>

Bijlage 1 Transparante en reproduceerbare rapportage van de systematische zoekstrategie

Bron: Planningsgroep KWZ 2, IVS Hogeschool Arnhem en Nijmegen, 2012

Dit schema kan worden gehanteerd voor PubMed en andere databases (PubMed is hier als voorbeeld genomen)

Zoekstrategie 1

ZOEKSTRATEGIE (Uitleg)	RAPPORTAGE ZOEKSTRATEGIE (Hier de uitwerking zetten)
Stap 1: Vraagstelling/onderwerp (invullen)	Stap 1: Hoe vindt de organisatie en uitvoering van somatische screening door gezondheidszorgmedewerkers plaats bij psychiatrische patiënten?
Stap 2: DDO formuleren (afhankelijk van je onderzoeksvraag)	Stap 2: D: psychiatrische patiënten D: somatische screening O: organisatie en uitvoering
Stap 3: 1. Zoektermen formuleren op basis van de DDO: 2. Voor Engelstalige databases deze zoektermen vertalen 3. Beschrijf de search voor PubMed: allereerst MESH-termen vermelden met bijbehorende definitie; zo nodig vrije tekstwoorden vermelden 4. Vermelden van gebruikte booleaanse operatoren (and, or, not, etc) 5. Zo nodig geef je limits aan (bv human, language, age, article type, etc) PS: niet afbakenen op free-full text! 6. Bouw de search per zoekterm op	Vertalingen gevonden via woordenboek Van Dale (NL-EN) (2009) <u>D: psychiatrische patiënten</u> Psychiatrische aandoeningen: <i>Mental disorder:</i> Items: 3 Mental disorders: Psychiatric illness or diseases manifested by breakdowns in the adaptational process expressed primarily as abnormalities of thought, feeling, and behavior producing either distress or impairment of function. Year introduced: use pre-explosion 1974-1997 Items found: 1107775 <i>Mental illness :</i> Items: 1 Mental disorders: zie bovenstaand <i>Mental disease:</i> Items: 1 Mental disorders: zie bovenstaand <i>Mental sickness:</i> Items: 1 High Pressure neurological syndrome: A syndrome related to increased atmospheric pressure and characterized by tremors, nausea, dizziness, decreased motor and mental performance, and SEIZURES. This condition may occur in those who dive

	deeply (c. 1000 ft) usually while breathing a mixture of oxygen and helium. The condition is associated with a neuroexcitatory effect of helium. Year introduced: 2000(1986) Bovenstaande definitie beschrijft niet het gezochte begrip. <i>Psychiatric disorder:</i> Items: 1 Mental disorders: zie bovenstaand <i>Psychiatric illness:</i> Items: 1 Mental disorders: zie bovenstaand <i>Psychiatric sickness:</i> Items: 0 Geestelijke gezondheid <i>Mental health:</i> Items: 10 Mental health: Emotional, psychological, and social well-being of an individual or group. Year introduced: 1967 Patiënten <i>Patients:</i> Items: 13 Patients: Individuals participating in the health care system for the purpose of receiving therapeutic, diagnostic, or preventive procedures. Year introduced: /education was used for indexing 1966-1979 Outpatients: Persons who receive ambulatory care at an outpatient department or clinic without room and board being provided. Year introduced: 1991(1980) Mentally Ill Persons: Persons with psychiatric illnesses or diseases, particularly psychotic and severe mood disorders. Year introduced: 2002 Clients Items: 3 Patients: zie bovenstaand
--	---

	<u>D: Somatische screening; lichamelijk onderzoek; medicatie monitoring; leefstijl-anamnese</u> <i>Somatic screening:</i> Items: 0 <i>Phyiscal screening:</i> Items: 0 Vanwege het gebrek aan items bij bovenstaande begrippen, is er voor gekozen om de begrippen te splitsen. Somatic: Items: 30 Geen van alle gevonden definities beschrijven het gezochte begrip. <i>Physical:</i> Items: 36 Physical examination: Systematic and thorough inspection of the patient for physical signs of disease or abnormality. Diagnostic Tests, Routine: Diagnostic procedures, such as laboratory tests and x-rays, routinely performed on all individuals or specified categories of individuals in a specified situation, e.g., patients being admitted to the hospital. These include routine tests administered to neonates. Year introduced: 1982 <i>Screening:</i> Items: 28 Diagnosis: The determination of the nature of a disease or condition, or the distinguishing of one disease or condition from another. Assessment may be made through physical examination, laboratory tests, or the likes. Computerized programs may be used to enhance the decision-making process. <i>Physical examination:</i> Items: 2 Physical Examination: zie bovenstaand Diagnostic Tests, Routine: zie bovenstaand <i>Medical history:</i>
--	---

	Items: 8 Medical History Taking: Acquiring information from a patient on past medical conditions and treatments. Year introduced: 1970(1967) <i>Medication monitoring:</i> Items: 1 Drug Monitoring: The process of observing, recording, or detecting the effects of a chemical substance administered to an individual therapeutically or diagnostically. Year introduced: 1992 <i>Lifestyle anamnesis:</i> Items: 0 <u>O: Organisatie en uitvoering; gebruik</u> <i>Organisation:</i> Items: 2 Geen van de definities komt overeen met het gezochte begrip. <i>Implementation:</i> Items: 8 Health Plan Implementation: Those actions designed to carry out recommendations pertaining to health plans or programs. Year introduced: 1991(1980) <i>Execution:</i> Items: 4 Geen van de definities komt overeen met het gezochte begrip. <i>Use:</i> Items: 0 <i>Practice:</i> Items: 220 Practice Patterns, Nurses: Patterns of practice in nursing related to provision of services including diagnosis and treatment. Year introduced: 2016 (2010)
RESULTATEN ZOEKSTRATEGIE	Search
Stap 4A: SEARCH PUBMED	Stap 4A: search PubMed: Zie tabel onder zoekstrategie 1

Rapporteer stapsgewijs het aantal hits (resultaten) per search (gebruik hiervoor de history)	D: (((("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Mental Health"[Mesh]) AND "Patients"[Mesh]) OR "Outpatients"[Mesh])) OR "Mentally Ill Persons"[Mesh] Items found: 26063 D: (((("Physical Examination"[Mesh]) OR "Diagnostic Tests, Routine"[Mesh]) OR "Diagnosis"[Mesh]) OR "Medical History Taking"[Mesh]) OR "Drug Monitoring"[Mesh]) Items found: 7790003 O: ("Health Plan Implementation"[Mesh]) OR "Practice Patterns, Nurses"[Mesh] Items found: 6983 D + D + O: ((((("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Mental Health"[Mesh]) AND "Patients"[Mesh]) OR "Outpatients"[Mesh]) OR "Mentally Ill Persons"[Mesh])) AND (((("Physical Examination"[Mesh]) OR "Diagnostic Tests, Routine"[Mesh]) OR "Diagnosis"[Mesh]) OR "Medical History Taking"[Mesh]) OR "Drug Monitoring"[Mesh])) AND (("Health Plan Implementation"[Mesh]) OR "Practice Patterns, Nurses"[Mesh]) Items found: 5 Geen relevante artikelen Er is voor gekozen om bij de D patients and outpatients weg te laten. D: (("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Mental Health"[Mesh]) OR "Mentally Ill Persons"[Mesh] Items found: 1130923 D + D + O: ((((("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Mental Health"[Mesh]) OR "Mentally Ill Persons"[Mesh])) AND (((("Physical Examination"[Mesh]) OR "Diagnostic Tests, Routine"[Mesh]) OR "Diagnosis"[Mesh]) OR "Medical History Taking"[Mesh]) OR "Drug Monitoring"[Mesh])) AND (("Health Plan Implementation"[Mesh]) OR "Practice Patterns, Nurses"[Mesh]) Items found: 120
Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS	Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS

Vermeld hierbij welke selectiecriteria je gebruikt om te beoordelen welke titels en/of abstracts geschikt zijn om je onderzoeksvraag te beantwoorden; deze weet je niet altijd van tevoren en worden duidelijker als je de titels en abstracts doorleest	- Meta-Analysis (items: 0) - Randomized Controlled Trial (items: 13) - Review (items: 17) - Systematic Reviews (items: 17) RCT + review + systematic reviews: Items: 39 - 5 Years (items: 19) - Humans (items: 19)
Stap 4C: AANTAL GESCHIKTE ABSTRACTS Hierbij vermelden hoeveel titels/abstracts na selectie geschikt zijn voor het beantwoorden van je onderzoeksvraag cq onderwerp toetsing; hierbij geef je onderbouwing van de in-exclusiecriteria	Stap 4C: AANTAL GESCHIKTE ABSTRACTS 1 artikel gerelateerd aan het onderwerp gevonden: A qualitative study of primary care professionals' views of case finding for depression in patients with diabetes or coronary heart disease in the UK (2013). Er is voor gekozen om D + D te gaan combineren. ((((("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Mental Health"[Mesh]) AND "Patients"[Mesh]) OR "Outpatients"[Mesh]) OR "Mentally Ill Persons"[Mesh])) AND (((("Physical Examination"[Mesh]) OR "Diagnostic Tests, Routine"[Mesh]) OR "Diagnosis"[Mesh]) OR "Medical History Taking"[Mesh]) OR "Drug Monitoring"[Mesh]) Items found: 6742 - Meta-Analysis (items: 35) - Randomized Controlled Trial (items: 761) - Review (items: 280) - Systematic Reviews (items: 168) Meta-Analysis +RCT + systematic reviews: Items: 920 - 5 Years (items: 323) - Humans (items: 323) - 3 Years (items: 190) - 2 Years (items: 110) - Full text (items: 109) Sort by: Best Match Items: 108
Stap 4D: FULL-TEXT Vermeld hier hoeveel van de gekozen artikelen uit 4c full-text beschikbaar zijn	Stap 4D: FULL-TEXT Items: 108

Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GE-BRUIKEN? Vermeld hier de keuze van je artikelen (aantal, onderzoeksdesign artikel, land en setting onderzoek) en onderbouw je keuze	Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GE-BRUIKEN? Weinig relevante artikelen gevonden. Veel artikelen richten zich op medicatie inzet bij verschillende soorten patiëntencategorieën bij lichamelijke aandoeningen en niet op aandoeningen bij psychiatrische patiënten. Daarom zoekstring voorgelegd aan docent (Karin van Montfoort). Hierna aanpassingen gedaan in zoekstring. Zie zoekstrategie 2.
--	---

Tabel stap 4A:

History [Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#58	Add	Search "Diagnostic Tests, Routine"[Mesh]	9776	09:06:07
#56	Add	Search "Mental Health"[Mesh]	30187	09:05:18
#53	Add	Search "Practice Patterns, Nurses"[Mesh]	2057	09:04:24
#46	Add	Search "Health Plan Implementation"[Mesh]	4938	08:56:33
#39	Add	Search "Diagnosis"[Mesh]	7790003	08:45:17
#35	Add	Search "Drug Monitoring"[Mesh]	18230	08:41:54
#32	Add	Search "Pharmaceutical Preparations"[Mesh]	712584	08:38:28
#29	Add	Search "Medical History Taking"[Mesh]	20030	08:37:05
#25	Add	Search "Physical Examination"[Mesh]	1245063	08:35:39
#18	Add	Search "Mentally Ill Persons"[Mesh]	5811	08:31:54
#16	Add	Search "Outpatients"[Mesh]	13241	08:31:12
#14	Add	Search "Patients"[Mesh]	56061	08:30:34
#3	Add	Search "Mental Disorders"[Mesh]	1107775	08:22:22

Zoekstrategie 2

ZOEKSTRATEGIE (Uitleg)	RAPPORTAGE ZOEKSTRATEGIE (Hier de uitwerking zetten)
Stap 1: Vraagstelling/onderwerp (invullen)	Stap 1: Hoe vindt de organisatie en uitvoering van somatische screening door gezondheidszorgmedewerkers plaats bij psychiatrische patiënten?
Stap 2: DDO formuleren (afhankelijk van je onderzoeksvraag)	Stap 2: D: psychiatrische patiënten D: somatische screening O: organisatie en uitvoering
Stap 3: 1. Zoektermen formuleren op basis van de DDO: 2. Voor Engelstalige databases deze zoektermen vertalen 3. Beschrijf de search voor PubMed: allereerst MESH-termen vermelden met bijbehorende definitie; zo nodig vrije tekstwoorden vermelden 4. Vermelden van gebruikte booleaanse operatoren (and, or, not, etc) 5. Zo nodig geef je limits aan (bv human, language, age, article type, etc) PS: niet afbakenen op free-full text! 6. Bouw de search per zoekterm op	Vertalingen gevonden via woordenboek Van Dale (NL-EN) (2009). D: <u>psychiatrische patiënten</u> Psychiatrische aandoeningen: <i>Mental disorder:</i> Items: 3 Mental disorders: Psychiatric illness or diseases manifested by breakdowns in the adaptational process expressed primarily as abnormalities of thought, feeling, and behavior producing either distress or impairment of function. Year introduced: use pre-explosion 1974-1997 Items found: 1107775 <i>Mental illness :</i> Items: 1 Mental disorders: zie bovenstaand <i>Mental disease:</i> Items: 1 Mental disorders: zie bovenstaand <i>Psychiatric disorder:</i> Items: 1 Mental disorders: zie bovenstaand <i>Psychiatric illness:</i> Items: 1 Mental disorders: zie bovenstaand <i>Psychiatric sickness:</i> Items: 0

	Geestelijke gezondheid <i>Mental health:</i> Items: 10 Mental health: Emotional, psychological, and social well-being of an individual or group. Year introduced: 1967 Patiënten <i>Patients:</i> Items: 13 Patients: Individuals participating in the health care system for the purpose of receiving therapeutic, diagnostic, or preventive procedures. Year introduced: /education was used for indexing 1966-1979 Outpatients: Persons who receive ambulatory care at an outpatient department or clinic without room and board being provided. Year introduced: 1991(1980) Mentally Ill Persons: Persons with psychiatric illnesses or diseases, particularly psychotic and severe mood disorders. Year introduced: 2002 Clients Items: 3 Patients: zie bovenstaand <u>D: Somatische screening; lichamelijk onderzoek; medicatie monitoring; leefstijlanamnese</u> <i>Somatic screening:</i> Items: 0 <i>Physical screening:</i> Items: 0 Vanwege het gebrek aan items bij bovenstaande begrippen, is er voor gekozen om de begrippen te splitsen. Somatic: Items: 30 Geen van alle gevonden definities beschrijven het gezochte begrip. <i>Physical:</i>
--	---

	Items: 36 Physical examination: Systematic and thorough inspection of the patient for physical signs of disease or abnormality. Diagnostic Tests, Routine: Diagnostic procedures, such as laboratory tests and x-rays, routinely performed on all individuals or specified categories of individuals in a specified situation, e.g., patients being admitted to the hospital. These include routine tests administered to neonates. Year introduced: 1982 <i>Screening:</i> Items: 28 Diagnosis: The determination of the nature of a disease or condition, or the distinguishing of one disease or condition from another. Assessment may be made through physical examination, laboratory tests, or the likes. Computerized programs may be used to enhance the decision-making process. <i>Physical examination:</i> Items: 2 Physical Examination: zie bovenstaand Diagnostic Tests, Routine: zie bovenstaand <i>Medical history:</i> Items: 8 Medical History Taking: Acquiring information from a patient on past medical conditions and treatments. Year introduced: 1970(1967) <i>Medication monitoring:</i> Items: 1 Drug Monitoring: The process of observing, recording, or detecting the effects of a chemical substance administered to an individual therapeutically or diagnostically. Year introduced: 1992 <i>Lifestyle anamnesis:</i> Items: 0 <u>O: Organisatie en uitvoering; gebruik</u> <u>Organisation:</u>
--	--

	Items: 2 Geen van de definities komt overeen met het gezochte begrip. <i>Implementation:</i> Items: 8 Health Plan Implementation: Those actions designed to carry out recommendations pertaining to health plans or programs. Year introduced: 1991(1980) <i>Execution:</i> Items: 4 Geen van de definities komt overeen met het gezochte begrip. <i>Use:</i> Items: 0 <i>Practice:</i> Items: 220 Practice Patterns, Nurses: Patterns of practice in nursing related to provision of services including diagnosis and treatment. Year introduced: 2016 (2010) Vertalingen gevonden via woordenboek Van Dale (NL-EN) 2009. <u>D: psychiatrische patiënten (schizofrenie, depressie, bipolaire stoornis)</u> <i>Schizophrenia:</i> Items: 12 Schizophrenia: A severe emotional disorder of psychotic depth characteristically marked by a retreat from reality with delusion formation, HALLUCINATIONS, emotional disharmony, and regressive behavior. Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders: Marked disorders of thought (delusions, hallucinations, or other thought disorder accompanied by disordered affect or behavior), and deterioration from a previous level of functioning. Individuals have one or more of the following symptoms: delusions, hallucinations, and disorganized speech. (from DSM-5) Year introduced: 2015(1998)
--	--

	<i>Depression:</i> Items: 20 Depression: Depressive states usually of moderate intensity in contrast with major depression present in neurotic and psychotic disorders. Depressive Disorder: An affective disorder manifested by either a dysphoric mood or loss of interest or pleasure in usual activities. The mood disturbance is prominent and relatively persistent. Year introduced: 1981 <i>Bipolar Disorder:</i> Items: 2 Bipolar Disorder: A major affective disorder marked by severe mood swings (manic or major depressive episodes) and a tendency to remission and recurrence. Year introduced: 1981(1963) Vrije term: Severe mental illness <u>D: somatische screening</u> Vrije termen: Somatic screening
RESULTATEN ZOEKSTRATEGIE	Search
Stap 4A: SEARCH PUBMED Rapporteer stapsgewijs het aantal hits (resultaten) per search (gebruik hiervoor de history)	Stap 4A: search PubMed: Zie tabel onder zoekstrategie 2 De oorspronkelijke zoekstring vanuit zoekstrategie 1: D + D gecombineerd: ((((("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Mental Health"[Mesh]) AND "Patients"[Mesh]) OR "Outpatients"[Mesh]) OR "Mentally Ill Persons"[Mesh])) AND (((("Physical Examination"[Mesh]) OR "Diagnostic Tests, Routine"[Mesh]) OR "Diagnosis"[Mesh]) OR "Medical History Taking"[Mesh]) OR "Drug Monitoring"[Mesh]) Er is in overleg met de docent (Karin van Montfoort) voor gekozen om de volgende MeSH-terms niet meer in de zoekstring op te nemen, omdat deze zorgen voor vervuiling vanwege de brede termen:

	"Mental Health"[Mesh], "Patients"[Mesh], "Outpatients"[Mesh], "Physical Examination"[Mesh], "Diagnostic Tests, Routine"[Mesh] en "Diagnosis"[Mesh]. Daarnaast is ervoor gekozen om extra MeSH-terms toe te voegen die specifiek gericht zijn op de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen (Zie stap 3). Deze termen gecombineerd vormen de volgende zoekstring: (((((((("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Mentally Ill Persons"[Mesh]) OR severe mental illness) OR "Schizophrenia"[Mesh]) OR ("Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders"[Mesh])) OR "Depression"[Mesh]) OR "Depressive Disorder"[Mesh]) OR "Bipolar Disorder"[Mesh]) AND "Medical History Taking"[Mesh]) OR somatic screening Items found: 18777
Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS Vermeld hierbij welke selectiecriteria je gebruikt om te beoordelen welke titels en/of abstracts geschikt zijn om je onderzoeksvraag te beantwoorden; deze weet je niet altijd van tevoren en worden duidelijker als je de titels en abstracts doorleest	Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS – Meta-Analysis (items: 57) – Randomized Controlled Trial (items: 308) – Review (items: 3488) – Systematic Reviews (items: 427) Meta-Analysis + RCT + Systematic Reviews: Items: 731 – 5 Years (items: 243) – Humans (items: 219) – Best match (items: 218) Nog een aantal irrelevante artikelen, dus er wordt besloten om ook de MeSH-term: "Medical History Taking"[Mesh] uit de zoekstring te halen, omdat hierbij nog veel artikelen niet over mensen met een psychiatrische aandoening gaan. Zoekstring: (((((((("Mental Disorders"[Mesh]) OR "Mentally Ill Persons"[Mesh]) OR severe mental illness) OR "Schizophrenia"[Mesh]) OR

	("Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders"[Mesh])) OR "Depression"[Mesh]) OR "Depressive Disorder"[Mesh]) OR "Bipolar Disorder"[Mesh]) AND somatic screening Items found: 6077 – Meta-Analysis (items: 31) – Randomized Controlled Trial (items: 188) – Review (items: 955) – Systematic Reviews (items: 186) Meta-Analysis + RCT + Systematic Reviews: Items: 371 – 5 Years (items: 107) – Humans (items: 104) – Best match (items: 104)
Stap 4C: AANTAL GESCHIKTE ABSTRACTS Hierbij vermelden hoeveel titels/abstracts na selectie geschikt zijn voor het beantwoorden van je onderzoeksvraag cq onderwerp toetsing; hierbij geef je onderbouwing van de in-exclusiecriteria	Stap 4C: AANTAL GESCHIKTE ABSTRACTS 1) <i>Differences in specific depressive symptoms among community-dwelling middle-aged Japanese adults before and after a universal screening intervention</i> > In dit onderzoek wordt bekeken of een universele screening invloed heeft op depressieve symptomen. Het gaat dus over een soort somatische screening in relatie met de psychiatrie. 3) <i>[Somatic morbidity in the mentally ill]</i>. > Er wordt onderzocht wat het risico van somatische gezondheid is bij mensen met EPA. Dit is van belang voor de beschrijving van de relevantie van ons onderzoek 7) <i>[Skin Diseases in Primary Psychiatric Disorders]</i>.> Er wordt onderzocht of mensen met psychische aandoeningen vaker huidaandoeningen hebben. Het gaat dus over psychiatrie in relatie met somatiek. 9) <i>The European studies on mortality in schizophrenia</i>.> Er wordt bekeken wat de mortaliteit is onder mensen met schizofrenie. Eventuele somatische invloeden op mortaliteit kan relevant zijn voor ons onderzoek. 17) <i>Comparative efficacy and tolerability of pharmacological and somatic interventions in adult patients with treatment-resistant depression: a systematic review and network</i>

	<i>meta-analysis.</i>> Onderzocht word of psychomarmische of somatische interventies effect hebben op een depressive. Dit is relevant omdat hierbij het effect van somatiek op psyche wordt bekeken. 19) <i>Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review.</i> >In dit onderzoek staat beschreven wat het effect is van fysieke comorbiditeit op de psychische heropnames. Ook hier wordt dus bekeken of somatiek effect heeft op de psychiatrie. 23) <i>Chronic physical health problems moderate changes in depression and substance use among dual diagnosed individuals during and after treatment.</i> > Er wordt gekeken of het aankaarten van soamtiek bij mensen met een depressive of verskaving een effect heeft op de behandeling. Er wordt dus in kaart gebracht of somatische interventies invloed hebben op een psychische behandeling. 29) <i>Somatic complaints in anxious youth.</i>> Dit onderzoek is relevant omdat er wordt gekeken naar somatiek bij jeugd met een psychische aandoening. 59) <i>Genetic Moderators of the Impact of Physical Activity on Depressive Symptoms.</i> > Er wordt bekenen wat het effect is van een leefstijlinterventie (fysieke activiteit) op depressieve symptomen. 73) <i>[Dementia and comorbid conditions].</i> > ?
Stap 4D: FULL-TEXT Vermeld hier hoeveel van de gekozen artikelen uit 4c full-text beschikbaar zijn	Stap 4D: FULL-TEXT Items: 101 Free full text: 31
Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GE-BRUIKEN? Vermeld hier de keuze van je artikelen (aantal, onderzoeksdesign artikel, land en setting onderzoek) en onderbouw je keuze	Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GE-BRUIKEN? 19) <i>Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review.</i> Dit onderzoek is een systematisch literatuuronderzoek van observationele studies. Het gaat om heropnames in een kliniek, literatuur uit verschillende landen werd meegenomen. Er is voor gekozen dit onderzoek te gebruiken omdat het de onderzoekers een beeld kan geven over het effect van fysieke comorbiditeit op psychische heropnames. Hierdoor

	kunnen zij onderbouwen dat somatiek ook binnen de psychiatrie belangrijk is. 23) <i>Chronic physical health problems moderate changes in depression and substance use among dual diagnosed individuals during and after treatment.</i> Het onderzoek is een randomized controlled trial. Het vindt plaats in de ambulante setting in Amerika. Er is voor dit onderzoek gekozen, omdat de onderzoekers met behulp van dit onderzoek kunnen aantonen dat somatische klachten een negatief effect kunnen hebben op psychisch herstel. 29) <i>Somatic complaints in anxious youth.</i> Een randomized controlled trial in de ambulante setting in Amerika. De onderzoekers willen dit onderzoek gebruiken om aan te tonen dat somatiek een rol speelt in de psychiatrie, ook bij jeugdigen.
--	--

Tabel stap 4A:

History

[Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#24	Add	Search "Medical History Taking"[Mesh]	20035	06:09:07
#21	Add	Search severe mental illness	63606	06:07:55
#20	Add	Search "Mentally Ill Persons"[Mesh]	5815	06:07:41
#18	Add	Search "Mental Disorders"[Mesh]	1108625	06:07:22
#15	Add	Search somatic screening	16438	06:06:13
#14	Add	Search "Bipolar Disorder"[Mesh]	36777	06:05:57
#10	Add	Search "Depressive Disorder"[Mesh]	97932	06:03:53
#8	Add	Search "Depression"[Mesh]	99889	06:03:14
#5	Add	Search "Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders"[Mesh]	136792	06:02:06
#3	Add	Search "Schizophrenia"[Mesh]	96917	06:01:19

Zoals in het theoretisch kader aangegeven zijn naast de artikelen die gevonden zijn in Pubmed en Google Scholar ook artikelen aangedragen door onze opdrachtgever (Esther Klopper) en een docent van de HAN (Nikki Klaessen). Daarnaast zijn artikelen gevonden via de sneeuwbalmethode.

Artikel verkregen via de opdrachtgever (Esther Klopper):

Van den Berg, K.E.M., Rijnders, C.A.TH., Van Dam, A., Van de Ven, A.L.M., Van de Feltz-Cornelis, C.M., & Graafsma, S.J. (2014). *Somatiek in de ambulante psychiatrie: de toegevoegde waarde van een standaard lichamelijk onderzoek tijdens de ambulante intake*. Geraadpleegd op 1 maart 2018, van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/56-2014-5-artikel-VandenBerg.pdf>

Artikel verkregen via Nikki Klaessen:

Bartlem, K., Bowman, J., Doherty, E., Freund, M., Gillham, K., McElwaine, K., Ross, K (...) Wye, P. (2016). *Mental health clinician attitudes to the provision of preventive care for chronic disease*

risk behaviours and association with care provision. Geraadpleegd op 19 maart 2018, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26935328>

Artikelen verkregen via het toepassen van de sneeuwbalmethode:

Asai, I., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Correll, C.U., Detraux, J., de Hert, M., (...) Uwakwe, R. (2011). *Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care*. Geraadpleegd op 27 februari 2018, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3048500/>

Van Hasselt, F. M. (2013). *Improving the physical health of people with severe mental illness*. Geraadpleegd op 4 maart 2018, van https://www.rug.nl/research/portal/files/14411796/full_dissertation.pdf

Bijlage 2 Level-of-evidence tabel

Levels of Evidence for Therapy Question	
Level of Evidence	Type of Study
1a	Systematic reviews of randomized controlled trials (RCTs)
1b	Individual RCTs with narrow confidence interval
2a	Systematic reviews of cohort studies
2b	Individual cohort studies and low-quality RCTs
3a	Systematic reviews of case-control studies
3b	Case-control studies
4	Case series and poor quality cohort and case-control studies
5	Expert opinion

Levels of evidence (2001). Centre for Evidence Based Medicine. Retrieved 26 Aug 2008 from <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>

Acquire

Titel van het artikel	Auteur	Jaar	Onderzoeks-design	Level of evidence	Setting	Populatie	Methode	Resultaten	Conclusie
<i>Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care.</i>	Asai, I., Bobs, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Correll, C.U., Detraux, J., de Hert, M., ... Uwakwe, R.	2011	Selectieve systematische review	2A	N.V.T.	Patiënten met SMI	MEDLINE database (1966-aug. 2010). Epidemiologie, morbiditeit en mortaliteit met de associatie tussen psychische ziekten en schizofrenie, bipolaire stoornis en ernstige depressie.	Mensen met EPA hebben 1,2 tot 3,5 keer meer kans op obesitas en 1,2 tot 5 keer meer kans op diabetes mellitus. Mensen met EPA hebben, afhankelijk van de stoornis, 22 tot 68% meer kans op metabool syndroom. De prevalentie van cardiovasculaire aandoeningen ligt bij mensen met EPA 2 tot 5 keer hoger dan bij mensen zonder EPA.	Er zijn frequenter/vaker veel lichamelijke stoornissen geïdentificeerd bij personen met SMI. Daarnaast zorgen variabele lifestyle factoren en bijwerkingen van psychofarmaceutische medicatie, slechtere toegang tot en kwaliteit of de ontvangen gezondheidszorg voor blijvende problemen bij patiënten met SMI.
<i>Somatiek in de ambulante psychiatrie: de toegevoegde waarde van</i>	Van den Berg, K.E.M., Rijnders, C.A.TH., Van Dam, A., Van de Ven, A.L.M., Van	2014	Cross-sectioneel onderzoek	3B	Ambulante psychiatrie GGZ Bredeburg, Tilburg	70 patiënten waarvan 30 mannen en 40 vrouwen. De opname-redenen waren als volgt:	Nieuw aangemelde psychiatrische patiënten (n = 70) werden somatisch gescreend door mid-	Minstens één 'aspect of somatic concern' (asc) werd gevonden bij 81,4% van alle patiënten. Bij 45,7% van de patiënten was dit probleem tot dan toe onbekend. Van alle	Lichamelijk onderzoek is van aanvullende waarde bij een somatische screening van ambulante

een standaard lichamelijk onderzoek tijdens de ambulante intake.	de Feltz-Cornelis, C.M., & Graafsma, S.J.					22 (31,4%) wegens stemmingsklachten 14 (20,0%) wegens angstklachten 8 (11,4%) wegens persoonlijkheidsproblematiek 10 (14,3%) wegens klachten van surmenage 5 (7,1%) wegens onverklaarde lichamelijke klachten 5 (7,1%) wegens psychosociale problematiek. Overige 8,6% had diverse klachten.	del van een vragenlijst, een aanvullende anamnese, laboratoriumonderzoek en een standaard lichamenlijk onderzoek. Wanneer een somatisch probleem gevonden werd dat eerder niet bekend was, werd de patiënt verwezen naar de huisarts.	nieuw gevonden problemen werd 12% uitsluitend gevonden bij lichamenlijk onderzoek.	psychiatrische patiënten.
Improving the physical health of	Van Hasselt, F.M.	2013	Mix van:	1B	N.V.T.	EPA-patiënten	Er is een indeling gemaakt van drie	Bij alle deelnemers (n=118) van de studie werd	De uitkomsten van de studie tonen aan dat het

people with severe mental illness			Dwarsdoor-snede onderzoek, kwalitatieve studies, systematische literatuurstudie, review en Delphi-onderzoek.				groepen patiënten op basis van de frequentie waarmee ze de HA bezochten. Er is gekeken naar juistheid en compleetheid van patiëntgegevens bij de apotheek. Belemmeringen optimale gezondheid bereiken: Gebruikte evaluatiemethoden van gerandomiseerde interventies om de lichamelijke gezondheid van patiënten met EPA te verbeteren. 22 interventies beschreven in 4 types. Met dwarsdoor-snede onderzoek geëvalueerd of een gezondheids-onderzoek meerwaarde heeft voor het ontdekken van gezondheidsproblemen	een gezondheidsprobleem vastgesteld dat medische beoordeling nodig had. Patiënten die hun huisarts minder dan eens per jaar bezochten (35%, n=42) hadden gemiddeld 2,8 gezondheidsproblemen die een medische beoordeling nodig hadden. Mensen die de huisarts vaker bezochten hadden er nog meer, maar met dit aantal gezondheidsproblemen zou een hogere bezoekfrequentie gerechtvaardigd zijn. Voor 37% van de patiënten was de informatie van de apotheek over hun medicatie gebruik niet compleet. Overzicht gepresenteerd van voorgestelde verbeteringen voor gezondheidszorg. Specifiek gezondheids-onderzoek ontwikkeld. Het aantal problemen gevonden met gezond-	zowel nodig is om door middel van een op maat gemaakte individuele aanpak de lichamelijke gezondheid van patiënten met EPA te verbeteren, als om de noodzaak om interventies uniform te evalueren. Samenwerking tussen zorgprofessionals moet worden verbeterd. Voor toekomstige interventies die de lichamelijke gezondheid van mensen met EPA bevorderen kan ons model worden gebruikt om in te schatten welke effecten kunnen worden verwacht en welke uitkomstmaten
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

							in vergelijking met reguliere zorg. Laboratoriumonderzoek. En de kosten door middel van dwarsdoorsnede onderzoek bepalen. Ook werden uitkomstmaten bepaald om lichamelijk gezondheid te bevordren op basis van zelfontwikkeld model. In Delphi-studie werd naar overeenstemming gezocht tussen patiënten met EPA, naasten van patiënten met EPA, huisartsen en medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg. Hierna werden beleidsadviezen ontwikkeld.	heidsonderzoek was significant hoger dan aantal da tin het dossier van de huisarts stond ($p < 0.0.1$). Daarnaast toonde de studie dat het gezondheidsonderzoek en de huisarts verschillende problemen ontdekken. De gemiddelde kosten van een gezondheidsonderzoek inclusief ROM (routine outcome monitoring van psychiatrische symptomen) en een interpretatie van de gegevens door een arts zijn €305. Dit is 2,5% van de jaarlijkse zorg consumptie van patiënten met EPA. De zorgverleners betrokken bij de implementatie koppelden terug dat een gezondheidsonderzoek meer moet zijn dan alleen screenen.	geschikt zijn om deze te kunnen evalueren.
Somatic Complaints in Anxious Youth	Albano, A.M., Birmaher, B., Caporino, N.E., Compton, C.,	2014	RCT	1B	N.V.T.	Jeugdigen van 7 t/m 17 jaar met een angststoornis. 54%	De jeugdigen werden verdeeld over vier groepen waarbij verschillende interventies	Bij de jeugdigen waar somatische symptomen werden aangekaart kon de angststoornis beter worden geïdentificeerd.	Somatiek kan van belang zijn bij het vaststel-

	Crawley, S.A., Ginsburg, G., Gosh, E., (...) Walkup, J.					man, 46% vrouw. 75% had een midden tot hoog sociaal economische status.	werden toegepast (enkele met en enkele zonder medicatiemonitoring).		len van angststoornissen bij jeugdigen.
<i>Chronic physical health problems moderate changes in depression and substance use among dual diagnosed individuals during and after treatment.</i>	Brown, S.A., Cui, R., Cummings, K., Tate, S.R., & Skidmore, J.R.	2016	RCT	1B	Ambulante klinieken	214 patiënten met een huidige psychische aandoening volgens de DSM-IV en/of middelenmisbruik (m.u.v. bipolair en psychotische stoornissen of intraveneuze verslaving). 89% man met een gemiddelde leeftijd van 49 jaar.	De patiënten werden verdeeld over vier groepen met verschillende interventies. In de uitslagen werd vervolgens gekeken of het hebben van somatische klachten invloed had op de effectiviteit van de behandeling.	Patiënten met ernstige somatische gezondheidsproblemen lieten minder vooruitgang zien bij de therapieën.	Beoordelen en aanpakken van somatische problemen tijdens depressie en middelenmisbruik therapieën kan een positief effect hebben op de uitkomst van de therapie.
<i>Psychiatric readmissions and their association with</i>	Haaramo, P., Šprah, L., Wahlbeck, K., & Zvezdana	2017	Systeematische literatuurreview	3A	Heropnames in een kliniek	Databases Ovid Medline, PsycINFO, ProQuest	Verschillende settingen en patiëntencategorieën zijn geïnccludeerd.	Het grootste gedeelte van de onderzoeken ondersteunde de hypothese dat het hebben van meerdere problemen	Co-morbiditeit komt vaker voor onder patiënten die meerdere

<i>physical comorbidity: a systematic literature review.</i>	Dernovšek, M.		van observati- onele studies			Health Management en Open-GreyIn waren geraadpleegd. Daarnaast is e rook literatuur gevonden via google-scholar. De literatuur werd geselecteerd op publicatie-data tussen januari 1990 en juni 2014.		(zowel psychisch als somatisch) het risico op heropname vergroten.	malen zijn opgenomen dan patiënten die eenmalig zijn opgenomen.
<i>Mental health clinician attitudes to the provision of preventive care for chronic disease risk behaviours and association with care provision.</i>	Bartlem, K., Bowman, J., Doherty, E., Freund, M., Gillham, K., McElwaine, K., Ross, K (...) Wye, P.	2016	Cross-sectioneel onderzoek	2B	Lokale gezondheids-districten in New South Wales, Australië	Hulpverleners die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg in dit lokale gezondheids-district.	Telefonische enquête onder 151 hulpverleners tot hun houding ten aanzien van beoordeling, advies en doorverwijzing op het gebied van roken, voeding, alcohol en lichaamsbeweging en de verstrekking van deze zorg.	De meeste hulpverleners vertelden dat hun manager het verstrekken van preventieve zorg ondersteund. Daarnaast geven ze aan dat deze zorg onderdeel is van hun rol, het de relatie tussen de behandelar en cliënt niet in gevaar zou brengen, patiënten preventieve zorg acceptabel vinden en dat ze het vertrouwen, de kennis en de vaardigheden hebben	Er zijn strategieën nodig om positieve attitudes te vertalen naar verbeterde patiëntenzorg en om attitudes aan te pakken die de verstrekking van preventieve zorg in de geestelijke gezondheidszorg

								om het gedrag van de cliënten te veranderen. De helft van de hulpverleners meldde dat de patiënten niet geïnteresseerd is om hun gezondheidsgedrag te veranderen en een derde gaf aan dat het verstrekken van preventieve zorg een negatieve invloed zou kunnen hebben op de tijd die ze hebben voor de levering van acute zorg. De attitudes: rolcongruentie, klantbelang in verandering en het aanpakken van gezondheidsrisicogedrag zullen de relatie tussen de patiënt en hulpverlener niet in gevaar brengen, werden positief geassocieerd met het bieden van preventieve zorg.	van de gemeenschap belemmeren.
--	--	--	--	--	--	--	--	---	---------------------------------------

Bijlage 3 AGREE II-instrument

Domein 1: Onderwerp en doel	
1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven.	7: Het doel van de richtlijn is helder beschreven, namelijk: <i>Deze richtlijn beoogt ggz-professionals - in het bijzonder verpleegkundigen - te ondersteunen bij de somatische screening op gezondheidsproblemen bij mensen met een ernstige psychische aandoening, en tevens ondersteuning te bieden bij de planning en uitvoering van vervolgactiviteiten voor preventie en tijdige diagnostiek en behandeling van somatische problemen.</i> De patiëntenpopulatie wordt beschreven. Ook de prevalentie wordt onderbouwd benoemd. De items waren makkelijk te vinden.
2. De vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven.	7: De vragen die beantwoord worden zijn specifiek en puntsgewijs beschreven op pagina 6 van de richtlijn.
3. De populatie (patiënten/algemene bevolking) waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven.	7: De patiëntenpopulatie wordt duidelijk beschreven met een literatuur onderbouwde definitie. Er is beschreven voor welke leeftijdscategorie de richtlijn is gemaakt. Er wordt geen onderscheid gemaakt in geslacht, dit is echter ook niet relevant voor de richtlijn. De items zijn makkelijk terug te vinden en goed beschreven.
Domein 2: Betrokkenheid van belanghebbenden	
4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen.	4: In de richtlijn is te vinden wie er meegewerkt hebben aan het onderzoek, welke disciplines dit zijn en waar ze vandaan komen. Alle relevante disciplines hebben een bijdrage geleverd. Echter wordt er niet beschreven welke rol elk lid had in de richtlijnontwikkeling. Ook staat er niet vermeld uit welke plaats de ontwikkelaar komt. Het item is eenvoudig te vinden in de richtlijn.
5. Het perspectief en de voorkeuren van de doelpopulatie (patiënten/algemene bevolking), zijn nagegaan.	6: Er wordt in de richtlijn beschreven dat vertegenwoordigers vanuit cliënten en familieorganisaties op het gebied van lichamelijke zorg aan mensen met een ernstige psychische aandoening hebben meegewerkt met het ontwikkelen van de richtlijn.
6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.	7: Er wordt helder beschreven voor wie de richtlijn is bedoeld in het kopje: <i>Voor wie is deze richtlijn bedoeld</i> , op pagina 4 en 5 van de richtlijn.
Domein 3: Methodologie	
7. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal.	6: De literatuurstudie staat uitgebreid, incl. zoekstring, omschreven in een apart rapport (waar naar wordt verwezen in de richtlijn). Doordat het in een apart rapport staat is het niet direct te vinden.
8. De criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven.	7: De in- en exclusiecriteria zijn beschreven in het aparte rapport. Er is uitgelegd waarom er is gekozen voor bepaalde criteria.
9. De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven.	4: Enkel de beperkingen van enkele gebruikte artikelen zijn beschreven in het aparte document. Verder wordt er niet beschreven hoe het wetenschappelijke bewijs is beoordeeld op vertekening en hoe

	deze vervolgens geïnterpreteerd is door de leden van de richtlijnwerkgroep.
10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven.	7: Per kopje aanbevelingen is in het aparte document uitgelegd hoe er van bewijs naar aanbevelingen is gegaan.
11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen.	2: Het belang van somatische screening wordt uitgebreid beschreven met hierin aangegeven wat de voordelen kunnen zijn voor de patiënt. Er wordt niets vermeld over de schade/bijwerkingen/risico's en de overwegingen rondom de voordelen/winsten als schade/bijwerkingen/risico's.
12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal.	4: In het aparte rapport waar naar wordt verwezen in de richtlijn staat hoe de aanbevelingen geformuleerd zijn op basis van de beschikbare wetenschappelijke evidence. De aanbevelingen zijn gekoppeld met een referentielijst.
13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld.	6: De referenten zijn beschreven in de richtlijn met organisatie. Het doel en de opzet van de externe beoordeling en de methoden waarmee de externe beoordeling is uitgevoerd worden genoemd. De commentatoren die de richtlijn beoordeeld hebben zijn verzameld in een commentaartabel. Deze is echter niet terug te vinden in het rapport zelf. Er is beschreven wat er gedaan is met de verzamelde informatie bij het richtlijnontwikkelingsproces.
14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.	1: Geen van de volgende criteria worden benoemd: uitspraak over de herziening van de richtlijn, geldigheidsduur of criteria voor besluitvorming over de herzieningsprocedure en methodologie voor herzieningsprocedure.
Domein 4: Helderheid en presentatie	
15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig.	7: Alle aanbevelingen zijn ondubbelzinnig en specifiek beschreven.
16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld.	7: Bij de aanbevelingen zijn verschillende opties weergegeven. Ook is er een apart kopje (5.2) die specifiek gaat over kennis en beleid.
17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.	7: Alle aanbevelingen zijn helder en puntsgewijs beschreven in 2.4 2.5 2.6 3.2 4.1 5.2 5.3. Deze kopjes zijn Makkelijk terug te vinden door de benaming, kaders en opvulkleur van de kaders.
Domein 5: Toepassing	
18. De richtlijn beschrijft de bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn.	1: In de richtlijn staan geen bevorderende of belemmerende factoren voor implementatie beschreven.
19. De richtlijn geeft advies en hulpmiddelen voor toepassing van de aanbevelingen in de praktijk.	5: De richtlijn geeft advies voor het toepassen in de praktijk. Dit wordt echter niet bij alle aanbevelingen gedaan.
20. De mogelijke implicaties van het toepassen van de aanbevelingen voor	1: Er wordt in het artikel niet beschreven het identificeren, methoden of informatie/beschrijving van de kosteninformatie.

de kosten en benodigde middelen zijn overwogen.	
21. De richtlijn geeft criteria om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.	4: Er worden geen criteria beschreven om de impact van het implementeren van de aanbevelingen na te gaan Wel is er een advies gegeven over de frequentie en interval van metingen.
Domein 6: Onafhankelijkheid van de opstellers	
22. De opvattingen van de financierende instantie hebben geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.	1: De naam van de financierende instantie staat niet vermeld. Er wordt ook geen uitspraak gedaan over het feit dat de inhoud van de richtlijn niet is beïnvloed door de financierende instantie.
23. Conflicterende belangen van de leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgesteld en besproken.	1: Er wordt niks geschreven in de richtlijn over verschillende soorten conflicterende belangen, hoe ze zijn opgespoord en op welke wijze deze belangen het richtlijnproces en de ontwikkeling van de aanbevelingen heeft beïnvloed.

Berekening van domeinscores:

Domein 1: $21/21 \times 100\% = 100\%$

Domein 2: $17/21 \times 100\% = 81\%$

Domein 3: $37/56 \times 100\% = 66\%$

Domein 4: $21/21 \times 100 = 100\%$

Domein 5: $11/28 \times 100\% = 39\%$

Domein 6: $2/14 \times 100\% = 14\%$

De gestandaardiseerde domeinscore is dan:

Maximaal mogelijke score = $7 \times 23 = 161$ Minimaal mogelijke score = $1 \times 23 = 23$

$109 - 23 = 86$ en $161 - 23 = 138$. Conclusie: $86/138 \times 100\% = 62\%$

Bijlage 4 Ingevulde verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens

Bijlage 1: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Onderzoek bij mensen of verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als studentonderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan.

Deze geheimhoudingsplicht geldt voor alle medewerkers in zorg en welzijn. Je verbindt je aan geheimhouding door het ondertekenen van deze verklaring.

In te vullen door student

Studentnummer	566840
Naam	Mirte Schooten
Opleiding	HBO Verpleegkunde
Geboortedatum	07-09-1996
Geboorteplaats	Zwolle

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze *Gedragcode*. Ik begrijp de informatie en werkwijze en zal me eraan houden zolang ik studeer aan de HAN;
- ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier te weten ben gekomen;
- ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers.

Datum	19-02-2018
Handtekening	

Bijlage 1: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Onderzoek bij mensen of verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als studentonderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan.

Deze geheimhoudingsplicht geldt voor alle medewerkers in zorg en welzijn. Je verbindt je aan geheimhouding door het ondertekenen van deze verklaring.

In te vullen door student

Studentnummer	563211
Naam	Anouk Rasing
Opleiding	HBO verpleegkunde HAN
Geboortedatum	15-02-'97
Geboorteplaats	Zevenaar

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze *Gedragscode*. Ik begrijp de informatie en werkwijze en zal me eraan houden zolang ik studeer aan de HAN;
- ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier te weten ben gekomen;
- ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers.

Datum	19-02-2018
Handtekening	

Bijlage 5 Informatiebrief vragenlijst

Geachte heer/mevrouw,

Middels deze brief vragen wij u vragen een online vragenlijst in te vullen in het kader van het onderzoeksproject van de somatische piramide. Binnen dit onderzoek doen wij, Anouk Rasing en Mirte Schooten, 3e jaars verpleegkunde aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, praktijkonderzoek naar somatische screening binnen Pro Persona.

Wij nodigen u uit voor het invullen van deze vragenlijst, omdat u een functie beoefent die vele raakvlakken heeft met de somatische screening.

U kunt zelf beslissen of u mee wilt doen aan het onderzoek. Voordat u beslist of u wel of niet mee wilt doen aan het onderzoek, is het belangrijk dat u meer te weten komt over het onderzoek. Wij vragen u daarom deze informatiebrief rustig door te lezen.

Het onderzoek

Recentelijk is de richtlijn "*Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening*" (V&VN, 2015) gepubliceerd. Onderzoek laat zien dat het belangrijk is om bij mensen een psychische aandoening ook aandacht te hebben voor de somatiek.

Binnen Pro Persona is recent een project gestart dat sterk de focus heeft op de somatische kant binnen de psychiatrie. Dit project: de Somatische piramide is eind 2017 opgezet. Voor meer informatie zie ook het bericht op Intranet onder kopje "projectnieuws".

Als onderdeel van dit project doen wij onderzoek naar de huidige organisatie en uitvoering van somatische screening binnen Pro Persona. Met dit praktijkonderzoek wordt de huidige situatie in kaart gebracht op de locaties Arnhem, Ede, Nijmegen, Pompekliniek Nijmegen, Tiel en Wolfheze.

Het onderzoek zal worden uitgevoerd door het afnemen van interviews en een online vragenlijst.

De online vragenlijst

De vragenlijst bestaat uit maximaal 22 vragen en het invullen zal maximaal 5 tot 10 minuten duren. De vragenlijst zal beginnen met algemene vragen en vervolgens zullen de vragen gaan over de uitvoering van somatische screening. Tot slot zullen er nog enkele vragen worden gesteld over de implementatie van somatische screening. U krijgt meerkeuze opties waar u soms enkele en soms meerdere antwoorden kunt invullen. Ook zal er een enkele open vraag/antwoordmogelijkheid zijn, hierbij kunt u uw antwoord toelichten met tekst.

De vragenlijst zal anoniem zijn en dus ook anoniem worden verwerkt.

Voor het invullen van de vragenlijst kunt u **kans maken op één van de 3 VVV bonnen!** De gegevens die u invult om hierop kans te maken zullen niet worden verwerkt in het onderzoek en niet worden gedeeld met derden.

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. U mag te allen tijde besluiten om van het onderzoek af te zien, dit heeft geen verdere gevolgen.

Uiteraard benadrukken wij tevens het belang van informatie verstrekking, omdat dit onderzoek mede bij zal dragen aan optimalisering van onze cliëntenzorg.

<https://goo.gl/forms/WcTPExG3Ao6dhsiZ2>

Mocht u naar aanleiding van het lezen van deze informatiebrief nog vragen hebben dan kunt u deze per mail aan de onderzoekers stellen.

De vragenlijst is in te vullen tot 11 mei!

Alvast ontzettend bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Esther Klopper en Marijke te Ronde
Anouk Rasing en Mirte Schooten

m.schooten@propersona.nl

Projectleiders Somatische piramide
HBO-V studenten

Bijlage 6 Vragenlijst somatische screening

Vragenlijst somatische screening

Fijn dat u even de tijd neemt voor het invullen van deze vragenlijst.

De vragenlijst bestaat uit maximaal 22 vragen en zal maximaal 5 tot 10 minuten duren. De vragenlijst zal beginnen met algemene vragen en vervolgens zullen de vragen gaan over de uitvoering van somatische screening. Tot slot zullen er nog enkele vragen worden gesteld over de implementatie van somatische screening. U krijgt meerkeuze opties waar u soms enkele en soms meerdere antwoorden kunt invullen. Ook zal er een enkele open vraag/antwoordmogelijkheid zijn, hierbij kunt u uw antwoord toelichten met tekst.

***Vereist**

- 1. Hierbij verklaar ik dat: -Ik op een voor mij duidelijke manier schriftelijk ben ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek -Ik op de hoogte gesteld ben van het feit dat de gegevens anoniem worden verwerkt, dat onderzoeksgegevens worden losgekoppeld van de persoonsgegevens en dat na afloop van het onderzoek de persoonsgegevens worden vernietigd. -Ik op de hoogte gesteld ben over het feit dat de gegevens en resultaten uit het onderzoek alleen anoniem aan derden, indien nodig, bekend zullen worden gemaakt. ***

Markeer slechts één ovaal.

- ☐ Ja
- ☐ Nee *Stop met het invullen van dit formulier.*

Algemene gegevens

- 2. Wat is uw functie?**

Markeer slechts één ovaal.

- ☐ Ambulant verpleegkundige (niveau 4)
- ☐ Ambulant verpleegkundige (niveau 5)
- ☐ Sociaal psychisch verpleegkundige
- ☐ verpleegkundig specialist in opleiding
- ☐ Verpleegkundig specialist

- 3. Op welke locatie bent u werkzaam?**

Markeer slechts één ovaal.

- ☐ Arnhem
- ☐ Ede Nijme-
- ☐ gen Tiel
- ☐ Wolfheze
- ☐ Pompestichting Nijmegen
- ☐

4. In welke setting bent u werkzaam?

Markeer slechts één ovaal.

- ☐ poliklinisch Ambulant
- ☐ overig FACT/IHT/Cris-
- ☐ dienst Klinisch
- ☐

5. Heeft u deelgenomen aan het RAAK-LEF project?

Markeer slechts één ovaal.

- ☐ Ja Nee
- ☐

6. In welke leeftijdscategorie bevinden uw patiënten zich?

Markeer slechts één ovaal.

- ☐ Kind/jeugd (t/m 18 jaar) Volwas-
- ☐ senen (19 tot 64 jaar)
- ☐ Ouderen (65+)

7. Onder welke doelgroep vallen uw patiënten

Definitie EPA is te vinden in de richtlijn: <http://www.venvn-spv.nl/nieuwsbrief/nieuwsbrief23-richtlijn-somatische-screening-patienten-ernstige-psy-aand.pdf>

Markeer slechts één ovaal.

- ☐ EPA (ernstige psychische aandoening) Niet
- ☐ EPA

8. Bent u bekend met de multidisciplinaire richtlijn somatische screening bij EPA?

Markeer slechts één ovaal.

- ☐ Ja Nee
- ☐

9. Voert u (een vorm van) somatische screening uit?

Denk aan: lichamelijk onderzoek, medicatiemonitoring, leefstijlanamnese of andere somatiek gerelateerde onderzoeken

Markeer slechts één ovaal.

- ☐ Ja *Ga naar vraag 12.*
- ☐ Nee *Ga naar vraag 10.*

Geen uitvoering somatische screening

10. Wat maakt dat u geen somatische screening uitvoert?

Vink alle toepasselijke opties aan.

- ☐ Deze taak is bij een collega uit mijn team belegd
- ☐ Onvoldoende kennis over het onderwerp
- ☐ Niet relevant genoeg
- ☐ Geen tijd
- ☐ Geen middelen
- ☐ Anders: _____

11. Weet u welke discipline binnen uw locatie somatische screening uitvoert?

Vink alle toepasselijke opties aan.

- ☐ Nee, hiervan ben ik niet op de hoogte
- ☐ (Ambulant) verpleegkundige
- ☐ Sociaal psychisch verpleegkundige
- ☐ Verpleegkundig specialist
- ☐ Anders: _____

Ga naar vraag 22.

Wel uitvoering somatische screening

12. Welke aspecten van somatische screening voert u uit?

Vink alle toepasselijke opties aan.

- ☐ Lichamelijk onderzoek
- ☐ Medicatiemonitoring
- ☐ Leefstijl

13. Maakt u bij het uitvoeren van somatische screening gebruik van een meetinstrument?

Markeer slechts één ovaal.

- ☐ Ja *Ga naar vraag 14.*
- ☐ Nee *Ga naar vraag 15.*

Wel uitvoering, met gebruik meetinstrument

14. Van welk(e) meetinstrument(en) maakt u gebruik?

Vink alle toepasselijke opties aan.

- ☐ PHAMOUS: PHArmacotherapy Monitoring and OUtcome Survey
- ☐ SRA: Subjectieve Reactie op Antipsychotica vragenlijst
- ☐ USS: Utrechtse somatische screeningslijst
- ☐ VMGA: Verpleegkundige Monitoring bij Gebruik van Antipsychotica
- ☐ Leefstijl-in-beeld
- ☐ HIP: Health Improvement Profile
- ☐ Anders: _____

Ga naar vraag 16.

Wel uitvoering, zonder gebruik meetinstrument

15. Hoe ziet de somatische screening die u uitvoert er uit?

Frequentie afname en verwerking

16. Hoe vaak voert u somatische screening per jaar per patiënt uit?

Markeer slechts één ovaal.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ Meer dan 4 keer per jaar per patiënt

17. Op welke momenten voert u somatische screening uit?

Vink alle toepasselijke opties aan.

- ☐ Bij opname
- ☐ Bij ontslag
- ☐ Bij verandering van behandeltraject
- ☐ Bij starten anti-psychotica
- ☐ Bij starten overige medicatie
- ☐ Anders: _____

18. Wordt er bij gehouden wanneer een patiënt opgeroepen moet worden voor somatische screening?

Markeer slechts één ovaal.

- ☐ Nee, dit wordt niet bijgehouden
- ☐ Ja

19. Hoe en door wie wordt dit bijgehouden?

Deze vraag hoeft u enkel in te vullen wanneer u JA heeft geantwoord op de vorige vraag.

20. Hoe rapporteert u uw bevindingen/resultaten?

Vink alle toepasselijke opties aan.

- ☐ In het patiëntendossier
- ☐ Via mailcontact met de regiebehandelaar
- ☐ Via direct overleg met de regiebehandelaar
- ☐ Niet
- ☐ Anders: _____

21. Wat doet u met de gevonden bevindingen/resultaten die naar voren kwamen in de somatische screening?

Vink alle toepasselijke opties aan.

- ☐ Leefstijlinterventies toepassen Terugkoppe-
- ☐ len aan de regiebehandelaar
- ☐ Bespreken in patiëntenoverleg/behandelplanbespreking
- ☐ Niets
- ☐ Anders: _____

Implementatie somatische screening

22. Welke belemmerende factoren ervaart u (mogelijk) voor het uitvoeren van somatische screening?

Vink alle toepasselijke opties aan.

- ☐ Hoge werkdruk
- ☐ Te weinig facilitering vanuit de organisatie (bv. invoersysteem EPD) Af-
- ☐ wezigheid van materiaal
- ☐ Geen/weinig commitment van collega's
- ☐ Geen/weinig commitment van patiënten Onvol-
- ☐ doende kennis over het onderwerp Onvol-
- ☐ doende vertrouwen in eigen handelen Geen
- ☐ Anders: _____

23. Welke bevorderende factoren ondervindt u (mogelijk) voor het uitvoeren van somatische screening?

Vink alle toepasselijke opties aan.

-
- ☐ Voldoende facilitering vanuit de organisatie; bv. Invoersysteem EPD
 - ☐ Aanwezigheid van meetinstrumenten
 - ☐ Commitment van collega's Commitment
 - ☐ van patiënten Tijd/ruimte tijdens de dienst
 - ☐ Voldoende kennis over het onderwerp
 - ☐ Voldoende vertrouwen in eigen handelen
 - ☐ Geen
 - ☐ Anders: _____

24. Hoe ziet de ideale somatische screening er volgens u uit?

Denk aan: vorm, duur, inhoud en rapportage

Afronding

25. Bent u geïnteresseerd in het winnen van een van de VVV-bonnen? Zo ja, vul dan uw e-mailadres in bij: Anders...(let op: door het invullen van uw e-mailadres zijn uw gegevens niet meer anoniem. De data zal uiteraard wel anoniem worden verwerkt)

Markeer slechts één ovaal.

☐

Nee Anders:

☐

26. Heeft u verder nog vragen/opmerkingen met betrekking tot deze vragenlijst/dit onderzoek?

Bedankt voor uw medewerking

Mogelijk gemaakt door



Bijlage 7 Informatiebrief interviews

Geachte heer/mevrouw,

Middels deze brief willen wij u graag uitnodigen om deel te nemen aan een interview in het kader van het onderzoek: De somatische piramide. Binnen dit onderzoek doen twee onderzoekers, van de opleiding verpleegkunde aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, praktijkonderzoek naar somatische screening binnen Pro Persona. Wij zijn Anouk Rasing en Mirte Schooten, 3e jaars verpleegkunde studenten, en zullen dit praktijkonderzoek uitvoeren.

U bent benaderd omdat u voldoet aan de inclusiecriteria van dit onderzoek en omdat u affiniteit heeft met het onderwerp. Wij hebben uw gegevens verkregen via Marijke te Ronde, projectmanager binnen Pro Persona.

U kunt zelf beslissen of u mee wilt doen aan het onderzoek. Voordat u beslist of u wel of niet mee wilt doen aan het onderzoek, is het belangrijk dat u meer te weten komt over het onderzoek. Wij vragen u daarom deze informatiebrief rustig door te lezen.

Het onderzoek

Recentelijk is de richtlijn "*Somatische screening bij patiënten met een ernstige psychische aandoening*" (V&VN, 2015) gepubliceerd. Onderzoek wijst uit dat het belangrijk is om bij mensen een psychische aandoening ook aandacht te schenken aan somatiek.

De Raad van Bestuur van Pro Persona heeft daarom verzocht om rondom dit thema een onderzoek te starten. Dit project: de Somatische piramide is sinds september 2017 opgezet.

Een onderdeel van dit project doen wij onderzoek naar de huidige organisatie en uitvoering van somatische screening binnen Pro Persona. Het doel van dit praktijkonderzoek is het in kaart brengen van de hiervan op de locaties Arnhem, Ede, Nijmegen, Pompekliniek Nijmegen, Tiel en Wolfheze.

Het onderzoek zal worden uitgevoerd door het afnemen van interviews en een online vragenlijst.

Het interview

Het interview zelf zal maximaal 30 minuten duren en inclusief inleiding en evaluatie hopen wij maximaal een uur van uw tijd nodig te hebben. Om uw uitleg en mening goed te kunnen verwerken van het interview een geluidsopname worden gemaakt. De gegevens die naar voren komen in het interview zullen anoniem worden verwerkt en na het onderzoek worden vernietigd. De gegevens die u achterlaat voor het eventueel ontvangen van de onderzoeksresultaten zullen niet met derden worden gedeeld. De locatie van het interview zal in overleg met u worden bepaald. Het kan zowel op uw werkplek als op de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen plaatsvinden. Eventuele reiskosten zullen worden vergoed.

Om het interview gestructureerd en bondig te laten plaatsvinden vragen wij u de vragenlijst, te vinden in de bijlage, vooraf in te vullen en terug te sturen naar de onderzoekers.

De interviews zullen plaatsvinden van 18 april tot en met 9 mei 2018. Graag horen wij zo snel mogelijk van u of u deel wilt nemen aan het onderzoek en welk moment u het beste uitkomt.

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. U mag te allen tijde besluiten om van het onderzoek af te zien, dit heeft geen verdere gevolgen.

Mocht u naar aanleiding van het lezen van deze informatiebrief nog vragen hebben dan kunt u deze per mail aan ons stellen.

Graag horen wij of u of één van uw collega's bereid is deel te nemen aan het interview.

Met vriendelijke groet,
Anouk Rasing & Mirte Schooten,
m.schooten@propersona.nl

Bijlage 8 Informed Consent

Titel onderzoek:

Verantwoordelijke onderzoeker:

In te vullen door de onderzoekspersoon

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik op een voor mij duidelijke manier mondeling (indien mogelijk) en schriftelijk ben ingelicht over de aard, methode, doel, de risico's en de belasting van het onderzoek;
- De studentonderzoeker mijn vragen naar tevredenheid heeft beantwoord;
- Ik weet dat de gegevens anoniem worden verwerkt, dat onderzoeksgegevens worden losgekoppeld van de persoonsgegevens en dat na afloop van het onderzoek de persoonsgegevens worden vernietigd;
- Ik weet dat de gegevens en resultaten uit het onderzoek alleen anoniem aan derden, indien nodig, bekend zullen worden gemaakt.

Ik neem geheel vrijwillig deel aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment, zonder opgaaf van redenen, mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

- ☐ Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen te maken voor zijn of haar onderzoek. Ik geef goedkeuring dat film-, foto-, en videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt. De geluidsfragmenten of beelden zullen direct na het verwerken ervan, of anders na hooguit 6 maanden, worden vernietigd of dusdanig bewerkt dat het niet meer tot de persoon is te herleiden.
- ☐ Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen identificeerbaar te gebruiken voor onderwijsdoeleinden die met mij besproken zijn gedurende een afgesproken periode binnen de faculteit GGM van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Ik behoud hierbij altijd het recht om de eerder gegeven toestemming in te trekken.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

- Ik heb een mondelinge (indien mogelijk) en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek.
- Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden.
- De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum: Handtekening onderzoeker:

Bijlage 9 Interviewguide

Intro		
	Bedanken	Bedankt dat u tijd wilt vrij maken voor het meewerken aan dit onderzoek.
	Uitleg onderzoek	U heeft begin april een informatiebrief ontvangen over het onderzoek en dit interview. Ik zal deze zo nog kort toelichten, wanneer u nog vragen heeft, stel deze dan gerust. Probleem vraag doelstelling methode
	Verwerking gegevens	Dit interview zal worden opgenomen met een voicerecorder en een mobiele telefoon (tweevoud om eventueel materiaal falen te ondervangen). Heeft u hier een probleem mee, zo ja, dan kunnen we helaas het interview niet doorzetten. de opname zal anoniem zijn (uw naam wordt niet genoemd). Ook het verwerken zal anoniem gebeuren. De opnames zullen enkel worden gebruikt voor dit onderzoek. De resultaten zullen (anoniem) gedeeld worden met derden. Informed consent tekenen
	Stoppen	Indien u het interview wil stoppen of pauzen kunt u dit ten alle tijden aangeven, dan zal het interview 9tijdelijk) worden gestopt.
	Uitleg interview en topics	Het interview zal ongeveer 30 minuten duren (excl. intro en afsluiting). Het interview zal gehouden worden aan de hand van de vooraf ingevulde vragenlijst. Verder zal het interview worden opgebouwd uit topics. de hoofdt topics zijn: - Somatische screening algemeen - Pro Persona: - o Uitvoering - o Meetinstrumenten - o Frequentie - o resultaten - Bevorderende/belemmerende factoren
Het interview		
	Online vragenlijst	Heeft u deze ingevuld bij u?
	Topiclijst	Zie bijlage X Startvraag: Kunt u een samenvatting geven van hoe de somatische screening op uw locatie is georganiseerd?
	Afsluitende (samenvattende) vraag	Bijvoorbeeld: Dus als ik het goed heb begrepen is dit uw kijk op somatische screening? U heeft dit en dit zojuist benoemd, heb ik hiermee het belangrijkste omschreven? Heb ik goed begrepen dat u.....?
	Afsluiting interview	Wilt u nog iets toevoegen aan het gesprek? Heeft u het gevoel dat u uw inzichten kwijt heeft gekund in het interview?

Afsluiting		
	Korte evaluatie	Wat vond u van het interview?
	Kernpunten	Wij zullen dit gesprek uitschrijven en dan afzonderlijk van elkaar de kernpunten arceren. deze kernpunten worden met elkaar vergeleken en verwerkt in het onderzoek. Wanneer u geïnteresseerd in (de resultaten van) het onderzoek, sturen wij u deze graag na het ontvangen van een voldoende (eind juni) toe. Hiervoor ontvangen wij graag uw e-mailadres. Wanneer u nog vragen heeft kunt u ons bereiken via dit mailadres: m.schooten@propersona.nl
	Bedanken	Bedankt voor uw tijd en inzet voor dit interview.

Bijlage 10 Topiclijst

Hoofdtopics	Subtopics	Voorbeeldvragen
<i>Somatische screening algemeen</i>		Kunt u een samenvatting geven van hoe de somatische screening op uw locatie is georganiseerd?
<i>Somatische screening Pro Persona</i>		
	Uitvoeren	Voert u (een vorm van) somatische screening uit? Welke aspecten van somatische screening voert u uit? Wat is uw rol binnen de somatische screening op uw afdeling?
	Meetinstrumenten	Maakt u gebruik van een meetinstrument?
	Frequentie	Hoe vaak voert u per jaar per patiënt somatische screening uit? Op welke momenten voert u somatische screening uit?
	Resultaten	Hoe rapporteert u de bevindingen/resultaten? Wat doet u met bevindingen/resultaten die naar voren kwamen uit de somatische screening?
<i>Bevorderende/belemmerende factoren</i>		Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaart u (mogelijk) tijdens het uitvoeren van somatische screening? Welke bevorderende en belemmerende factoren hoort u van anderen?
	Organisatorisch niveau	
	Sociaal niveau	
	Individueel niveau	

Bijlage 11 COREQ

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	60-61
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	3
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	3
Gender	4	Was the researcher male or female?	3
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	60-61
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	3
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	113
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	113
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	10-21
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	21-24
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	27
Sample size	12	How many participants were in the study?	33
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	33
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	27
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	27
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	27
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	27
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	n.v.t
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	28p
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	n.v.t
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	27-28p
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	57-58p
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	60

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	60
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	29
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	29
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	28
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	60
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	49-52
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	33-52
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	33-52
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	53-62

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.