

Oud, ziek èn depressief: Een verpleegkundige uitdaging!



*Mental health is an integral part of health;
Indeed, there is no health without mental health*

(www.WHO.int, 2014)

Rob Scheurink

Docent/onderzoeker

Master HCSW (Health Care & Social Work)

Meesterproef

Oud, ziek en depressief: Een verpleegkundige uitdaging!

'Kwalitatief onderzoek naar ervaringen van wijkverpleegkundigen met lichamelijke zieke ouderen met een depressie'

Student: Rob Scheurink

Studentnummer: 345617

Module: Meesterproef

Opleiding: Master Health Care & Social Work

Opleidingsinstituut: Saxion Hogescholen

Plaats: Hengelo

Datum: 12 juni 2015

1^e beoordelaar: Drs. M. (Mariska) Jacobs-Ooink (Lectoraat Community Care & Youth)

2^e beoordelaar: N. (Nicole) Ketelaar (Lectoraat Community Care & Youth)

Opdrachtgever: Drs. S. (Sandra) van Dieren (voorzitter Curriculum Commissie AGZ)

Voorwoord

Als consultatief psychiatrisch verpleegkundige vanuit de Ziekenhuis Groep Twente, kwam ik van 2001 tot 2011 regelmatig bij thuiszorgteams in Almelo en omstreken. Ik bezocht thuiszorg-medewerkers op locatie voor ondersteuning bij lastige en/of psychiatrische casussen. Wat mij opviel was dat verpleegkundigen maar moeilijk als generalist konden kijken naar de psychiatrische cliënt. De fysieke zorgindicatie was doorgaans leidend en kreeg in mijn optiek meer aandacht dan de psychische gesteldheid van de cliënt.

Lastige en complexe casussen in de verpleegkunde met psychiatrie als nevendiagnose, onder andere in de thuiszorg, hebben in mijn huidige baan als docent verpleegkunde opnieuw de aandacht. De studenten en verpleegkundigen van de toekomst krijgen steeds meer met deze complexe casussen te maken.

‘Mental health is an integral part of health; indeed, there is no health without mental health’ (WHO, 2014). De uitspraak op het titelblad van de WHO duidt op een holistische benadering van gezondheid. Depressie wordt echter nog niet altijd door alle professionals als een op zichzelf staande ziekte gezien (Titel meesterproef) maar is dat natuurlijk wel. Als het evenveel aandacht zou krijgen als de somatische ziekte waarvoor de client in zorg is, dan zouden beide ziekten of toestandsbeelden elkaar minder ongunstig beïnvloeden.

De combinatie van lichamelijk en psychisch ziek intrigeert mij al jaren waarbij ik er steeds meer van overtuigd ben dat het verplegen ervan vooral gebeurt op het niveau van uitwisselen van beleving en zienswijzen tussen zorgvrager en zorgverlener. Als je je best doet om in het hoofd van de zorgvrager te kruipen dan volgt de aansluiting op diens zorgbehoefte en zorgvragen vanzelf.

Saxion opleiding HBO-verpleegkunde heeft de verantwoordelijkheid om studenten zo goed mogelijk op de beroepsuitoefening voor te bereiden. Als docent en GGZ-verpleegkundige wil ik het onderwijs op gebied van psychiatrische co-morbiditeit zo goed mogelijk vormgeven. In het kader van mijn meesterproef als eindopdracht van de masteropleiding ‘Health care & social work’ heb ik daarom onderzoek gedaan naar psychiatrie in de thuiszorg.

In dit verslag wordt gesproken over ‘de verpleegkundige in de wijk of wijkverpleegkundige’. Het gaat dan in alle gevallen om MBO en HBO opgeleide verpleegkundigen in de eerste lijn zorg. Daar waar in het verslag ‘zij’ wordt genoemd kan ook ‘hij’ worden gelezen.

Met veel plezier en toenemende interesse voor het onderwerp heb ik gewerkt aan de onderzoeksopzet en de meesterproef. De prettige bijeenkomsten met mijn CC5-peergroup en de begeleidende docent Dr. Ines Schell-Kiehl hebben daar in een belangrijke mate aan bijgedragen, waarvoor dank.

Tijdens de meesterproef was het aangenaam sparren en debatteren met mijn meesterproefbegeleidster Drs. Mariska Jacobs-Ooink over zowel over de inhoud als over het proces. Mariska bedankt.

Als laatste maar belangrijkste wil genoemd hebben dat het welslagen van deze studie niet was gelukt zonder Esther Rekers, mijn vriendin, mijn vrouw, en mijn steun en toeverlaat de afgelopen twee jaar. Zij hield mij en ons gezin draaiende waardoor studeren mogelijk was.

Rob Scheurink

Hengelo, 12 juni 2015

Samenvatting

Dit kwalitatieve onderzoek beschrijft de ervaringen van wijkverpleegkundigen bij het omgaan met de oudere cliënten in de thuiszorg die naast hun somatische indicatie voor zorg lijden aan een depressie. Het doel is om een bijdrage te leveren aan verbeteren van hoger beroepsonderwijs verpleegkunde (HBOV) en om toekomstige beroepsbeoefenaren beter voor te bereiden voor deze hoog complexe zorgvrager.

Achtergrond: Depressie als volksziekte is in opmars en zal in de nabije toekomst een belangrijke plaats innemen in de maatschappelijke gezondheidszorg. Depressie onder ouderen, de belangrijkste doelgroep in de wijkverpleging, neemt sneller toe dan in overige leeftijdsgroepen. Verpleegkundige thuiszorg neemt daarmee ook toe en vraagt van de medewerkers een generalistische en holistische benadering met een preventief karakter. Literatuurstudie wijst uit dat verpleegkundigen in de wijk een centrale rol zouden moeten hebben bij het coördineren en managen van de depressieve zorgvrager. Door frequente zorgcontacten zijn zij bij uitstek geschikt om vroeg signalen te herkennen en te verwerken in het zorgplan en de samenwerking met de cliënt zelf en andere betrokkenen.

Methoden: De vraagstelling van het onderzoek richt zich op de verhalen van verpleegkundigen over het verplegen van depressieve ouderen en zoekt naar hun diepere motieven in bejegenen en handelen. Naast een literatuurstudie zijn semigestructureerde interviews gehouden met verpleegkundigen in de wijk. Voor de interviews is de methode van het 'Problem Centered Interview' (PCI) van Witzel (2000) gebruikt. De input van de respondent is leidend, de interviewer volgt en vraagt door met behulp van een topic-list. De topics zijn; depressie en somatiek, herkennen van vroegsignalen, interventies bij depressie, kwaliteit van leven, de rol van de verpleegkundige en gebruik en inzet van ervaringsdeskundigheid van de cliënt.

Bevindingen: Verpleegkundigen zijn erg begaan met de depressieve zorgvrager en hebben een goed zicht op de cliënt en zijn gedrag of stemming. Het vaststellen van symptomen van een depressie bij lichamelijk zieke ouderen is een lastige zaak. Symptomen ervan kunnen worden toegeschreven aan het somatische beeld of aan somberheid als reactie hierop. Dit kan bemoeilijkt worden door de communicatie(on-)mogelijkheden van de cliënt vanwege de depressie. Verpleegkundigen hebben vaak een groot respect voor het zelfbeschikkingsrecht en keuze van de cliënt; er wordt dan niet gesproken met de cliënt over diens depressieve stoornis uit angst de depressie negatief te beïnvloeden of opnieuw te ontlokken. Verpleegkundigen dichten zichzelf een centrale rol toe en zien mogelijkheden voor verbetering op dossierniveau, voor samenwerking onderling of met derden en ten aanzien van hun eigen opstelling.

Conclusies: Omgaan met psychiatrische co-morbiditeit, depressie in de thuiszorg, wordt als lastig ervaren en als moeilijk vast te stellen beeld. Verpleegkundigen zijn matig op de hoogte van de prevalentie van depressie gelieerd aan somatisch lijden en daardoor niet goed in staat een depressie vroegtijdig te herkennen. Verplegen van cliënten met een psychiatrische diagnose staat niet centraal binnen de thuiszorg en is niet de doelgroep waarvoor wijkverpleegkundigen primair hebben gekozen. De affiniteit die men heeft met de doelgroep is wisselend binnen de zorgteams, er heerst een voornamelijk somatische focus. De ervaringsdeskundigheid van de cliënt wordt niet of nauwelijks benut. Het is mogelijk de angst voor terugval van de cliënt dat verpleegkundigen niet durven te vragen naar de depressieve periode als deze voorbij is. Door de dialoog met zowel de cliënt als de betrokken medewerkers van de GGZ aan te gaan valt er veel van elkaar te leren. De verpleegkundige kijkt nog onvoldoende generalistisch en pakt nog niet de regisserende of coördinerende rol die ze vooral bij deze complexe problematiek zou moeten hebben. Het is tegenstrijdig dat zij enerzijds het beste wensen voor de cliënt en anderzijds niet durven vragen naar de wensen van de cliënt ten tijde van de depressie.

Aanbevelingen richten zich op verbeteren van het voeren van een actieve dialoog met de cliënt, de mono- en multidisciplinaire collega's en met de huisarts. Daarnaast zal uniform beleid en een uniforme bejegening beter bereikt worden als effectieve interventies voor de depressie in het zorgdossier worden beschreven.

Abstract

This qualitative research describes the experience of nurses in primary care associated with elderly patients who suffer from depression besides somatic disease. The target is to contribute improvement within education for future nurse professionals to be prepared for high end patients with complex needs.

Background: Depression is becoming a growing public issue and will gain a popular place in mental and social health. Depression amongst senior citizens, the most important target group in primary health care, is growing even more quickly than other age-groups. There will be more need for nurses in primary health care and therefore there will be a demand for better skills and more knowledge amongst these nurses. They need to have a more holistic and preventive approach towards the clients. Literature study describes that the higher educated nurse should have a central role in coordinating and managing the patient who suffers from depression. These professionals will gain a more central role and will be directing the situation using more of the present knowledge of all the involved, including the patient. Because off the frequently house visits the primary care nurse is the most appropriate professional to identify these signals.

Method: The research question directs to stories of nurses and is designed to seek out deeper motives. Besides a literature study, semi structured interviews were held with nurses in primary health care. The 'Problem Centered Interview' (PCI) by Witzel (2000) was used. This provides the interviewer with a method that makes it possible to guide the respondent in his or her story. With help from a topic-list the interviewer can stimulate the conversation and can keep it going. Topics are; depression and somatic disease, recognise early signs, quality of live, role of the primary care nurse herself and the use of the clients' own experience.

Findings: Nurses are very compassioned with depressive clients and oversee very well moods and behaviour of them. Through their frequent contacts with depressive patients these nurses are the most appropriate caretakers when it comes to identifying early signs from depression. They can incorporate these signs in the corresponding case files and furthermore, they can collaborate with other involved caretakers. Determination of symptoms for depression is a difficult matter. Often symptoms are attributed to somatic disease or they are seen as consequences of it. The determination of somatic and psychiatric diseases is often hindered by problems in patient communication. On the other hand, nurses in primary homecare have great respect on patient's wishes and privacy and dare not ask them about private matters such as depression. They do not speak about this, out of fear to enhance the depression or elicit it. Nurses find that their role could be a central one and they are seeing possibility's to improve casefiles, their own attitude and collaboration amongst each other mono and multi-disciplinary.

Conclusions: Psychiatric co morbidity, e.g. depressive patients in primary care, is hard to determinate by lack of knowledge. Nurses do not always know the prevalence of depression linked to a somatic disease and are not prepared to recognize the early signs. Psychiatry and depressions are not very common in primary health care and are therefore not the main reason for new nurses to start working in this line of business. Affinity with patients who are suffering from this kind of disease varies amongst nurses, because they focus mainly on somatic disease.

The experience that patients have with former nurses or methods is hardly ever used. It is possible that they fear asking about it and that they think the patient will have an exacerbation. They dare not ask about the patient's difficulties during depressive episodes. By maintaining an open dialogue between patients and involved caretakers a growth of mutual understanding and knowledge can be accomplished. Nurses do not develop enough in general, nor do they take on a coordinating and managing role as much as they should when it comes to dealing with this kind of problematic. On one hand one desires to serve the best interest of the client, but on the other hand one does not dare ask about his or her wishes during a depression, which leads to a contradiction.

Recommendations aim to enhance the dialogue with the patient, the colleagues and other involved caretakers such as the general practitioner. Finally, a uniform policy of engagement will improve-association with these patients. This policy should be noted in a patient's personal file.

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Abstract	5
Inhoud	6
Hoofdstuk 1 Depressie, thuiszorg en onderzoeksvraag.....	8
1.1 Kader	8
1.2 Depressie en somatiek	8
1.3 Verplegen	9
1.4 Probleem, doel en centrale vraag	11
Hoofdstuk 2 Onderzoeksdesign.....	12
2.1 Methodologie	12
2.2 Populatie.....	12
2.3 Methode.....	13
2.4 Instrument	13
2.5 Kwaliteit.....	14
2.6 Analyse	15
Hoofdstuk 3 Bevindingen	16
3.1 Begeleiding	16
3.2 Samenwerking derden	17
3.3 Kennis en betrokkenheid van de doelgroep.....	19
3.4 Invloeden cliënt	20
Hoofdstuk 4 Conclusies, discussie en implicaties.....	21
4.1 Conclusies.....	21
4.1.1 Intervenieren	21
4.1.2 Respect	22
4.1.3 Kennis en samenwerking	22
4.1.4 De generalist	23
4.2 Discussie en reflectie.....	23
4.2.1 Planning:	23
4.2.2 Objectiviteit.....	23
4.2.3 Representativiteit.....	24
4.2.4 Interview (–vaardigheden)	24
4.3 Implicaties voor de praktijk	25
4.3.1 Kennis en samenwerken	25

4.3.2 Ervaringsdeskundigheid en zorgdossier26

4.3.3 Vervolgonderzoek en onderwijs26

Literatuurlijst27

Bijlage 1: Interview topiclist31

Bijlage 2: Uitnodigingsbrief en toestemmingsverklaring33

Bijlage 4: Overzicht ouderen en aandoeningen in Twente35

Bijlage 5: Diversiteit respondenten en cases36

Bijlage 6: Voorbeeld mind-map39

Bijlage 8 wervingsflyer.....40

Hoofdstuk 1 Depressie, thuiszorg en onderzoeksvraag

Dit hoofdstuk beschrijft een verkenning van de thuiszorg in Nederland en Twente, de verpleegkundigen en de cliënten met multi-problematiek waaronder de depressieve stoornis.

1.1 Kader

Het verplegen van cliënten in de thuiszorg kenmerkt zich door de diversiteit van aandoeningen en de daaruit voortvloeiende zorgvragen. De huidige maatschappelijke context kent veel ontwikkelingen die van invloed zijn op de thuiszorg. Wijkverpleegkundigen vormen een belangrijke schakel in ons zorgsysteem en dat belang zal, met de veranderingen in het zorgstelsel, alleen maar toenemen. Mede door de ouder wordende burger die langer thuis woont, zal de zorg complexer worden. Naar verwachting komen er tot 2040 ruim 2 miljoen 65-plussers bij en 1 miljoen 80-plussers (Nationaal kompas, 2012). Wijkverpleegkundigen zullen meer te maken gaan krijgen met multi pathologie of multi morbiditeit.

Uit onderzoek is gebleken dat depressies relatief vaak voorkomen bij ouderen met een fysieke indicatie (Trimbos, 2007).

Naast (inter-)nationale literatuur is meer specifiek gekeken naar depressie bij ouderen in de regio Twente. De regio Twente vertegenwoordigd de (stage-)partners van Saxion, het onderzoek vond plaats onder wijkverpleegkundigen in Twente.

1.2 Depressie en somatiek

Multimorbiditeit, het aanwezig zijn van twee of meer elkaar beïnvloedende aandoeningen hangen samen met een hogere kans op sterfte, op mindere kwaliteit van leven, achteruitgang in functioneren en meer gebruik van en langer durend gebruik maken van gezondheidszorgvoorzieningen (Oostrom et al, 2011; Trimbos 2007). Een psychiatrische nevendiagnose zoals depressie geeft een verhoogde kans op het ontstaan van een lichamelijke aandoening (Van Hasselt, Schorr, Mookhoek, Brouwers, Loonen & Taxis, 2013). Uit onderzoek blijkt dat er een sterke correlatie bestaat tussen depressie en hartaandoeningen, de depressie is vaak een voorspeller voor het krijgen van een myocard infarct (Trimbos, 2007).

Volgens de World Health Organization (WHO, 2007) zal wereldwijd gezien de depressie in 2020 de nummer 2 van de gezondheidsproblemen zijn, direct na cardiovasculaire aandoeningen. Het wordt eveneens gezien als meest negatief beïnvloedende factor bij andere (lichamelijke) aandoeningen (Maxwell & Pratt, 2008). Omdat vooral depressies bij ouderen in de thuiszorg toenemen (Thomas & Chan, 2012) zal de invloed ervan op andere aanwezige aandoeningen extra groot zijn. Door vergrijzing in Nederland neemt dus deze multi morbiditeit toe (Trimbos, 2007).

Om de zorg beheersbaar en betaalbaar te houden zal de nadruk op management en vroegtijdige signalering en behandeling, ook ten aanzien van een psychiatrische aandoening, steeds meer in de eerste lijn komen te liggen. Maxwell en Pratt (2008) stellen dat behandelen van een depressie met medicatie alleen niet voldoende is. Er moet meer preventief gewerkt worden waarbij medewerkers in de eerste lijn het systeem rondom de depressieve patiënt zo optimaal mogelijk moeten organiseren en managen. Dit vereist kennis, attitude en een op preventie gerichte houding van de verpleegkundige. Uit onderzoek van Winer, Morris-Patterson, Smart, Bijan & Katz (2013) komt naar voren dat ook verpleegkundigen het zelf erg belangrijk vinden om aan preventie te doen op dit gebied, zij willen dit graag verbeteren.

Een depressie herkennen bij ouderen is een stuk lastiger dan bij jongeren en volwassenen (Shia, 2009). Spaans onderzoek door Aragonès, López-Cortacans, Badia, Hernández, Caballero en Labad (2008) ondersteunt dit en stelt dat de rol van de verpleegkundige in de thuiszorg op dit punt verbeterd moet worden. Het monitoren en organiseren van de zorg voor patiënten met een depressie is volgens hen een belangrijke verpleegkundige taak en dit begint bij het herkennen.

De meest voorkomende lichamelijke klachten bij ouderen, gebaseerd op gegevens van huisartsen en zelfrapportage, zijn; diabetes mellitus, cerebrovasculaire accidenten (CVA), reumatische aandoeningen, kanker, cardiovasculaire aandoeningen (exclusief hypertensie) en respiratoire aandoeningen (astma, chronische bronchitis of longemfyseem) (Ruwaards & Kramers, 1993). De prevalentie van depressie bij deze aandoeningen is relatief hoog. Zo lijden 10% van patiënten met kanker en 30%–50% (Aben, Verhey, Beusmans & Lodder, 2003) bij mensen met een CVA aan een depressie. Bij diabetes mellitus is dit eveneens 10% (Diabetes Fonds).

Butler en Quale (2006) constateren een sterk verband tussen somatiek en het doormaken van een depressie bij oudere patiënten. Zij adviseren om de verpleegkundige in de thuiszorg te trainen in het herkennen en aanpakken van de depressie. De attitude van de wijkverpleegkundige moet hierop aangepast worden.

Uit rapportage van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) wordt duidelijk dat in de regio Twente van de 36.000 zorgvragers 45% 65 jaar of ouder is. De cliëntengroep die op basis van een somatische indicatie zorg ontvangt bedraagt 15.000. Er zijn in Twente ongeveer 3.900 zorgvragers van 18 jaar en ouder met een psychiatrische diagnose (CIZ, 2014). Dit is niet gespecificeerd in de leeftijdscategorieën vanaf 65 jaar. De rapportage is op basis van het zogenaamde 'dominantiegrondslag' en laat in de cijfers alleen de hoofdreden van de zorgindicatie zien. De zorgvrager heeft dus mogelijk twee of meer indicaties voor zorg. Cijfers voor deze multi morbiditeit bij cliënten worden door het CIZ niet gepubliceerd.

De Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) Twente publiceert met de 'buurtmonitor' in een gezondheidsverkenning van Twente wel de zorgvragers van de verschillende gemeenten met twee of meer aandoeningen. Gemiddeld 50% heeft twee of meer aandoeningen (bijlage 4). Ongeveer 18% lijdt aan diabetes mellitus, 5% heeft een CVA of beroerte doorgemaakt en 9% heeft een vorm van kanker (GGDTwente, 2010).

De algemene prevalentie van depressie onder de Nederlandse bevolking is 14,1%, bij mensen met een lichamelijke aandoening kan dit stijgen tot 25% (Trimbos, 2014). De buurtmonitor laat geen significante verschillen zien in de prevalentie tussen de verschillende Twentse gemeenten. Volgens Romans, Cohen en Forte (2010) is er wel een correlatie tussen het feit dat binnen plattelandsgemeenten minder depressies voorkomen dan in stedelijke gebieden. Dit wordt gekoppeld aan een groter gemeenschapsgevoel in relatie tot een hoger leeftijdsgemiddelde. Romans et al. (2010) bevelen echter aan dit nog nader te onderzoeken.

In Nederland lijden meer vrouwen dan mannen aan een depressie, de prevalentie bij hoger opgeleiden is ongeveer 4,5% en is beduidend lager dan mensen met VMBO-niveau, daarvan lijden ongeveer 8% aan een depressie (Sociaal Cultureel Planbureau, 2011).

1.3 Verplegen

Het vaststellen van een depressie naast een somatische aandoening is lastig. Veel verschijnselen als gevolg van een hersenbloeding (CVA) zoals moeheid, gebrek aan initiatieven, niet meer kunnen ervaren van vreugde, enzovoorts kunnen verschijnselen van een depressie zijn. Bij cliënten met een CVA valt op dat zij vaak zelf hun gezondheid als goed beschrijven maar ondertussen, bij nader onderzoek depressief zijn (Skånér, 2007). In een onderzoek naar de effecten van antidepressiva door Mottram, Wilson en Strobl (2006) wordt het signaleren van depressieve verschijnselen bij ouderen als probleem beschreven. De bijwerkingen geven vaak ongrijpbare en ingewikkelde complicaties bij de kwetsbare ouderen. Herkennen en diagnosticeren is niet slechts de taak van de huisarts, de verpleegkundige in de wijk speelt hierin een essentiële rol. Uit Amerikaans onderzoek van Livingston, Yard, Beard en Katona (2000) bij 16 huisartsenpraktijken en in die wijk werkzame

verpleegkundigen bleek dat verpleegkundigen veel beter in staat waren een depressie te signaleren dan de huisarts. De huisarts was evenwel beter in het hanteren van een vaste eenduidige procedure bij het vaststellen van depressie. Toch worden depressies bij een derde van de huisartsen in de eerste lijn gemist (Aragonés, et al, 2008).

Het is evident dat verpleegkundigen en verzorgenden een belangrijke rol spelen of gaan spelen bij de depressieve oudere in de thuiszorg.

Voor deze meesterproef is een gesprek gevoerd met een Hengelose huisarts (zij wenst anoniem te blijven) en lid van de Nederlands huisartsen genootschap (NHG). Zij onderstreept het belang van de rol van de verpleegkundige. Ze stelt dat huisartsen depressies bij ouderen vaak (medicamenteus) behandelen maar de effecten daarvan niet zelf kunnen constateren. Bij voldoende informatie, onder andere van verpleegkundigen stellen zij via de Geriatric Depression Scale (Sheikh & Yesavage, 1986) en de 4 dimensionele klachtenlijst, 4DKL (Terluin, Terluin, Prince & van Marwijk, 2008) vast of er sprake is van een depressie. Deze schalen zijn gelieerd aan de DSM IV. Huisartsen in Hengelo hanteren de procedure voor diagnostiek uniform maar er is volgens haar veel diversiteit in de omgang met deze cliënten. De verpleegkundigen zouden hier volgens haar een belangrijke rol in kunnen spelen. Een belemmerende factor voor de huisartsen is de beschikbare tijd, het multidisciplinair en/of telefonisch overleg wordt namelijk niet vergoed. Zij moeten dit in eigen tijd doen en daar is vaak geen ruimte voor. Deze huisarts stelt dat het dan afhangt van de persoonlijke affiniteit die men (huisarts) heeft met deze doelgroep.

De rol van de verpleegkundige bij de multidisciplinaire afstemming over diagnostiek en vroege signalering ten aanzien van een depressie is dus essentieel. Daarnaast is er de vraag of de behoeften van de zorgvrager zelf wel aansluiten op de kennis en kunde van verpleegkundigen (V&VN, 2014). Volgens het modulaire programma IMR, Illness Management & Recovery (Mueser, Piper, Meyer, Penn, Clancy, Clancy & Salyers, 2006) welke uitgaat van inzet van ervaringsdeskundigheid van de cliënt is het kunnen aansluiten essentieel. IMR gaat daarbij uit van de individuele rehabilitatie benadering (IRB) volgens Dröes en Witsenburg (2012). Ook hier is de rol van de verpleegkundige belangrijk. Van haar wordt een attitude verwacht waarin naast een gelijkwaardige relatie tussen hulpverlener en cliënt, de beschikbare professionele kennis, de persoonlijke kennis, ervaringen en vaardigheden van zowel cliënt als hulpverlener een belangrijke rol spelen. Dröes beschrijft de rehabilitatiemethode die op het dagelijks functioneren en rolherstel gericht is waarbij de ervaringen van de deskundige, in dit geval de cliënt met een depressie, essentieel zijn. Alleen binnen een goede samenwerking tussen de zorgvrager en hulpverleners komen 'eigen kracht' en 'empowerment' tot recht.

Er worden ten aanzien van herkennen, behandelen en managen allerlei eisen gesteld aan de (toekomstige) rol van de verpleegkundige. Hoe de verpleegkundige het zelf ervaart om te gaan met de depressieve ouderen in de thuiszorg wordt niet beschreven. Om aanbevelingen uit de literatuur, zoals beschreven in paragraaf 1.2 en 1.3, te doen welslagen is het van belang te weten hoe wijkverpleegkundigen zelf aankijken tegen de depressieve cliënt enerzijds en tegen dat wat de ontwikkelingen in de AGZ en GGZ verwachten van haar rol anderzijds. Zij vervullen de dagelijkse zorg bij de depressieve patiënt in de thuiszorg en hebben relatief veel contacturen. Eisen stellen aan kennis, attitude en vaardigheden is daarom niet mogelijk zonder de betrokkenen zelf te horen.

Het onderzoek voor deze meesterproef richt zich daarom op ervaringen van wijkverpleegkundigen, deze zullen leiden naar meer inzicht in het omgaan met de depressieve oudere cliënt. De rol die wijkverpleegkundigen hebben in contact met de depressieve cliënt ten aanzien van signaleren, herkennen, vaststellen en inzetten van adequate interventies (Thomas, 2012) kan immers niet gezien worden zonder perceptie van de verpleegkundige zelf.

1.4 Probleem, doel en centrale vraag

Probleem

Depressie als nevendiagnose bij de oudere zorgvrager in de wijk zal in de toekomst toenemen en levert naast de fysieke indicatie voor zorg complexe zorgvragen op voor de (HBO) verpleegkundigen. Er worden meer eisen gesteld aan het signaleren van symptomen, vaststellen, diagnosticeren, managen van de zorg en omgang met deze cliënten.

Doelstelling

Dit onderzoek heeft twee doelen.

Intern doelstelling: Inzicht verkrijgen in de complexiteit van zorg en de omgang met een depressieve cliënt in de thuiszorg door verpleegkundigen.

Extern doelstelling: De uitkomsten van dit kwalitatieve onderzoek geven aanknopingspunten voor eventueel verbeteren van onderwijs voor de HBO-V.

De centrale vraag

De centrale onderzoeksvraag luidt:

Hoe ervaren verpleegkundigen in de thuiszorg het omgaan met en verplegen van de oudere cliënt met een depressie in combinatie met somatische zorg?

Deelvragen:

- *Welke invloed heeft de depressie in de beleving van de wijkverpleegkundige op het fysieke beeld dat ten grondslag ligt aan de zorgindicatie?*
- *Welke barrières, beperkingen of moeilijkheden ervaren verpleegkundigen in het werken met de oudere patiënt met een depressie?*
- *Hoe ervaren wijkverpleegkundigen de mate van invloed van hun eigen rol, kennis en attitude op depressie bij ouderen?*
- *Hoe ervaren wijkverpleegkundigen de eigen rol van de cliënt bij het omgaan met de depressie?*

Hoofdstuk 2 Onderzoeksdesign

In hoofdstuk 2 wordt het onderzoeksdesign en de methodologie toegelicht waarin de ervaring en implicaties van het pilot-interview voor het onderzoek zijn meegenomen.

2.1 Methodologie

Het doel van dit onderzoek was inzicht verkrijgen in de complexe problematiek van de depressieve oudere door de ervaringen van verpleegkundigen te achterhalen. Hiervoor is kwalitatieve survey toegepast. Sools (2012) stelt dat bij het beschrijven van een verschijnsel en het doorgronden daarvan de verhalen van respondenten dienen als data, met als doel dat de onderzoeker de subjectieve beleving en ervaringen van hen kan begrijpen. Dit sluit aan op de interpretivistische uitgangspunten van kwalitatief onderzoek die subjectieve betekenis van sociale (inter-) actie wil begrijpen of 'verstehen' (Bryman, 2012). Om gerichter tot de kern te komen heeft de onderzoeker eigen kennis en expertise van het onderwerp ingebracht om de respondent tot nadenken te zetten. Dit sluit het beste aan op de methode volgens Witzel (2000) waarbij door middel van een semigestructureerd interview een probleem centraal staat, het Problem Centred Interview (PCI). Het PCI is een tussenvorm tussen narratief en het semigestructureerde interview. De omgang met oudere cliënten in de thuiszorg met een depressie in de thuiszorg is hiermee verder geëxploreerd. Door middel van het PCI stelde hij zich in staat om met directe, of indirecte vragen de respondent uit te nodigen en waar nodig uit te dagen door eigen interpretaties te geven.

2.2 Populatie

Alleen verpleegkundigen met coördinerende taken uit de regio Twente namen deel aan het interview. De verpleegkundigen zijn in dienst als regulier verpleegkundige zonder GGZ taken. De primaire fysieke zorgvraag van de cliënt is leidend, de diagnose depressie bij de cliënt was vooraf bekend. Om tot voldoende aanmeldingen te komen zijn de Twentse zorgorganisaties, Zorgaccent, Trivium Meulenbelt, zorgfederatie Oldenzaal en RST zorgverleners benaderd. Door het verspreiden van een flyer (bijlage 8) via intraweb of een leidinggevende is het verzoek voor deelname verspreid. De organisaties samen hebben ongeveer 1.500 verpleegkundigen in dienst. Aanmelden was op eigen initiatief van de respondent, er hebben zich 18 verpleegkundigen gemeld.

Sampling

De sampling van respondenten is gebaseerd op het verkrijgen van een zo groot mogelijke diversiteit om zo rijk en breed mogelijke data te verzamelen. Hierbij is het principe van 'maximum variation sampling' volgens Bryman (2012) gehanteerd. Volgens Halter (2004) is er namelijk verschil in hoe verpleegkundigen aankijken tegen ouderen met een depressie. Dit is gerelateerd aan onder andere leeftijd, niveau van opleiding en wel of geen (bij-) scholing gevolgd over depressie. Door middel van een voorscreening onder 18 aangemelde respondenten zijn de verschillen van de respondenten in kaart gebracht. Uit deze voorscreening is een selectie gemaakt en zijn 10 respondenten uitgenodigd. Eén respondent heeft zich teruggetrokken waardoor in totaal 9 (inclusief pilot) verpleegkundigen hebben deelgenomen.

De uitwerking van de voorscreening en selectie vind u in bijlage 5a.

2.3 Methode

Voor het onderzoek wordt het Problem Centred Interview (PCI) van Witzel (2000) als interviewmethode gebruikt. Deze methode heeft als doel *“to gather objective evidence on human behaviour as well as on subjective perceptions and ways of processing social reality”* (Witzel, 2000) en sluit het beste aan op de vraag en doelstelling van dit onderzoek.

De respondent wordt met behulp van een semigestructureerd interview gevraagd naar diens subjectieve percepties van de depressieve cliënt en haar ervaringen in de omgang hiermee. Om sneller bij de subjectieve beleving en ervaringen te komen staat deze methode het toe om gericht vragen te stellen met behulp van de eigen kennis en expertise van de onderzoeker. Daarvoor dient de interviewer kennis van zaken te hebben rondom het onderwerp. Een literatuurstudie vooraf is essentieel. Tevens dient hij zich te kunnen inleven in de beleving en ervaringen van de respondent, hij moet zich vooral daarop richten. Hij hanteert daarbij een korte vragenlijst (a short questionnaire) of topic-list en noteert tijdens het interview slechts korte notities waar hij tijdens het interview nog op terug wil komen of op door wil vragen (Witzel, 2000). Het interview wordt audio opgenomen en nadien getranscribeerd (Witzel, 2000). Het verhaal van de respondent over diens cliënt is leidend tijdens het gesprek, de interviewer volgt. De topics komen niet in een bepaalde volgorde voorbij. Een accepterende houding en vertrouwen zijn belangrijke aspecten voor de interviewer.

“Small stories”

Het ‘verhaal’ van de respondent richt zich in principe op één casus en is in de voorselectie afgebakend door alleen die respondenten uit te nodigen die een cliënt in zorg hebben die ≥ 65 jaar is, primair een fysieke indicatie heeft en daarnaast lijdt aan een (DSM) gediagnosticeerde depressie. De casus zelf blijft evenwel uniek waardoor in dit kwalitatief onderzoek de data, ‘the small stories’ (Sools, 2012) via de interviews enkel gezien kunnen worden in het licht van de context, de casus zelf.

2.4 Instrument

Op basis van de literatuurstudie zijn de volgende onderwerpen opgenomen in de topic-list;

- Invloed op fysieke gesteldheid en somatiek, kwaliteit van leven (Trimbos, 2007).
- Signaleren en vaststellen van depressieve klachten (Aragónés et al, 2008).
- Behandelen van depressie in de thuiszorg (Winer et al, 2013)
- Verpleegkundige interventies bij depressie (Thomas, 2012).
- Toekomstige rol verpleegkundige bij managen depressie (Maxwell & Pratt, 2008).
- Ervaringsdeskundigheid (Dröes & Witsenburg, 2012).
- Visie over toekomstige rol bij depressie (WHO, 2007).
- Eigen ervaring met stigmatisering t.a.v. psychiatrie (Halter, 2004).

In de interviewlijst zelf zijn topics gekoppeld aan de deelvragen ten behoeve van de analyse (Bijlage 1).

Het interview richt zich na een korte inleiding op de inhoud en sluit af met een samenvattende vraag waar de respondent gevraagd wordt de drie belangrijkste punten ten aanzien het onderwerp te schetsen.

Omdat de nadruk ligt op de ervaringen, de beleving en visie van de verpleegkundigen, zijn aan de topics steekwoorden toegevoegd die daar op gericht zijn.

De PCI methode is geen gestructureerde methode en hanteert daarom geen specifieke volgorde. Het verhaal van de respondent is en blijft tijdens het interview leidend.

2.5 Kwaliteit

Na samenstelling van de topic-list is deze voorgelegd en besproken met Drs. R. Leverink, inhoudsdeskundige en expert op gebied van psychiatrie in de eerste lijn met de aandachtsgebieden; ouderen en somatiek. Hiermee is de interne validiteit (credibility) van het instrument gewaarborgd (Bryman, 2012). Het belang van de reflectieve benadering tijdens het interview is door Drs. R. Leverink benadrukt als meest essentiële vaardigheid voor de interviewer. De overgangsvraag functioneert daarbij als belangrijke brug tussen inleiding en het diepte-interview. De interviewer heeft bij het doorvragen veelvuldig gebruik gemaakt van de werkwoorden zoals 'vinden en ervaren'.

De onderzoeksopzet en topic-list is tevens voorgelegd aan en gescreend door een Hengelose huisarts (paragraaf 1.3). Ze had geen toevoegingen, de topics werden als relevant gezien in relatie tot de depressieve cliënt. Haar nadruk lag op 'samenwerking' omdat zij, bij het observeren van de effecten van de behandeling mede-afhankelijk is van de ogen en oren van de thuiszorg. Samenwerken is in de topic-list bij 'verpleegkundige interventies' als steekwoord opgenomen.

Tot slot is met M. Brugman, Master Rehabilitation Counselor en netwerk coördinator Illness Management Recovery (IMR), Lectoraat GGZ Saxion, de opzet en de topic-list besproken. De 'ervaringsdeskundigheid' van cliënten werd door haar als meest essentiële topic aangegeven. Gebruiken van de ervaringsdeskundigheid van de cliënt is namelijk sterk gerelateerd aan de opstelling van de hulpverlener en het coördineren en managen van een depressie.

Door het interview te eindigen met een slotvraag kan de respondent de drie belangrijkste thema's van het interview benoemen (respondent validation). Deze 'membercheck' (confirmability, acted in good faith) geeft tevens ruimte om op besproken zaken terug te komen of aan te vullen (Bryman, 2012).

De onderzoeker maakte tijdens de interviews notities en aantekeningen en heeft deze verwerkt in zijn onderzoeklogboek. Tijdens het beluisteren van de audio-opname en de analyse kon hij hiermee bevindingen verifiëren.

Pilot

Om interviewvaardigheden en het instrument te testen heeft een pilot-interview plaatsgevonden. Het pilot-interview, á 35 minuten is geëvalueerd met de respondent en met inhoudsdeskundige Drs. R. Leverink, hij beluisterde hiervoor de audio-opname en was positief over verkregen antwoorden in relatie tot de onderzoeksvragen. Zijn tip was nog meer in te zoomen op de eigen beleving door onder andere meer door te vragen hierop. De respondent vond dat ze erg tot nadenken werd gezet en vooral haar eigen mening en gevoel moest verwoorden. De feedback van hen is verwerkt in het logboek van de interviewer.

Locatie

De bewust gekozen locatie voor de interviews was het kantoor van de respondenten. Door op eigen en vertrouwd terrein af te spreken zijn respondenten zo veel mogelijk op hun gemak gesteld waardoor meer diepgang en informatie kon worden verkregen. Voorwaarde was niet gestoord te worden.

Ethische verantwoording

De respondent is met een uitnodigingsbrief op de hoogte gesteld van het doel, de werkwijze en de inhoud van het interview. De respondent was daardoor op de hoogte dat het interview zou opgenomen worden en anoniem zou worden verwerkt volgens de 'gedragscode voor praktijkgericht onderzoek in het HBO' (Onstenk, Delnooz, Smeijsters & Peij, 2010).

De anonimiteit geldt vanzelfsprekend ook voor de cases die tijdens de interviews zijn besproken. Er is vooraf schriftelijk toestemming gevraagd aan de respondenten, de ethische principes en integriteit die onderzoek met zich meebrengen zijn toegelicht (Bryman, 2012) (bijlage 2). De audio bestanden zijn gewist na afronding van de meesterproef.

2.6 Analyse

De analyse volgens het PCI (Witzel, 1996) gaat uit van analyse van complete transcripties, dit wil zeggen dat alle interviews volledig zijn uitgewerkt.

Voor de eerste codering zijn in de tekst van de transcripten de repeterende '*key words*' en/of begrippen gearceerd (*repetitions*). Vanwege het iteratieve karakter van het onderzoek is na elk interview het transcript uitgewerkt en een eerste keer geanalyseerd. Kenmerkende of treffende citaten zijn verzameld ter ondersteuning van de gearceerde 'key-words'. Om de analyse juist te kunnen duiden is pas na drie interviews en transcript-analyses het eerste raamwerk van de bevindingen uitgewerkt. Dit ter voorkoming van '*fragmenting and decontextualizing text*' (Bryman, 2012).

In een tweede analyse-ronde zijn de uitkomsten van de slotvraag naast de topics gelegd. De topics zijn vervolgens in een derde ronde op zichzelf geanalyseerd waarbij de onderzoeker beoordeelde hoe deze uit het interview naar voren kwamen. De topic-list is opgesteld in relatie tot de hoofdvraag en deelvragen en in de laatste analyse-ronde is gekeken naar in welke mate deze vragen beantwoord zijn. Bij de codering in alle analyse-rondes hebben de notities uit het logboek ondersteund bij het duiden en interpreteren. De onderzoeker noteerde opvallende en noemenswaardige citaten van de respondenten ('*in-vivo-codes*') om de geanalyseerde codes te verduidelijken (Glaser en Strauss, 1998). Nadat hij meer bekend was met de inhoud zijn de onduidelijkheden, onzekere elementen of methodologische fouten eruit geselecteerd. Tevens heeft hij vastgesteld of er nieuwe betekenisvolle thema's bij waren gekomen.

Door elk transcript vier keer te doorlopen is recht gedaan aan enerzijds de inhoudelijke en door literatuur onderbouwde topics en anderzijds aan het verhaal van de respondent zelf (Scheibelhofer, 2006). Tijdens de analyse-rondes zijn de transcripten voorzien van kantlijnfeedback, elke ronde met een andere kleur.

Met behulp van de audio-opnames is per interview een mind-map gemaakt (bijlage 7) en zijn verbanden en 'key words' (Scheibelhofer, 2006) visueel zichtbaar geworden als extra controle op de transcriptanalyse. Tot slot is van elk transcript een korte samenvatting gemaakt die de essentie en zogenaamde 'kleur' van de respondent weergaf.

Uit deze analyse-rondes zijn '*the main topics*' (Witzel, 2000) gekomen die relateren aan de hoofd en deelvragen. In hoofdstuk 3 worden deze hoofdthema's beschreven.

Hoofdstuk 3 Bevindingen

In dit hoofdstuk worden de bevindingen van de interviews van de zo gevarieerd mogelijk geselecteerde respondenten (N=9) beschreven (bijlage 5a) beschreven. De bevindingen geven hierdoor een zo breed mogelijk beeld van de ervaringen en belevingen van verpleegkundigen in het omgaan met depressieve ouderen in de thuiszorg.

Respondenten

Vanuit de variatie zijn op basis van leeftijdsverschillen, HBO of MBO en wel of geen bijscholing over depressie de respondenten geselecteerd, dit leverde geen significante verschillen op. Er worden door twee oudere verpleegkundige en één jongere wel uitspraken gedaan die relateren aan ervaringsjaren of actuele kennis, maar dit is onvoldoende om er iets over te zeggen met betrekking tot de hele respondentengroep.

Cases

Onder de besproken cases, de depressieve cliënten, zit eveneens veel verschil (bijlage 5b). De bevindingen richten zich op de ervaringen en beleving van de respondenten, de invloed van de cases hierop is nihil.

Thema's ('main topics')

Uit de analyse komen vier thema's naar voren die de essentie beschrijven van hoe de respondenten, de verpleegkundigen het omgaan met depressieve cliënten ervaren: De thema's zijn in vier analyse-rondes van de transcripten tot stand gekomen door middel van thematische codering (Scheibelhofer, 2006).

- Verpleegkundige begeleiding somatiek/depressie
- Samenwerking derden
- Kennis en betrokkenheid doelgroep
- Invloeden cliënt

De thema's zijn met elkaar verbonden maar worden afzonderlijk beschreven. De bevindingen worden zo nodig ondersteund met citaten uit de transcripten.

3.1 Begeleiding

De respondenten ervaren pas na enige tijd van begeleiden dat er ook aandacht moet zijn voor de psychische problemen van de cliënt. Begeleidingscontacten starten doorgaans vanuit een somatische indicatie en focus. Naarmate zorgprocessen langer duren, verschuift deze focus naar de psychische gesteldheid van de zorgvrager. Gaandeweg ervaren respondenten moeilijkheden in de begeleiding die te maken hebben met de psychische gesteldheid van de cliënt. Een deel van de respondenten raakt dan geïntrigeerd door de onderliggende psychische symptomen en wil daar dan meer van weten. Zij stellen dat meer begrip leidt tot meer rust bij henzelf en betere begeleiding van deze cliënten. Anderen kijken meer vanuit hulpverlenersperspectief en merken dat eigen normen en waarden een belangrijke rol spelen in de begeleiding. De respondenten willen graag dat cliënten dat zien, voelen of ervaren zoals zij dit ook doen. Dit is dan deels ingegeven door hoe zij zelf tegen het leven aankijken.

"Nee, nee, maar dat ze het een beetje zonniger ziet, dat ze het bloementje dat ze heeft gekregen weer eens mooi vindt" (...) "ik kreeg dat niks voor elkaar".

Als 'doener' zijn de respondenten genegen om zorg over te nemen, zeker als de zorgvrager zich afhankelijk opstelt. Respondenten geven aan hier vooral moeite mee te hebben als ze inschatten dat de cliënt fysiek in staat zou moeten zijn iets te doen maar dit niet doet. Soms ervaren zij dit als aandacht vragen en neigen zij tot overmatig stimuleren of motiveren.

Het merendeel van de respondenten geeft aan dat begeleiding wordt bemoeilijkt doordat niet vast te stellen is of gedrag, stemming of andere psychische symptomen door de depressie komt of door de somatische aandoening.

Ja, ik weet niet. Er zijn wel wat.... Het dwingende.... Maar is dat de depressie?, weet ik niet zo. Hij wil alles precies zoals hij het wil en ik eet niet zo van dat vasthoudende. Dat merk ik ook wel bij andere mensen die een CVA hebben...

De totale zorg en de begeleiding wordt doorgaans met de zorgvrager af gestemd. Bij de besproken cases is echter sprake van een stemmingsstoornis die de perceptie kleurt. Deze cliënten zijn minder mondig, onmondig of maken moeilijk contact door de depressieve stemming. Dit leidt dan tot afstemmingsproblemen met de cliënt en tot keuzestress voor de verpleegkundige. Er kan niet adequaat getoetst worden aan de input van de cliënt. De verpleegkundigen geven aan hiervoor zelf de expertise te missen.

Ze vragen zich af waardoor het dan komt, somatiek of depressie en weten niet goed waar ze de begeleiding op moeten richten. Want beide invalshoeken kunnen effectief zijn. Een respondent zei hierover het volgende:

Nou ja de huisarts heeft eh... voor drie maanden geleden heeft die eh eh een scheurtje in zijn ruggenwervel geconstateerd en toen is de huisarts begonnen met vitaminetabletten: foliumzuur, calcium echt alle vitamine tabletten, poeders wat je maar maar kunt krijgen en daardoor is zijn depressie heel goed opgeknapt....

Begeleiding wordt in het zorgplan van de cliënten doorgaans alleen beschreven vanuit de somatiek. Twee respondenten vertelden dat de client een indicatie voor individuele begeleiding had die relateerde aan de depressie.

De begeleiding ten aanzien de depressie wordt gemakkelijker als er meer en vaker zorgcontact is of zoals de drie oudere verpleegkundigen aangaven er meer (levens-) ervaring is. Maar kennis is ook belangrijk en wordt vooral door de oudere respondenten opgehangen aan de HBO-ers binnen het team.

"Eh, we hebben gelukkig heel veel HBO-ers gekregen nu".

Toch weten ook de jongere respondenten niet goed wat te doen. Zij stellen dat het verplegen van psychiatrische patienten niet dat is waar je in eerste instantie voor kiest als je wijkverpleegkundige wordt. Je moet er naast kennis ook voor openstaan of affiniteit mee hebben. Dit laatste is vooral lastig, stellen zij, omdat verpleegkundigen het moeilijk kunnen aanzien dat een cliënt (door depressie beïnvloede) onverstandige keuzes maakt en daardoor afstuurt op nog meer problemen.

"Toen hebben we dat geaccepteerd want ze wilden niet wat anders maar... Een megasteile trap waar ze zich elke avond aan naar boven hesen, waar geen andere mogelijkheid was. Überhaupt in het huis geen mogelijkheid voor een lift was, dus we hadden zoiets.... Als er wat gebeurt dan moeten we noodgedwongen want dan gaat uw vrouw hierheen en moet u misschien daarheen.... Nee, we willen bij elkaar blijven..."

Alles bij elkaar is er veel bereidwilligheid om tot goede begeleiding te komen maar roepen deze cases vaak meer vragen op dan antwoorden. Toch vinden alle respondenten wel dat ze het goed doen maar dit graag willen onderbouwen of een bevestiging willen horen van betrokken GGZ professionals of de huisarts.

3.2 Samenwerking derden

De respondenten geven aan dat goede samenwerking met derden, collega's, huisartsen en GGZ, één van de belangrijkste voorwaarde is bij het omgaan met ouderen in de thuiszorg met een depressie. Op de depressieve oudere cliënt is moeilijk grip te krijgen en de respondenten geven op grond daarvan aan behoefte hebben aan het uitwisselen van ervaringen met eigen collega's of andere betrokken disciplines. Als zij ervaringen en bejegening kunnen toetsen met anderen weten ze beter of hun eigen interpretaties en verpleegkundig handelen juist is.

De helft van de respondenten geeft aan dat continuïteit en eenduidig handelen door samenwerking vergroot kan worden. Maar ondanks dat zij dit nastreven kunnen in een team toch tegenstellingen in zienswijzen

ontstaan. Collega's moeten wel consequent achter het afgesproken beleid staan om te voorkomen dat er diversiteit ontstaat in de bejegening en omgang met de depressieve cliënten.

"Nee, en dat gaf eerst best wel een discussie ook binnen ons team zo van: ze kan het zelf en eh nou ja, ze wil het gewoon niet"

"Ja, wel verschillende meningen eigenlijk, de één had zoiets van: we helpen haar het niet, want ze kan het best zelf".

Hulpverlenerscontacten buiten het eigen team of organisatie worden wisselend ervaren. Twee respondenten zijn tevreden over de afstemming met de GGZ, de anderen verwachten van de GGZ ondersteuning, informatie of feedback en handvaten, maar dit is er vaak niet.

"Vanuit mijzelf gezien is het lastig, maar omdat je veel contact hebt gehad met Dimence de afgelopen periode zeg maar, ze is wel eens vaker opgenomen geweest en dat je toch door middel van een overdracht of een telefonisch contact toch even hebt van goh hoe kunnen we dit het beste aanpakken"

De helft geeft aan dat contacten met de GGZ of de huisarts per toeval tot stand zijn gekomen en ervaren weerstand om de problematiek met elkaar te delen. Twee respondenten spreken hun twijfels erover uit of de medewerkers van de GGZ en/of de huisarts wel het juiste beeld hebben van de cliënt en of ze hier wel voldoende naar streven.

Citaat van een huisarts volgens een respondent:

"...het klinkt misschien heel cru –'zegt ie'– maar ik vind dat ik verantwoordelijk ben voor de lichamelijke klachten, die wil ik verhelpen, en Willem (dat is dus de POH GGZ) is verantwoordelijk voor het geestelijke en dat wil ik heel erg gescheiden houden".

Het merendeel van de respondenten vindt dat ze als verpleegkundige in de eerste lijn een centrale rol kunnen spelen in de samenwerking met anderen bij het begeleiden en managen van deze doelgroep.

"Ik ben als enige ... met iedereen heb ik een lijntje en dan zou het veel gemakkelijker zijn dat ik alle informatie verzamel en vervolgens weer doorspeel naar wat voor diegene belangrijk is"

Afbakenen van taken tussen de wijkverpleegkundige en GGZ wordt door vier respondenten als een probleem genoemd. Zij willen graag iets doen aan de depressie van de cliënt maar veronderstellen dan op de stoel van de GGZ-er te gaan zitten of vragen zich af hoe dit dan bekostigd wordt.

Bij twee respondenten stond in het zorgdossier vermeld dat de cliënt lijdt aan een depressie. Bij de overige cases was de depressie bekend maar niet als zodanig beschreven. Als de cliënt actueel depressief is wordt dit wel gerapporteerd maar niet verwerkt in het zorgplan.

Het respecteren van de wensen van de cliënt of de mantelzorger speelt een belangrijke rol en wordt ook lang gevolgd. Als de respondenten inschatten dat deze wens nadelig is voor zijn of haar situatie zullen zij deze niet snel weerleggen. Ze twijfelen hier wel over en zouden dit graag met derden (GGZ-er) willen bespreken. Bijvoorbeeld als de cliënt niet wil dat je een huisarts inschakelt maar jij dit toch doet omdat je (potentieel) gevaar ziet bij de cliënt. Dan overrule je dus die wens. Dit vinden alle respondenten erg lastig, vooral omdat ze vinden dat ze 'te gast' zijn in de thuissituatie waar ze evenwel als professional komen.

"Dus, het is wel heel fijn dat je achteraf te horen krijgt: het is goed dat je die signalen hebt opgepakt, het is wel fijn dat je even weer feedback terug krijgt van hem dat je uiteindelijk wel de goede keus hebt gemaakt door de huisarts in te schakelen. Niet nog langer hebt gewacht".

3.3 Kennis en betrokkenheid van de doelgroep

Alle respondenten geven aan dat kennis over depressie en betrokkenheid bij de individuele depressieve cliënt belangrijk is maar dit niet bij elke collega van het team te herkennen. Hierdoor trekken zij, verpleegkundigen met meer affiniteit voor deze doelgroep, de zorg voor de depressieve cliënt eerder naar zich toe. Zij voelen zich dan meer verantwoordelijk waardoor anderen zich er juist weer minder in zullen gaan verdiepen. Een jongere respondent, tevens werkzaam in de GGZ, zegt het jammer vinden haar kennis niet optimaal te kunnen inzetten of te kunnen uitdragen, vanwege tijdsgebrek. Zij geeft aan hiermee juist de betrokkenheid te kunnen vergroten en de afweer bij collega's tegen psychiatrie te kunnen verminderen.

“Dat als je iemand hebt die er kennis van heeft, dat die zich ermee mag bezighouden. Dat zou ik heel graag willen, dat zou ik heel fijn vinden omdat ik denk: ik heb die specialisatie gedaan en toevallig ben ik hier dan beland, maar ik vind het jammer om er niets mee te doen”.

Twee respondenten stellen dat wijkverpleegkundigen hun cliënten met zijn of haar depressieve verschijnselen vaak goed kennen maar dit niet altijd optimaal benutten. Deze vroegsignalen worden wel gezien maar niet overgedragen of verwerkt in het zorgdossier. Als de depressie dan een tijdje niet meer actueel is, dan zakt de kennis ook vaak weg.

De betrokkenheid bij deze doelgroep wordt bevestigd doordat alle respondenten bij de inleidende vraag van het interview aangeven te willen leren van het gesprek (interview) en de casus om de zorg te verbeteren.

Tegelijk geeft de helft van de respondenten aan geen accurate kennis te hebben van depressieve stoornissen die gerelateerd zijn aan somatiek.

Het merendeel ziet de depressie als het gevolg van de situatie die ontstaan is door de somatische klachten en de situatie en niet als depressie met een endogene oorzaak. Twee respondenten zijn bekend met het gegeven dat depressie gelinkt is aan bijvoorbeeld diabetes mellitus of een CVA. De overige respondenten zijn verbaasd over de percentages van de prevalentie van depressie bij somatiek als de onderzoeker dit vertelt.

(Diabetes Mellitus) *“maar ik zou niet weten hoeveel procent daar een depressie van krijgt, nee..., 30!?,..., jeetje”*

Bepaalde symptomen of signalen worden volgens één respondent wel eerst getoetst aan de somatiek waardoor deze bevestigd of uitgesloten kan worden. In een later stadium wordt dan gedacht aan een psychische klacht of stoornis. Alle verpleegkundigen willen meer handvatten en meer kennis over het verschil tussen somatische en depressieve verschijnselen.

“...dan denk je is het somatisch of is het psychisch en dat was voor ons heel erg moeilijk”.

Bij twee cases hebben de respondenten de bejegening ten opzichte van de depressie uitgewerkt. De interventies zijn ontstaan door ze uit te proberen met vallen en opstaan maar zijn niet getoetst aan theorie of richtlijnen. Een respondent gaf aan dat door het nieuwe herindicatiesysteem van OMAHA het verpleegkundige zorgdossier een meer holistisch karakter zou krijgen. Dit zou volgens haar de betrokkenheid en efficiënt gebruik van kennis en kunde binnen het team ten goede komen.

Betrokkenheid bij de depressieve cliënt wordt volgens de helft van de respondenten extra beïnvloed door psychiatrie in de privésfeer. Een familielid of een buurvrouw met een psychiatrische aandoening leidt, zo stellen zij, tot meer begrip en inlevingsvermogen waarvan ze voordeel hebben binnen hun werk. Het maakt daarbij niet uit of het je eigen zus, vader, schoonzus of collega is.

3.4 Invloeden cliënt

Nagenoeg alle respondenten zien de cliënt zelf als de centrale persoon en achten diens invloed op een zorgsituatie groot. De wil en wens van de cliënt staat daarbij voorop. Zij geven echter aan niet goed te weten wat de cliënt nu wil ten aanzien van de bejegening en omgang van de depressie. Dit wordt niet besproken door de verpleegkundigen met de cliënten tijdens of na een depressieve episode. Eén respondent verteld dat voor de dagrapportage wel gevraagd wordt of de situatie van de cliënt ten opzichte van de week ervoor is verbeterd, maar de zorg voor de depressie zelf wordt niet geëvalueerd. Zij zegt:

“in goede periodes loopt het allemaal, en dat je er dan misschien wat minder bij stil staat, ook bij haar, maar misschien zou dat best wel eens goed zijn, ja, nu ik daar over nadenk...”

Het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt blijft vaak leidend. Als deze blijk geeft niet verder te willen praten over zijn of haar situatie dan respecteren de respondenten dit. Twee respondenten geven aan dat ze pas zullen ingrijpen als het echt onveilig wordt in hun ogen.

In gesprek gaan over de depressie vergt echter wel communicatief vermogen van de cliënt om te kunnen reflecteren of evalueren. Als de cliënt nog te depressief is of cognitief incapabel door bijvoorbeeld afasie dan is het bespreken van ervaringsdeskundigheid geen optie.

Ondanks deze drempels en moeilijkheden willen alle respondenten zo goed mogelijk leren aan te sluiten bij de cliënt maar heeft geen van hen in ‘betere tijden’ met de cliënt over diens ‘slechte’ periode gesproken. Alle respondenten geven aan dit mee te willen nemen als leerpunt, ze willen daar in ieder geval over nadenken.

Hoofdstuk 4 Conclusies, discussie en implicaties

Het laatste hoofdstuk beschrijft de conclusies die voortvloeien uit de bevindingen van deze studie. Er worden antwoorden geformuleerd die relateren aan de doel- en vraagstellingen. Daar waar de conclusies relateren aan de topics uit de literatuur van hoofdstuk 1 wordt de betreffende bron vermeld.

Gelet op de aard en grootte van het onderzoek wordt kritisch gekeken naar objectiviteit, representativiteit en implicaties. Er worden opmerkingen geplaatst over consequenties hiervan bij eventueel vervolgonderzoek.

4.1 Conclusies

De verpleegkundigen uit het onderzoek ervaren de oudere cliënt met een depressie als een hoog complexe zorgsituatie. Ze zijn betrokken bij de doelgroep en willen de zorg hiervoor graag verbeteren. Ze hebben goede aandacht voor de totale zorg voor de cliënt met een depressie maar zijn er onzeker over of ze het wel goed doen. Ze hebben behoefte aan intercollegiale of multidisciplinaire toetsing.

Zij twijfelen er over wie nu verantwoordelijk is voor de zorg voor de psychische gesteldheid van de cliënt; de wijkverpleegkundige of de huisarts dan wel de betrokken GGZ-er. De wensen van de cliënt worden uit respect eerder gevolgd dan eigen expertise of inzichten, ook als dit nadelig kan zijn voor de depressie.

Met het oog op dat ouderen langer leven en hierdoor het leven met een (of meer) aandoening(en) waar zij thuiszorg voor ontvangen toe zal nemen (Sociaal cultureel planbureau, 2011), zal de rol van de wijkverpleegkundige bij de zorg voor de depressieve oudere belangrijker worden (Maxwell & Pratt, 2008). Op basis van de bevindingen van dit onderzoek zijn de verpleegkundigen daarop nu nog onvoldoende voorbereid.

De overheid stimuleert de zelfregie en het zelfmanagement om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen (Rutte & Samson, 2012). Voor cliënten met een depressie is dit gecompliceerd. De wijkverpleegkundige ziet de cliënt het vaakst en kan vanuit haar regisserende rol de 'linking pin' zijn tussen de client en andere betrokken hulpverleners rondom hem of haar.

Bij depressieve cliënten is het denken, voelen en kiezen' verstoord (Trimbos, 2013). Dit zijn noodzakelijke cognitieve functies bij de zelfregie en management (Maxwell & Pratt, 2008) maar ook de aanknopingspunten voor het verder ontwikkelen van de rol van de verpleegkundige als spin in het web van multidisciplinaire zorg rondom de depressieve cliënt (Dröes & Witsenburg, 2012).

4.1.1 Intervenieren

Verpleegkundigen uit dit onderzoek ervaren het omgaan met cliënten met gecombineerde somatische en psychiatrische problematiek over het algemeen als lastig maar ook als uitdagend. Desondanks krijgen zij maar moeilijk grip op de klachtenpresentatie van deze cliënten. Ze vinden het vooral lastig om erachter te komen wat nu het juiste is om te doen in handelen. Ondanks hun nieuwsgierigheid naar wat de cliënt beweegt wordt de bejegening, de organisatie van zorg of de communicatie met derden niet op een eenduidige manier gestalte gegeven. Er is verschil in omgaan en aanpak tussen de individuele medewerkers en tussen betrokken organisaties ten opzichte van de depressie bij de oudere cliënt.

In gesprek over deze complexe depressieve zorgvrager richten verpleegkundigen hun focus veelal op (somatische) feiten en details in de zorg of het zorgcontact. Hun eigen rol, stijl, kracht of zwakte en samenwerking met derden is iets waar niet vaak bij stil gestaan wordt. De details en feiten over de somatiek van de cliënt geven naast complexiteit ook de moeites en dilemma's in de omgang met depressieve cliënten weer. Door deze te reflecteren met de samenwerkende disciplines zou het verschil tussen somatiek en depressie beter geduid kunnen worden (Young & Skorga, 2013). Deels is er gebrek aan scholing, men kent de symptomen en signalen niet, deels is het tijdgebrek (Mottram, Wilson & Strobl, 2006). Verpleegkundigen denken dat depressie bij ouderen minder vaak voorkomt dan dat cijfers aangeven. Symptomen van de somatische aandoening zoals gebrek aan energie of initiatief worden niet snel overwogen als mogelijke symptomen van een depressie, terwijl ze dat wel kunnen zijn (Trimbos, 2013).

De verpleegkundigen uit dit onderzoek constateren dat zij op basis van intuïtief handelen goed kunnen omgaan met de depressieve cliënt. Eventuele frustraties of moeilijkheden in de omgang vinden vooral plaats in de directe zorg voor de cliënt. De verpleegkundige wil dat de cliënt vooruit gaat maar deze blijft ondanks de stimulerende attitude van de verpleegkundige stilstaan of achteruitgaan. Dit geeft een gevoel van machteloosheid en begint vooral te knellen als de verpleegkundige inschat dat de cliënt fysiek in staat moet zijn om de zelfzorg uit te voeren maar dit ondanks goedbedoelde stimulatie van de verpleegkundige niet doet. Het communicatieve spanningsveld welke dan ontstaat, is daarbij onderhevig aan deels gebrek aan kennis en deels aan het ontberen van ondersteuning van de GGZ.

De verpleegkundigen uit dit onderzoek verwierven tijdens het interview nieuwe inzichten en konden dit goed vertalen naar de betekenis ervan voor hun praktijk. De kritische (zelf-)reflectie als gevolg van het interview zette allen aan tot nadenken, nieuwe oplossingen en inzichten kwamen voort uit eigen kennis en ervaringen. Interventies bedenken voor het omgaan met deze cliënten lijkt niet zozeer het probleem te zijn. Het verwerken en vertalen naar een eenduidig plan, gericht op de depressie, lijkt de belemmering te vormen. Gerichte casusbespreking kan op basis van de bevindingen van dit onderzoek leiden tot groter inzicht en nieuwe interventies.

4.1.2 Respect

De verpleegkundigen hebben als mens en als professional veel respect te hebben voor de wil en wens van de cliënt (V&VN et al, 2015). Het denkvermogen van een cliënt met depressieve gevoelens is echter verstoord, hij ervaart vaak een soort van 'tunneldenken' en is passief (Trimbos, 2013). Een depressieve cliënt kan geen adequate 'wil' of 'wens' formuleren. Dan is er behoefte aan een derde, de wijkverpleegkundige, die daar bij helpt (Dröes & Witsenburg, 2012). Anderzijds durven verpleegkundigen op grond van dit respect vaak niet door te drukken waar dat nodig is en laten zich leiden door een door depressie gekleurde wens van de cliënt. De verpleegkundigen realiseren zich dat hun eigen opvattingen en normen gevormd zijn door levensgebeurtenissen zoals een psychiatrische ziekte van een naaste. Een depressie is voor een cliënt eveneens een levensgebeurtenis die diens opvattingen zal beïnvloeden. Verpleegkundigen linken eigen levensopvattingen, normen en waarden aan respect voor de cliënt maar kijken hier naar vanuit zichzelf en minder vanuit cliëntenperspectief. Het negeren van de wensen van de cliënt ten behoeve van het voorkomen of verbeteren van de depressie zal daarom niet gauw gekozen worden als interventie. Dit druist in tegen het grote respect dat verpleegkundigen hebben voor de wil en wens van de cliënt.

4.1.3 Kennis en samenwerking

Verpleegkundigen in de wijk hebben vooral kennis van de somatiek van hun cliënten, voor begeleiden van de depressie is er vaak GGZ betrokken. Ze weten onvoldoende wat ze wederzijds kunnen verwachten van andere disciplines. Verpleegkundigen verwachten kennis en handvaten van de betrokken GGZ waardoor de omgang en bejegening beter zal gaan. Ze zoeken zelf geen actief contact met de GGZ, contact ontstaat vaak per toeval. Anderzijds kennen zij de cliënt door hun dagelijkse zorgcontact goed, maar komen vroegsignalen en overige relevante informatie vaak niet bij de GGZ terecht. Waardevolle informatie voor een beter depressiemanagement gaat daardoor verloren (Aragones et al, 2008). De focus blijft veelal gericht op de somatiek, dat deze niet verschuift naar de depressie lijkt het gevolg te zijn van kennisgebrek, afstemming met of ondersteuning van de GGZ professionals.

Er valt nog veel winst te behalen in Multi-collegiale afstemming, verpleegkundigen zullen hierin echter actiever moeten communiceren. Niet alleen naar andere disciplines maar ook binnen het eigen team. Er zijn steeds meer HBO-verpleegkundigen met voldoende kennis en ervaring van psychiatrie, maar deze wordt onvoldoende benut. Deze kennis kan efficiënter ingezet worden en zal eerder tijdswinst opleveren dan dat het de tijd kost die geïnvesteerd moet worden voor het uitwisselen zelf.

Het kennen en begrijpen van de depressieve cliënt is nog vaak afhankelijk van de mate van affiniteit die de individuele verpleegkundige heeft met de doelgroep. Begrip en inlevingsvermogen wordt positief beïnvloed als er ervaringen zijn met familieleden of vrienden die lijden aan een psychiatrische stoornis. Dit leidt tot meer begrip en minder vooroordelen. Toch blijft een depressie dan nog ongrijpbaar. Het vergrote begrip en inlevingsvermogen is namelijk gebaseerd op slechts een enkele casus en elke depressieve cliënt is anders,

waardoor het op maat maken van de zorg lastig zal blijven. Als er een tijd geen depressieve cliënt wordt verpleegd, dan zakt de kennis en sensitiviteit voor de symptomen en voortekenen weg.

Tegenstrijdig hierin is dat alle verpleegkundigen de cliënt(en) beter willen leren kennen, maar het gesprek niet aangaan over diens depressieve episode. De richtlijn depressieve stoornissen (NHG, 2012) adviseert de depressieve patiënt te betrekken bij het maken van beleid. Eigen inbreng van de cliënt is dus waardevol, maar wordt nog onvoldoende benut. Er is angst om een terugval te ontlokken en verpleegkundigen voelen zich onvoldoende capabel deze onderwerpen te bespreken. Daarnaast speelt ook hier wederom het respect voor de cliënt een rol. De thuissituatie waar de verpleegkundige nog vaak als 'gast' komt, belemmerend hen om sturend of directief te zijn en de dialoog met de cliënt aan te gaan als deze dat niet wil.

4.1.4 De generalist

De generalistische rol van de (HBO) wijkverpleegkundige zoals beschreven in het nieuwe beroepsprofiel (LOOV, 2015) komt nog onvoldoende uit de verf. Een belangrijke belemmering hiervoor kan gezocht worden in afgesproken kaders tussen de betrokken mono- en multidisciplines. Juist door heldere afspraken na te streven zal de verpleegkundige de somatische focus kunnen verbreden met psychiatrie. De huidige Wmo transitie zorgt voor enige beweging op dit gebied. Het Omaha systeem (Monsen, 2011) als basis voor her-indiceren door de wijkverpleegkundige laat meer ruimte voor een holistische benadering. Vanuit deze holistische benadering kan de verpleegkundige gemakkelijker andere professionals inschakelen. De veronderstelling leeft echter dat dit meer tijd zal kosten dan dat het oplevert of dat initiatief verwacht mag worden van de GGZ hierin. Dit is echter maar de vraag, juist als de coördinatie van de depressie in de hele context wordt vorm gegeven zal dit de cliënt ten goede komen en meer recht doen aan de regisserende rol van de verpleegkundige (Maxwell & Pratt, 2008; Winer et al, 2013). De eerstverantwoordelijke wijkverpleegkundige is de enige die de context kan overzien maar neemt in haar zorgplan voor de cliënt nog geen benaderings-strategieën op die gericht zijn op de depressie.

Vanuit deze conclusies kunnen voorstellen voor verbetering gedaan worden. Om deze zo realistisch mogelijk te beschrijven is het goed om eerst kritisch te reflecteren op het onderzoeksproces (4.2). In paragraaf 4.3 worden vervolgens implicaties voor de praktijk beschreven.

4.2 Discussie en reflectie

In deze paragraaf wordt op het onderzoeksproces en daarmee de bevindingen en conclusies gereflecteerd, de onderzoeker beschrijft hoe hij over enkele kritische punten heeft gediscussieerd en hoe hij hier vervolgens is mee omgegaan.

4.2.1 Planning:

Er werden maximaal 2 interviews per week afgenomen waarbij er bij 6 van de 8 interviews 3 tot 7 dagen tussen zaten om de data te kunnen verwerken en te laten bezinken. Voor elk volgend interview was het transcript van het voorgaande nog niet uitgewerkt. De leerpunten vanuit het transcript kon hierdoor niet direct meegenomen worden. Wel werd na elk interview een mind-map gemaakt, deze werd gebruikt ter voorbereiding voor het volgende interview.

Eén keer werden 2 interviews op één dag gepland. Vanwege het narratieve karakter van het gesprek verdient het bij eventueel vervolgonderzoek de aanbeveling slechts één interview per dag af te nemen. Er bestaat een kans dat de interviewer data of eerder gestelde vragen (in het vorige interview) door elkaar haalt.

In dit geval is dit deels ondervangen door tussen beide interviews een mind-map te maken.

4.2.2 Objectiviteit

Om conclusies zo min mogelijk vertekend te laten zijn heeft er tijdens het onderzoeksproces, de interviews, intercollegiale toetsing plaatsgevonden met medemasterstudenten. Objectiviteit is gewaarborgd door het voorgenomen data-analyseproces te volgen zoals beschreven in paragraaf 2.6. Hiervan is niet afgeweken.

De onderzoeker is bij een groot deel van de respondenten bekend uit zijn vorige functie, consultatief psychiatrisch verpleegkundige (CPV). Door middel van publicatie van een flyer (bijlage 8) op het intraweb en door gebruik te maken van zijn 'bekendheid' hebben zich vooral eveneens 'bekende' respondenten aangemeld. Het openstellen voor delen van ervaringen is hiermee vergemakkelijkt. Anderzijds verwachtten de respondenten ("zoals vroeger") adviezen van de onderzoeker ten aanzien van de casus. De onderzoeker diende er alert op te zijn dat het interview geen consultgesprek zou worden. Door het doel van het gesprek bij aanvang van het interview te benadrukken is deze 'dubbelrol' ondervangen. Tijdens de intercollegiale toetsing is hier met studiegenoten op gereflecteerd. Bij vervolgonderzoek dienen voor- en nadelen van deze bekendheid nader onderzocht te worden en overwogen te worden of de interviews door 'onbekende' interviewer gedaan moeten worden.

4.2.3 Representativiteit

Voor het onderzoek zijn via interne communicatiekanalen van twee grote zorgorganisaties, Zorgaccent en Trivium Meulenbelt Zorg zo'n 4.000 medewerkers benaderd waarvan naar schatting een derde deel verpleegkundig is (www.triviummeulenbeltzorg.nl, www.zorgaccent.nl). Hieruit hebben zich 17 potentiële respondenten gemeld. Naar verhouding is dit een klein aantal respondenten, dat kan betekenen dat het ofwel onbekend is dat cliënten lijden aan een depressie ofwel verpleegkundigen selectief kiezen aan welk verzoek zij gehoor geven of niet. De aangemelde respondenten hebben mogelijk een verhoogde affiniteit met het onderwerp van de onderzoeksvraag of met deelnemen aan onderzoek in het algemeen of deden mee omdat het een 'oude' bekende betrof. Het verzamelen van data is door deze aspecten vergemakkelijkt, de respondenten waren hierdoor bovengemiddeld geïnteresseerd zijn en hebben vooraf nagedacht over de materie.

Van de selectiecriteria bleek vooral leeftijd en ervaringsjaren een rol te spelen. Wel of niet geschoold zijn ten aanzien van depressie kwam er niet duidelijk uit naar voren. Vanwege de verhoogde affiniteit met de depressieve client hadden deze verpleegkundigen zich door middel van zelfstudie (internet) geïnformeerd. Bij eventueel vervolgonderzoek zou ter bevordering van de representativiteit een bredere steekproef plaats kunnen vinden onder een grotere populatie in regio Twente.

4.2.4 Interview (-vaardigheden)

De onderzoeker is momenteel docent en zou in staat moeten zijn de kennis 'uit' de respondent te halen. De interviewer is ook oud-medewerker uit de GGZ en heeft zich een bepaald jargon eigen gemaakt die anders is dan de MGZ-jargon. Tijdens de interviews leidde dit soms tot ambigue vraagstellingen die toegelicht moest worden met eigen interpretatie en opvattingen. De interviewer prikkelde en nodigde de respondent daar mee uit tot het delen van haar ervaringen. Het is niet 100% te voorkomen dat de onderzoeker onbewust de richting van het gesprek stuurde door zijn vakkennis waardoor antwoorden gekleurd zijn. Daar waar dit gebeurde maakte de onderzoeker een notitie op de interviewvragenlijst en nadien in het logboek. Kennis van het onderwerp en het veld is overwegend als voordelig ervaren om sneller en diepgaand in gesprek te komen.

Notities maken tijdens het interview is vooral nuttig gebleken daar waar het interview onbedoeld en onverhoopt gestoord werd door telefoon of binnenkomst van een collega of derde. De draad kon daarmee nadien weer adequaat opgepakt worden.

Er zijn bij de eerste twee interviews geen notities gemaakt over de interviewvaardigheden, over de vraagformulering of algemene sterke en minder sterke punten. Na afloop zijn gedachten, ideeën of observaties van de interviewer niet genoteerd. Voor het ondersteunen van de analyse is het evenwel van belang dat de interviewer notities bijhoudt tijdens de dataverzamelingsfase (Glaser, Strauss, 1998; Witzel, 2000).

Algemeen kan gesteld worden dat interviewtechnieken van de onderzoeker na ongeveer drie interviews zodanig waren dat hij beter in staat was gerichte vragen te stellen en door te vragen om het interview op gang te brengen en houden. Het zoeken en vinden van diepere lagen rondom beleving en ervaring van de verpleegkundige verliep beter. De eerste interviews hebben daarom voor het verfijnen van de interviewvaardigheden een belangrijke rol gespeeld. Naar verhouding werd in de daarop volgende interviews nog meer ingezoomd op eigen ervaringen en beleving, kon de interviewers effectiever gebruik maken van het

laten vallen van stiltes met als doel de respondent tot nadenken aan te zetten. De casus kreeg in de eerste interviews een minder centrale plek in het gesprek. De respondent vertelde meer in algemeenheden en vergeleek haar cliënt met andere cases.

De eerste interviews leverde wel belangrijke nieuwe en onvoorziene betekenisvolle invalshoeken op zoals het ontbreken van samenwerking met andere disciplines of bespreken van de ervaringsdeskundigheid met de cliënt. Hierop kon gerichter doorgevraagd worden in de daarop volgende interviews.

Vooraf heeft de onderzoeker niet ingecalculeerd dat de mogelijkheid bestond dat cliënten door cognitieve beperkingen of door de depressie niet in staat waren ervaringen over hun depressie te delen. Op het topic 'ervaringsdeskundigheid' kon hierdoor in de daarop volgende interviews mogelijk niet gereflecteerd worden.

Inhoudelijk gaven de transcripten en de audio-opnamen van deze eerste interviews voldoende input om meegenomen te worden voor de analyse.

4.3 Implicaties voor de praktijk

Primair is dit onderzoek gedaan voor verbeteren van onderwijs (voorwoord). Uit de analyse en conclusies komen resultaten die impliciet aanbevelingen voor de praktijk bevatten. De geïnteresseerde (wijk)verpleegkundigen in de eerste lijn zorg en lezers van deze meesterproef zijn van harte uitgenodigd van gedachten te wisselen over de implicaties die het kan hebben voor de praktijk.

Saxion AGZ, HBO-V is een beroepsopleiding. De aanbevelingen worden hier algemeen beschreven voor zowel onderwijs als het werkveld en zijn erop gericht de (toekomstige) beroepsbeoefenaren mee te geven hoe zij beter om kunnen gaan met de depressieve cliënt in de thuiszorg.

4.3.1 Kennis en samenwerken

Verpleegkundigen dienen kennis te hebben van de belangrijkste somatische ziektebeelden met verhoogde kans op het ontwikkelen van een depressie. Zij zouden kennis moeten hebben van overeenkomende symptomen en vroegsignalen van de depressie en dit moeten toetsen bij de cliënt en (mono- en multidisciplinaire) bij collega's. Een nevendiagnose zoals depressie compliceert de somatische zorg en heeft invloed op de zorgvraag en de zorgduur.

Verpleegkundigen dienen te overwegen of de eigen wens van de cliënt niet gekleurd wordt door diens actuele sombere kijk op het leven. Het belang van de cliënt weegt zwaar voor de verpleegkundigen. Als het belang voor de cliënt gediend wordt door deze wens(en) te negeren dan respecteert zij nog steeds de cliënt.

Zodoende blijft zij ook trouw aan haar beroepscode waarin respect beschreven staat (V&VN et al, 2015).

De wijkverpleegkundige heeft volgens een wetswijziging (WMO, 2015) nu een meer centralere rol, het lijkt evident dat zij deze nog meer gaat opeisen bij de depressieve oudere cliënt. Vanuit deze rol hoeft zij niet alle zorg op zich te nemen maar heeft ze wel de positie om de kennis en kunde van alle betrokkenen bij elkaar te brengen. Ze zou actiever vroegsignalen moeten communiceren met de GGZ en/of de huisarts en een regisserende rol moeten hebben in het ontwikkelen van een signaleringsplan voor de cliënt waarin somatiek en depressie is geïntegreerd.

Door intercollegiale toetsing kan de verpleegkundige voor het omgaan met de cliënt een adequate, uniforme strategie ontwikkelen. Zij toetst en objectificeert daarmee de zorg voor de cliënt en interne beweegredenen, normen, waarden en weerstanden van zichzelf en van teamgenoten. Dit vereist overleg of intervisie en kan met de casus als vertrekpunt tot een nieuwe dynamiek leiden ten opzichte van vooroordelen en opvattingen omtrent psychiatrie.

De verpleegkundige zal de wensen van cliënt juist meer respecteren door de depressie openlijk en transparant te bespreken in een breed samenwerkend kader.

4.3.2 Ervaringsdeskundigheid en zorgdossier

Verpleegkundigen dienen na afloop van een depressieve episode deze te evalueren met de cliënt. Zij dienen zich te verdiepen in en te oefenen met gebruik van ervaringsdeskundigheid van de cliënt met een depressie (Dröes & Witsenburg, 2012). De angst om bij aansnijden van dit thema opnieuw een depressie te ontlokken lijkt vooral de angst van de verpleegkundige zelf. Hier is geen wetenschappelijke onderbouwing voor.

Om het omgaan met de depressieve cliënt te vergemakkelijken verdient het aanbeveling in het zorgdossier interventies op te nemen met betrekking tot de bejegening als ook gerichte observaties ten opzichte van de depressie. Datgene wat de cliënt aangeeft vanuit de ervaringsdeskundigheid kan daarin eveneens meegenomen worden. In de rapportages kan beschreven worden hoe de cliënt de zorgverlening en de depressiebegeleiding heeft ontvangen. De evaluatie hiervan door de eerstverantwoordelijke kan leiden tot verbeteren van de zorg en het zorg- of signaleringsplan.

4.3.3 Vervolgonderzoek en onderwijs

Gelet op de onderzoeksvraag en de resultaten is het aanbevelingswaardig om vervolgonderzoek te doen. Het is aannemelijk om vanaf het huidige resultaat een onderzoekslijn in te zetten waarbij in eerste instantie bij een bredere populatie verpleegkundigen onderzoek gedaan wordt. Als de bevindingen dan overeenkomstig zijn kan de focus van het onderzoek verschuiven van de zogenaamde Big Q naar een small q en meer kwantitatieve data gaan verzamelen (Bryman, 2012). Aanbevelingen worden dan meer valide onderbouwd. Er kan mogelijk een nulmeting plaatsvinden van waaruit effecten of verandering in omgaan met depressieve oudere cliënten gemeten kunnen worden.

Saxion, instelling voor praktijkgericht onderzoek, zou hierin zelf een aandeel kunnen hebben. De praktijk helpt daarbij het onderwijs en het onderwijs dient de praktijk waardoor de depressie als volksziekte in Nederland in combinatie met somatiek in de toekomst beter te behandelen en te managen is. Vanuit het lectoraat GGZ kan in samenwerking met het netwerk Illness Management Recovery (IMR) binnen de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) een module 'ervaringsdeskundigheid' voor depressieve ouderen met een somatische aandoening ontwikkelt worden.

In paragraaf 4.3.1 zijn aanbevelingen gedaan voor verpleegkundigen om kennis op te doen over de gecombineerde problematiek psychiatrie en somatiek. Het is daarom raadzaam om het curriculum van de HBO-V te screenen op aanwezigheid van onderwijs over somatische patiënten met psychiatrische co-morbiditeit en dit aan te passen waar nodig. De beschreven thema's zullen daarbij vooral relateren aan verpleegkunde lessen, communicatieve verpleegkundige vaardigheden en ethiek.

De literatuur, de bevindingen en conclusies van deze meesterproef kunnen in leerjaar twee dienen als input voor de student om zijn/haar coördinerend denken in complexe zorgsituaties te stimuleren. Zij kunnen onder andere deze cases gebruiken om hun producttoetsen te maken. In leerjaar drie en vier, waarin onderwijs met praktijkgericht onderzoek, is dan eventueel vervolgonderzoek te koppelen aan stages in de eerste lijn zorg (wijkverpleging). Studenten zouden bijvoorbeeld data kunnen verzamelen tijdens het buitenschools leren.

Dit alles zou beter aansluiten op de generalistische verpleegkundige van de toekomst, zoals beschreven in het beroepsprofiel van Bachelor Nursing 2020 (LOOV, 2015).

Rob Scheurink, Docent/onderzoeker
Master HC&SW i.o. (Health care & social work)

Literatuurlijst

- Aben, I., Verhey, F., Beusmans, G., Lodder, J. (2003). Depressie na een CVA: signalering, diagnostiek en behandeling in de huisartsenpraktijk. *Huisarts en Wetenschap*. 46 (9): 487–492.
- Aragonès, E., López-Cortacans, G., Badia, W., Hernández, J., Caballero, A., Labad, A. (2008). Improving the Role of Nursing in the Treatment of Depression in Primary Care in Spain. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44 (4): 248-58.
- Bryman A. (2012). *Social research methods. Ethical principles*. Oxford: Oxford university press.
- Butler M., Quayle E., (2007). Training primary care nurses in late-life depression: knowledge, attitude and practice changes. *International Journal of Older People Nursing*. 2 (1): 25-35.
- Bijl, R. (2011). *De sociale staat van Nederland 2011*. Den Haag: SCP
- CIZ Basisrapportage AWBZ (2014). *Zorgregio Twente*. Geraadpleegd op 01-07-2014 via <http://ciz.databank.nl/quickstep/QsReportAdvanced.aspx?report=rapport&selcode=0.45485105947591364&qeolevel=zorg32&geoitem=5>
- Diabetes Fonds (2015). *Depressie bij Diabetes*. Geraadpleegd op 12 juni 2015 via <https://www.diabetesfonds.nl/leven-met-diabetes/onderzoek/depressie-bij-diabetes>
- Dröes, J., & Witsenburg, C. (2012). *Herstel ondersteunende zorg: Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen*. Amsterdam: SWP.
- Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) Twente (2010). *Ouderenmonitor Twente. Percentage ouderen met twee of meer chronische aandoeningen*. Geraadpleegd op 19-12-2014 via http://www.ggdtwente.buurtmonitor.nl/quickstep/QsBasicForMaster.aspx?cat_open_code=c261&presel_code=chronische%20aandoening&
- Halter, M.J. (2004). Stigma & Help seeking related to depression. A study of nursing students. *Journal of Psychosocial Nursing and mental health services*, 42(2), 42–51.
- Klinedinst, N., Dunbar, S., Clark, P. (2013). Older Adult Stroke Survivors Discussing Post-stroke Depressive Symptoms with a Healthcare Provider: A Preliminary Analysis. *Rehabilitation Psychology*, 58(3), 263–271.
- Lambregts, J., Grotendorst, A., Merwijk, G. (2015) *Landelijk overleg Verpleegkundige beroepsprofiel. Een toekomst bestendig beroepsprofiel 4.0*. Geraadpleegd op 06-05-2015 via <http://www.loov2020.nl/wp-content/uploads/2014/02/Bachelor-Nursing-2020-4.0.pdf>
- Leentjes, A., Bannink, M., Boenink, A., Huyse, F (2004). *Consultatieve psychiatrie in de praktijk*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.
- Livingston, G., Yard, P. Beard, A., Katona, C. (2000). A Nurse coordinated educational initiative addressing primary care professionals 'attitudes to an problem-solving in depression in older people, a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 15(5), 401–5.
- Maxwell, M., Pratt, R. (2008). Prevention and management of depression in primary care in Europe: a holistic model of care and interventions. *Quality in Primary Care*. 16(3), 187–96.

- Mottram, P., Wilson, K., Strobl, J. (2006). *Antidepressants for depressed elderly*. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*. Geraadpleegd op 24-10-2014 via <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003491.pub2/abstract>
- Nationaal Kompas Volksgezondheid (2012). *Vergrijzing; Heden, verleden en toekomst*. Geraadpleegd op 19-12-2014 via <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/>
- Nederlands kenniscentrum ouderenpsychiatrie (1986). *Geriatric depression scale*. Geraadpleegd op 11-01-2015 via <http://www.nkop.nl/praktijk/meetinstrumenten/instrument/?instrument=20>
- Nederlands huisartsen genootschap (NHG) (2012). *Depressie, samenvattingskaart M44*. Geraadpleegd op 06-05-2015 via <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/depressie#idp16324832>
- Netwerk Kwalitatief Onderzoek (2002). *Richtlijn Kwalitatief Onderzoek Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek*. Amsterdam: AMC – UvA
- Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen, Trimbos-instituut (2006). *Psychische problemen en GGZ-gebruik bij ouderen met lichamelijke aandoeningen*. Geraadpleegd op 20-10-2014 via <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/feiten-cijfers-en-beleid/psychische-stoornissen/ouderen-monitor/psychische-stoornissen-en-ggz-gebruik>
- Monsen, K., Newsom, E. (2011). Feasibility of Using the Omaha System to represent Public Health Nurse Manager Interventions. *Public Health Nursing*, 28(5), 421–428.
- 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 onderwijs in Nederland*. Delft: Elan Strategie & Creatie.
- Oostrom, S., Picavet, H., Gelder, B., Lemmens, L., Hoeymans, N. Verheij, R., Schellevis, F., Baan, C., (2011). Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking–gegevens van huisartsenpraktijken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 155, A3193.
- Ravelli, A., Bijl, R., Zessen, G., (1998). Co–morbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 40(9), 531–544.
- Romans S., Cohen M., Forte, T. (2011). Rates of depression and anxiety in urban and rural Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(7), 567–575.
- Scheibelhofer, E. (2008). Combining Narration–based Interviews with Topical Interviews: Methodological Reflections on Research Practices. *International Journal of Social Research Methodology*. 11(5), 403–416.
- Sheikh, J., Yesavage, J. (1986). Geriatric depression scale. Geraadpleegd op 19-12-2014 via <http://www.nkop.nl/praktijk/meetinstrumenten/instrument/?instrument=20>
- Skånér, Y., Nilsson, G., Sundquist, K., Hassler, E., Krakau, I. (2007). Self–rated health, symptoms of depression and general symptoms at 3 and 12 months after a first–ever stroke: a municipality–based study in Sweden. *BMC Family Practice*, 8, 61.
- Shia, N. (2009). The role of community nurses in the management of depression. *Nurse Practicing*. 7(12), 548–54.

- Sools, A. (2012). Narrative health research. Exploring big and small stories as analytical tools. *Health*. 17(1) 93-110.
- Terluin, B., Terluin, M., Prince, K., van Marwijk, H. (2008). Samenvatting De vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. *Huisarts en Wetenschap*. 5, 51:251.
- Trimbos (2013). *Symptomen depressie*. Geraadpleegd op 06-05-2015 via <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/depressie/symptomen>
- Trimbos (2010). *Thuiszorg en GGZ-preventie*. Geraadpleegd op 05-10-2014 via http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/preventie/af/~media/files/inkijkexemplaren/af0986_thuiszorg%20en%20ggz-preventie_compleet.ashx
- Trimbos (2008). *Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ ADDENDUM Ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn Depressie*. Geraadpleegd op 27-05-2015 via http://www.ggzrichtlijnen.nl/richtlijn/doc/index.php?type=save&richtlijn_id=62
- Trimbos (2007). *Zorg voor heel de mens: Psychiatrische en somatische co morbiditeit Programmeringsstudie*. Geraadpleegd op 05-10-2010 via <http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/feiten---cijfers---beleid/af/~media/files/inkijkexemplaren/af0765%20zorg%20voor%20heel%20de%20mens.ashx>
- Thomas, H., Chan, T. (2012). Assessment and management of depression in primary care settings: Assessment and management of depression in primary care settings. *Nursing Older People*. 24, 10, 32-38.
- Twentse Gezondheids verkenning (TGV) (2010). *Gezondheid op rails*. Geraadpleegd op 20-10-2014 via http://ggdtwente.buurtmonitor.nl/quickstep/QsBasicForMaster.aspx?cat_open_code=c261&presel_code=chronische%20aandoening&
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?. Praktijkboek voor methoden en technieken*. Den Haag: Boom Lemma.
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (2004). *Verpleegkundige consulent Liaisonpsychiatrie*. Geraadpleegd op 07-11-2014 via <http://www.venvn.nl/Afdelingen> (tabblad 'C' V&VN Consultatieve Psychiatrie).
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), NU'91, FNV Zorg & Welzijn, CNV Zorg & Welzijn, Healthcare Christian Fellowship Nederland (HCF), Reformatorisch Maatschappelijke Unie (RMU) sector Gezondheidszorg en Welzijn 'Het Richtsnoer' en CGMV vakorganisatie voor christenen (2015). *Beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden*. Geraadpleegd op 20-05-2015 via http://www.nursing.nl/PageFiles/13935/001_1420709885774.pdf
- Verwey, B. (2008). *Consultatieve psychiatrie in Nederland; op weg naar psychosomatische geneeskunde*. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 50, 139-43
- Winer, R., Morris-Patterson, A., Smart, Y., Bijan, I., Katz, G. (2013). Knowledge of and Attitudes toward Mental Illness among Primary Care Providers in Saint Vincent and the Grenadines. *The Psychiatric Quarterly*. 84 (3), 395-406.
- Witzel, A. (2000). The Problem Centered Interview. *Forum Qualitative Social Research*. 1(1) 22.

World Health Organisation (2013). *Citaat titelblad*. Geraadpleegd op 12 december 2013 via <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

Young, F., Skorga, P. (2013). Summaries of Nursing Care-Related Systematic Reviews from the Cochrane Library. Collaborative care for depression and anxiety problems. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 11, 341-343.

Bijlage 1: Interview topiclist

Interview topiclist

Inleiding:

Kennismaken, introductie van de meesterproef, de aanleiding en het doel van het interview.

Uitleg wijze van interview, o.a. geluidsoptname, anonimiteit, vertrouwelijkheid en verwerken van de gegevens (gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het HBO).

Ondertekenen overeenkomst toestemming.

(Vaststellen tutoyeren/ vousoyeren)

Interview

Beginvragen:

–Kun je mij in het kort vertellen waarom je besloot om jouw ervaringen met de depressieve oudere patiënt voor dit onderzoek met mij te delen? **(Hoofdvraag)**

–Vertel eens iets over de cliënt, haar/zijn fysieke indicatie voor zorg en de depressie.
(indicatie voor zorg, leeftijd, geslacht, sociale omstandigheden, presentatie depressie)

–Vertel eens hoe je de zorg verleent aan deze zorgvrager.
(Hoe vaak, hoe lang, per keer/ totaal, algemeen contact c.q. opstelling /attitude?)

Overgangsvraag: (hoofdvraag)

Hoe vind of ervaar je het omgaan met en het verplegen van deze door jou beschreven cliënt met zijn/haar depressie?

Topics:

Gerelateerd aan deelvraag 1

1–Invloed van de depressie op de fysieke gesteldheid /somatiek.
(invloed cliënt)

Gerelateerd aan deelvraag 2

2–Signaleren en herkennen van depressieve klachten.
(algemeen en/of bij deze cliënt, in relatie tot somatiek, fysieke gesteldheid, interpretatiewaarde)

3–Interveniëren bij depressie /kennis/ bejegeningaspecten.
(Rol, stijl, kracht, zwakte, samenwerking anderen?)

Gerelateerd aan deelvraag 3

4–Kwaliteit van leven i.r.t. depressie.
(kennis (bijv. scholing) m.b.t. depressie bij ouderen)

(invloed van jou, jouw normen en waarden, jouw rol hierin) (invloed, eigen rol cliënt) (belemmeringen, kansen)

5–Als verpleegkundige aansluiten op/ inleven in de depressie van de cliënt.

(invloed van jouw rol, jouw stijl, jouw moeite, wat lukt goed?)

6–Visie op rol begeleiden en managen depressie (toekomst).

(rol verpleegkundige i/h algemeen, jouw rol t.a.v. ontwikkeling)

Gerelateerd aan deelvraag 4

7–Contact en uitwisselen ervaringen tussen cliënt en verpleegkundige.

(invloed van jou, je rol, invloed vanuit cliënt)

(onderwerp van gesprek, afspraken over, evalueren)

(inleven in/ invloed eventuele eigen (privé) ervaringen met depressie)

8–Ervaringsdeskundigheid en zelfsturing van de cliënt t.o.v. de depressie.

(eigen invloed en rol, is dit onderwerp van gesprek tussen zorgvrager/ verlener?)

Afsluitend eventueel ontbrekende variabelen invullen:

Gegevens cliënt/casus

- Indicatie voor zorg :
- Leeftijd : jr
- Geslacht : m / v
- Sociale omstandigheden :
- In zorg sinds: d.d. :/...../.....

Gegevens verpleegkundige

- Leeftijd : Jr
- Geslacht : m/ v
- Aantal dienstjaren :
- Dienstverband :FTE
- Vooropleiding m.b.t. depressie :

(Ter controle, dit is ook in voorscreening gevraagd)

Slotvraag (data-analyse)

Terugblikkend op wat we besproken hebben: “Wat zijn volgens jou rondom de depressie bij ouderen, dat wat wij besproken hebben tijdens dit interview, de drie belangrijkste punten?”

- 1.
- 2.
- 3.

Bijlage 2: Uitnodigingsbrief en toestemmingsverklaring

Aan :
Van : Rob Scheurink

Betreft: uitnodiging interview depressieve cliënt

Beste Mw.....,

Als docent van Saxion Enschede, HBO-V, doe ik in het kader van de Masteropleiding Health care & social work onderzoek. Om onderwijs te verbeteren voor de toekomstige verpleegkundigen onderzoek ik ervaringen van verpleegkundigen in de wijk bij het verplegen en begeleiden van cliënten met een depressie. De cliënt is daarbij primair in zorg vanwege een fysieke indicatie.

Via de e-mail of het intranet van uw instelling heeft u informatie over het onderzoek kunnen lezen. Bij aanvang van het interview zal ik u de procedure toelichten.

Op afgesproken (*) tijd, plaats en datum kom ik naar u toe om het interview af te nemen.

* Datum: **23 december 2014** Tijd: **15.00 uur** Locatie: **Zeearend 2, Almelo**

Het interview wordt audio-opgenomen. Bij de opzet het onderzoek en het interview, het genereren van de informatie, verwerken en bewaren wordt de 'gedragscode voor praktijkgericht onderzoek' (HBO raad, 2010) gehanteerd. De resultaten worden nadien aan de deelnemers en betrokkenen van het onderzoek gepubliceerd.

U bent geheel vrijblijvend in het meewerken aan het interview en ondanks dat juist uw ervaringen en beleving hetgeen is waar ik nieuwsgierig naar ben, staat u de mate waarin u dit deelt of onthult vanzelfsprekend vrij.

Vooraf wordt aan u officieel om toestemming gevraagd middels een ter plekke te ondertekenen verklaring. Uw manager of directeur is op de hoogte van dit onderzoek echter vanwege het zelfsturende karakter van uw functie ligt besluit tot deelname geheel en alleen bij uzelf.

Mocht u naar aanleiding van deze brief of van eerdere (digitale) correspondentie nog vragen hebben, aarzel dan niet om contact met me op te nemen. U kunt mij dan mailen of bellen op onderstaande e-mail of telefoonnummer.

Ik zie er naar uit met u in gesprek te gaan, vriendelijke groeten,

Rob Scheurink

Docent/Onderzoeker

Saxion | University of applied sciences | Academie Gezondheidszorg |
M.H.Tromplaan 28 | Postbus 70.000 7500 KB Enschede | kamer E2.70
T: +31 (0)6 12378292 | R.G.Scheurink@saxion.nl | www.saxion.nl
Werkdagen: ma-dg, di-dg, wo-ocht, do-dg.

Bijlage: Toestemmingsverklaring in tweevoud.

Toestemmingsverklaring onderzoek 'psychiatrie in de thuiszorg'

Toestemmingsverklaring voor deelname aan het onderzoek naar ervaringen en beleving van verpleegkundigen in de wijk bij 'psychiatrie in de thuiszorg; de depressieve cliënt'.

Ik,(naam), heb de schriftelijke informatie vooraf gelezen en heb weloverwogen besloten deel te nemen aan het interview.

Ik was vooraf in de gelegenheid gesteld vragen te stellen over de aard en opzet van het onderzoek en over het verwerken van de gegevens nadien. Ik ben voorgelicht door de onderzoeker.

Ik neem deel aan het onderzoek op vrijwillige basis en ik leen mij het recht zonder opgave van reden me terug te trekken of toestemming te verlenen voor gebruik van de door mij geleverde gegevens.

Voor akkoord

Naam:

Geboortedatum:

Handtekening:

Datum:

Ondergetekende, verantwoordelijk onderzoeker, verklaart dat de hierboven genoemde persoon zowel mondeling als schriftelijk over het bovenvermelde onderzoek volledig is geïnformeerd.

Naam: Rob Scheurink

Functie: Docent/ onderzoeker

Organisatie: Saxion, academie gezondheidszorg (AGZ)

Handtekening:

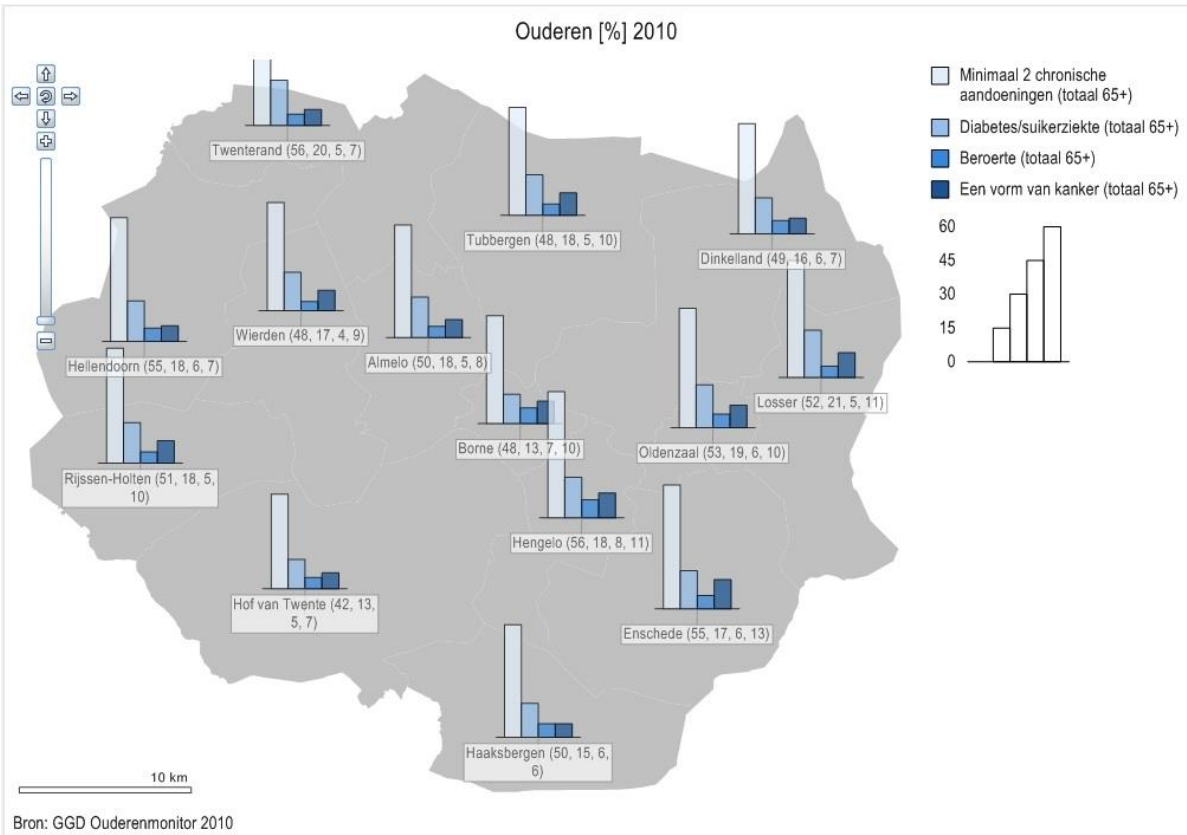
N.B: er worden twee exemplaren ondertekend, één exemplaar voor de interviewer, één exemplaar voor de respondent.

Voetnoot exemplaar interviewer: Dit exemplaar retour aan interviewer.

Voetnoot exemplaar respondent: Dit exemplaar mag u houden.

Bijlage 4: Overzicht ouderen en aandoeningen in Twente

In onderstaande figuur is te zien dat de verdeling van ouderen en aandoeningen relatief gelijkmatig verdeeld zijn in de steden in de regio Twente.



Figuur 1: Ouderenmonitor GGD Twente: bron: www.ggdtwente.buurtmonitor.nl

Bijlage 5: Diversiteit respondenten en cases

5a: Respondenten

Per mail onderstaande gegevens uitgevraagd bij aangemelde respondenten.

Variabelen respondenten	Variabelen cliënt
• Leeftijd: • Sekse: • Aantal jaren ervaring als verpleegkundige in de wijk: • Opleidingsniveau: • Scholing gevolgd over depressie: • Werkgebied: Stad/ dorp	• Sekse: • Nationaliteit • Opleidingsniveau cliënt: • In zorg/ in zorg geweest: • Somatiek: Variabelen cliënt worden voor de steekproef niet meegenomen. Mogelijk van invloed in de fase van data-analyse. (Zie samenvatting cases/cliënten)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
						*											
Leeftijd	2	4	2	4	6	3	2	3	5	5	5	4	2	4	3	3	2
	3	7	6	9	0	8	6	9	3	9	1	8	7	4	5	3	5
Sekse M/V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
Ervaringsjaren	1	4	6	8	3	3	5	3	2	2	1	3	2	1	7	1	3
					2				0	5	9			2			
HBO (H)/ MBO (M)	H	H	M	M	H	M	H	M	H	?	H	M	H	H	M	?	M
Scholing depressie J/N	J	J	N	N	J	J	N	J	J	?	J	N	N	N	J	J	N
Religie	G	G	W	W	W	W	W	W	W	W	W	W	G	W	W	G	W
Werk in stad/ dorp (S/D)	S	S	D	S	S	S	D	D	D	D	S	D	D	D	S	D	D
Selectie :																	

Figuur 2. Diversiteit respondenten

Toelichting:

Sekse en leeftijd: Er zijn allemaal vrouwelijke respondenten waarvan:

5 respondenten tussen 20 en 30 jaar

4 respondenten tussen 30 en 40 jaar

4 respondenten tussen 40 en 50 jaar

4 respondenten tussen 50 en 60 jaar

Gemiddelde leeftijd: 42,3 jaar, range: 23 – 60 jaar

Ervaring: ervaringsjaren liggen tussen 1 en 32 jaar.

Gespecificeerd: 1 = 5,9%

0 – 5 jaar: 9 respondenten:	= 52%	→ 3 pers.
5 – 10 jaar: 3 respondenten:	= 17,7%	→ 2 pers.
10 – 15 jaar: 1 respondent:	= 5,9%	→ 1 pers.
15 – 20 jaar: 2 respondenten:	= 11,8%	→ 1 pers.
≤ 20 jaar: 2 respondenten:	= 11,8%	→ 1 pers.

Opleidingsniveau: Er zijn 8 HBO opgeleide en 7 MBO opgeleide respondenten, twee een vraagteken.

Bijscholing: 9 respondenten hebben bijscholing gehad over depressie, 7 niet en één is nog een vraagteken.

Werkgebied: 7 respondenten werken bij cliënten in de stad en 10 werken in een dorp.

Cliënten: Kenmerken van de cliënten zijn zeer divers wat betreft de somatiek. 1 cliënt blijkt dementerend, dit is mogelijk een reden voor exclusie in verband met topic 4 en 5 (bijlage 1).

Verantwoording:

De variabele sekse is komen te vervallen, alle respondenten zijn vrouw.

Als uitgangspunt zijn de leeftijdscategorieën genomen om van daaruit de maximum variatie te genereren. Uit elke categorie zijn qua aantal naar rato respondenten gekozen waarbij de overige variabelen, voor zover in variatie aanwezig zijn meegenomen.

Categorie 1: Respondent 1: omdat zij van alle respondenten de jongste is, HBO opgeleid, werkgebied = stad. Respondent 3, MBO opgeleid maar de meeste ervaringsjaren (6) heeft, werkgebied dorp, geen scholing m.b.t. depressie gehad. Respondent 17 zit daar tussenin, MBO opgeleid, 3 jaar ervaring, wel scholing depressie gehad, werkt in dorp. Respondent 17 heeft zich teruggetrokken na de steekproef.

Categorie 2: Deze categorie heeft alleen MBO-ers (resp. 16 MBO of HBO onbekend), allen hebben scholing gevolgd m.b.t. depressie. Keuze voor respondent 8 en 16 is op basis van werken in een dorp of stad.

Categorie 3: Hier is gekozen op basis van MBO/ HBO en stad versus dorp. 3 van de 4 hangen wel een religie aan. Dorp en variatie in ervaringsjaren zijn doorslaggevend. Respondent 2, 49 jaar, MBO en 8 jaar ervaring, werkgebied stad. Respondent 14, 44 jaar, HBO en 12 jaar ervaring. Beiden geen scholing m.b.t. depressie. 3 van de 4 niet. Er is twijfel tussen aanname van respondent 2 en 14. Wat laat ik prevaleren, wel/geen scholing, MBO/HBO. Vooralsnog op basis van externe doelstelling onderzoek gekozen voor variatie in MBO/HBO.

Categorie 4: Respondent 5, omdat zij het oudste is van alle respondenten en de meeste ervaring heeft. Respondent 11, omdat zij in deze leeftijdscategorie de jongste is (51 jr.) en de minste ervaringsjaren heeft. Bij 1 (van de 4) is niet bekend of zij scholing heeft gevolgd m.b.t. depressie of HBO is of MBO, de overige respondenten zijn HBO en hebben bijscholing m.b.t. depressie gevolgd. De 2 niet gekozen respondenten uit deze groep werken in een dorp, de gekozen respondenten in een stad. De variabelen leeftijd en ervaringsjaren wegen zwaarder dan het werkgebied.

Dit brengt het totaal aantal respondenten op 9 met daarvan de volgende variatie in variabelen:

<i>Variabele</i>	<i>range</i>	<i>Totaal (n=17)</i>	<i>Variatie respondenten</i>
Leeftijd	23-60		23, 25, 26, 33, 39, 44, 49, 51, 60
Sekse M/V		17	
Ervaringsjaren	1-32		1, 1, 3, 6, 8, 12, 19, 32
HBO (H)/ MBO (M)		MBO=7 HBO= 8 Onbekend= 2	4 X MBO 4 X HBO 1 X onbekend
Scholing depressie J/N		9X ja 7X nee	5 X ja 4 X nee
Werk in stad/ dorp (S/D)		7 X stad 10 X dorp	4 X stad 5 X dorp

Alle respondenten (n=9), vrouwelijke verpleegkundigen komen uit Noord-Oost-Twente, 4 uit de stad; Almelo, 6 uit de dorpen; Westerhaar (2), Albergen (1), Tubbergen (1) en Vriezeveen (2).

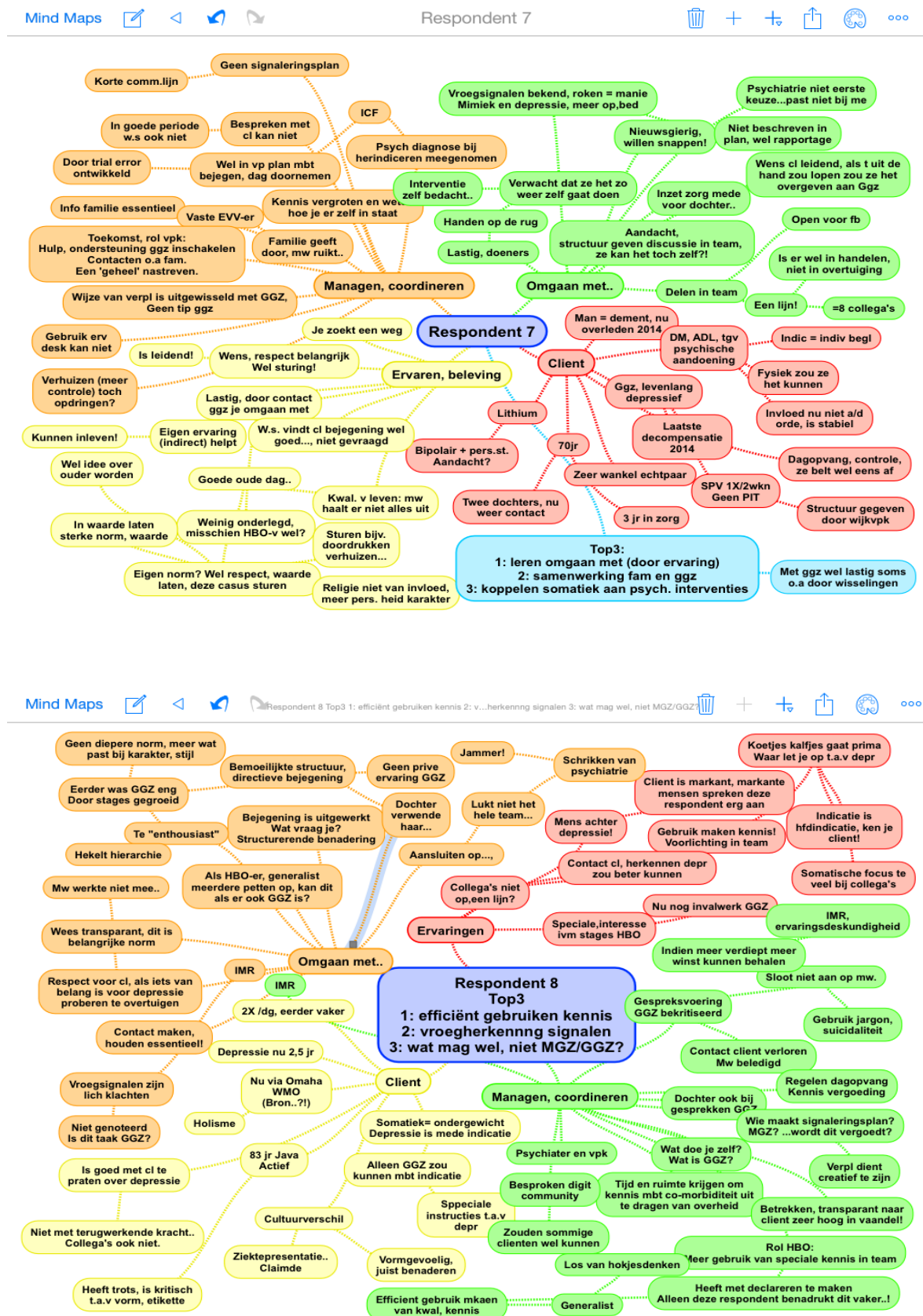
5b Cases

Samenvatting cases/ cliënten

Twee respondenten verplegen een patiënt met een depressie als de primaire indicatie voor zorg, 7 verplegen/verpleegden een cliënt met een somatische indicatie met de depressie als psychiatrische nevendiagnose/co-morbiditeit. De cliënten zijn tussen de 69 en 83 jaar. Drie zijn alleenstaand en weduwe of weduwnaar, vier leven met een partner, en een heeft een Latrelatie. Eén echtpaar woont naast hun zoon met zijn vrouw en hebben daarmee de mantelzorgers naast de deur. Drie cliënten hebben mantelzorg of zorgbetrokkenheid van één of meerdere kinderen op relatief korte afstand (≥ 10 kilometer). In één geval wordt wel mantelzorg geboden door twee dochters maar het contact daarmee was lange tijd verbroken en wordt nog steeds als zeer fragiel beschreven. Er worden of werden tussen de 2 en 4 zorgcontacten per cliënt per dag geboden.

Bijlage 6: Voorbeeld mind-map

Voorbeelden mind-maps (respondent 7 en 8)



Toelichting 'meewerken aan onderzoek'

Beste verpleegkundige in de wijk,

Hieronder vind je een toelichting op het verzoek om deelname in het onderzoek 'Psychiatrie in de thuiszorg'.

Kort voorstellen (+foto)

Naam: Rob Scheurink

Docent verpleegkunde bij Saxion, academie gezondheidszorg, HBO-V

Daarvoor (1997-2012) werkzaam in de ZGT Almelo, afdeling psychiatrie (PAAZ)

Functie: Consultatief psychiatrisch verpleegkundige (o.a. thuiszorg, toen TNWT)

Agressietrainer (o.a. weerbaarheidstrainingen bij Zorgaccent (TNWT))

Waarom dit onderzoek?

Vanuit mijn functie als consultatief psychiatrisch verpleegkundige in het ziekenhuis in Almelo kwam ik tot ongeveer 2011 regelmatig bij de thuiszorg (TNWT/Zorgaccent) in Almelo en omstreken. Ik bezocht destijds thuiszorgmedewerkers op locatie voor onder andere weerbaarheidstrainingen, maar zorgde ook voor ondersteuning aan thuiszorgmedewerkers bij lastige, soms psychiatrische casussen. Dit laatste houdt me nu, in mijn nieuwe baan als docent, weer erg bezig.

Omdat veel van de studenten waaraan ik nu doceer in de toekomst in de thuiszorg zullen gaan werken, heeft dit, vanwege mijn verleden, mijn speciale aandacht. Ik weet namelijk dat er bij de cliënten in de thuiszorg vaak ook een extra, tweede (soms derde) diagnose bijkomt zoals bijvoorbeeld een depressie. Cijfers onderbouwen dit (Trimbos, 2007).

Behalve docent bij Saxion, ben ik nu ook student aan een masteropleiding (Health care & Social work). Voor het afstuderen moet ik een meesterproef, een afstudeeronderzoek doen. Het gaat om een praktijkgericht onderzoek waarbij ik informatie verzamel in het beroepsveld die ik verwerk en interpreteer in mijn eindopdracht.

Ik ben nog steeds een echt praktijkmens en wil het onderwijs van de HBO-V zoveel mogelijk laten aansluiten op datgene wat de verpleegkundige meemaakt of tegen kan komen. Vandaar dat ik mijn meesterproef richt op die praktijk.

Wat vraag ik?

Ik wil graag de ervaringen optekenen van verpleegkundigen met cliënten, die naast de fysieke indicatie voor zorg kampen met een depressie. Daartoe wil ik een aantal interviews afnemen.

Wat zoek ik?

Tussen de 5 en 15 verpleegkundigen (niveau 4 of 5) die een cliënt met een depressie in zorg hebben of hebben gehad. Het precieze aantal benodigde interviews moet blijken gaandeweg het onderzoek. De fase van data verzamelen wordt afgerond zodra voldoende informatie is verkregen.

Het is geen probleem als er meerdere verpleegkundigen rondom dezelfde casus meedoen. Het gaat om jouw individuele ervaring, niet om de cliënt.

Welke inspanning kost het jou?

De individuele interview tijd bedraagt ongeveer 45 minuten per persoon.

Waar worden interviews afgenomen?

Ik spreek met je af op de locatie waar je werkt.

Hoe zit het met vertrouwelijkheid?

De gegevens zullen met grote zorgvuldigheid worden behandeld en blijven anoniem. Volgens vastgestelde en beveiligde procedures worden de interviews en de transcripten 5 jaar bewaard. In het onderzoeksverslag worden geen namen genoemd. E.e.a. zal ik toelichten direct voorafgaande aan het onderzoek. De interviews worden allemaal door mijzelf afgenomen en uitgewerkt.

Wat levert het je op?

De bevindingen en resultaten worden na het verwerken ervan teruggekoppeld in een onderzoeksverslag, als geïnterviewde ontvang je vanzelfsprekend een exemplaar.

De interview vragenlijst is onderbouwd vanuit de laatste actualiteit en literatuur. Ik leef vanuit het principe 'voor wat, hoort wat'. Mocht er (in de toekomst) vanuit het veld een vraag zijn richting Saxion dan ben uiteraard bereid me daar sterk voor te maken. Wie weet wordt psychiatrie nog een 'hot topic' binnen de thuiszorg.

Wanneer worden interviews gepland?

Tussen 1 februari en 1 mei zullen de interviews plaatsvinden. Mogelijk heb ik in december 2014, januari 2015 één iemand nodig die wil 'proefdraaien' om de interview vragenlijst te testen.

Tot slot

Mocht je wel willen maar heb je nog vragen of twijfels, aarzel dan niet om mij te mailen of te bellen.

Ik heb toestemming verkregen van je leidinggevende, manager of directeur van de organisatie waar je werkt.

Zorgaccent; Erik Vuurboom

TriviumMeulenbelt; Marie-Louise Engbers

BTK zorg; Renate Vleugels

Vriendelijke groeten, Rob Scheurink

Docent /onderzoeker

Student master HCSW (Health care & Social work)

Saxion | University of applied sciences | Academie Gezondheidszorg | M.H.Tromplaan 28 |

Postbus 70.0007500 KB Enschede | kamer E2.70 T: +31(0)6 12378292

IR.G.Scheurink@saxion.nl | www.saxion.nl Werkdagen: ma-dg, di-dg, wo-ocht, do-dg.