

- Home no. 5 | Nov. 2014 | Themanummer: Een Leven Lang Leren
- Eerdere edities
- Verenso.nl

## Doen bij Depressie



### Zorgprogramma, onderzoek en implementatie

Dr. Roeslan Leontjevas, psycholoog en universitair docent, Open Universiteit te Heerlen

Dr. Els Derksen, verpleegkundig onderzoeker en netwerkcoördinator, Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON), Radboudumc te Nijmegen

Dr. Martin Smalbrugge, specialist ouderengeneeskunde en senior onderzoeker, hoofd Gerion, VUmc Amsterdam

Prof. dr. Raymond T.C.M. Koopmans, specialist ouderengeneeskunde in De Waalboog en hoogleraar ouderengeneeskunde i.h.b. de langdurige zorg, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Radboudumc te Nijmegen

Dr. Debby L. Gerritsen, psycholoog en senioronderzoeker, UKON en afdeling Eerstelijngeneeskunde, Radboudumc te Nijmegen

[debby.gerritsen@radboudumc.nl](mailto:debby.gerritsen@radboudumc.nl)

**In een twee jaar durend onderzoek werd gekeken of Doen bij Depressie inderdaad effectief is in het verlagen van depressies en werd een procesevaluatie uitgevoerd van de kwaliteit van het onderzoek en de implementatie van het zorgprogramma. Dit artikel gaat vooral over die procesevaluatie.**

### Achtergrond en doel

Depressieve klachten en depressies komen vaak voor bij ouderen in verpleeghuizen.<sup>1</sup> Depressie heeft negatieve consequenties voor het welbevinden van patiënten en wordt zowel met een hoger zorggebruik als met een hogere mortaliteit geassocieerd.<sup>2,3</sup> Allemaal redenen om er aandacht aan te besteden. Depressieve klachten worden vaak niet herkend, waardoor patiënten niet de juiste behandeling en begeleiding ontvangen.<sup>4</sup> Het structureel opsporen van depressieve klachten met gevalideerde screeningsinstrumenten wordt bijvoorbeeld nog onvoldoende uitgevoerd. Hoewel uit onderzoek blijkt dat een behandeling het meest effectief is wanneer naast medicatie ook psychosociale interventies worden toegepast,<sup>5</sup> blijft een depressiebehandeling in verpleeghuizen nog vooral medicamenteus.<sup>6</sup>

De aanwezigheid van verschillende disciplines in Nederlandse verpleeghuizen biedt juist een uitstekende gelegenheid om depressies en depressieve klachten op een effectieve manier op te sporen en te behandelen. Met het doel de depressiezorg in verpleeghuizen te verbeteren, heeft het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON) een multidisciplinair zorgprogramma ontwikkeld: Doen bij Depressie ('Act in case of Depression').<sup>7</sup> Het is gebaseerd op nationale en internationale richtlijnen voor depressiezorg en op evidentie uit wetenschappelijk onderzoek. Het zorgprogramma is ontwikkeld door wetenschappers in samenwerking met de werkgroep UKON-psychologen, die eerder een consensustraject over 'stemming' had afgerond (UKON, 2007).

In een twee jaar durend onderzoek werd gekeken of Doen bij Depressie inderdaad effectief is in het verlagen van depressies<sup>8,9</sup> en werd een procesevaluatie uitgevoerd van de kwaliteit van het onderzoek en de implementatie van het zorgprogramma.<sup>10</sup> Dit artikel gaat vooral over die procesevaluatie.

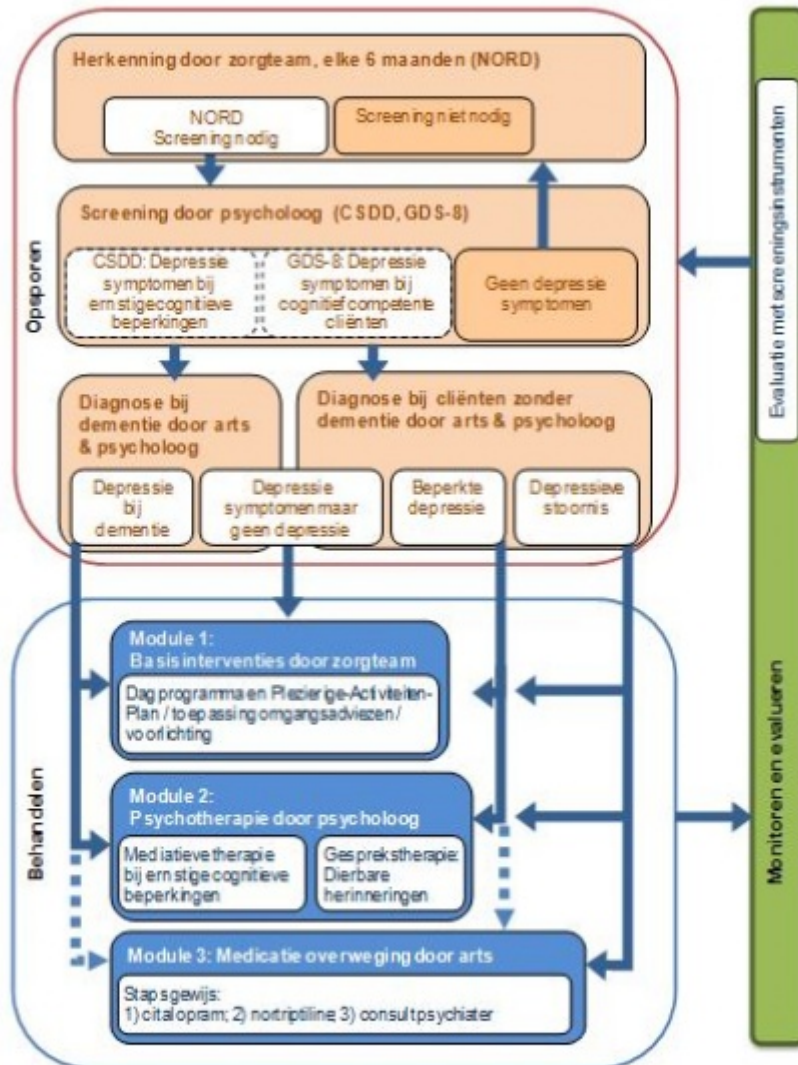
## Inhoud zorgprogramma Doen bij Depressie

Doen bij Depressie bestaat uit drie fasen: Opsporen, Behandelen en Monitoren. In figuur 1 is het zorgprogramma schematisch weergegeven. Binnen iedere fase hebben het zorgteam, de psycholoog en specialist ouderengeneeskunde hun eigen taken en vinden overleg en afstemming plaats. Het zorgprogramma omvat het gebruik van screenings- en diagnose-instrumenten in de fases Opsporen en Monitoren, zoals de Nijmegen Observer Rated Depression schaal (NORD), een 5-item screeningslijst voor verzorgenden, en twee instrumenten in te vullen door de psycholoog: de verkorte versie van de Geriatric Depression Scale (GDS-8) en de Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD). Bij patiënten zonder dementie wordt depressie na het screenen gediagnosticeerd aan de hand van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.<sup>11</sup> In het zorgprogramma wordt een onderscheid gemaakt tussen een 'beperkte depressie' (twee tot vijf symptomen) en een 'depressieve stoornis' (vijf of meer symptomen). Bij patiënten met dementie worden voor het diagnosticeren van depressie de Provisional Diagnostic Criteria for Depression in Alzheimer Disease (PDCdAD)<sup>12</sup> gebruikt.

De fase Behandelen is modulair opgebouwd. Module 1 (basisinterventies) start als er sprake is van depressiesymptomen bij de patiënt en wordt uitgevoerd door de verzorgenden, indien mogelijk samen met de activiteitenbegeleider (AB). De module omvat voorlichting en een dagprogramma in combinatie met een activiteitenplan, passend bij een patiënt met depressieve klachten. Als er niet alleen sprake is van depressiesymptomen maar ook van een depressiediagnose, wordt naast Module 1 ook Module 2 toegepast. In deze module start een psycholoog – indien de patiënt daartoe cognitief en communicatief in staat is - een gesprekstherapie. Hierbij adviseert het zorgprogramma 'Dierbare Herinneringen' (Life-Review Therapy) als eerste keuze vanwege de beschikbare evidentie en toepasbaarheid in verpleeghuizen.<sup>13</sup> Bij patiënten bij wie gesprekstherapie helemaal niet mogelijk is, wordt Mediatieve Therapie toegepast, dat wil zeggen dat de psycholoog het zorgteam adviseert en ondersteunt in het omgaan met patiënten met een depressie.

De fase Monitoren houdt in dat behandeling wordt geëvalueerd met gebruikmaking van de meetinstrumenten die bij de screening waren afgenomen. Voor patiënten waarbij geen depressieve klachten waren geconstateerd start na vier-zes maanden de cyclus opnieuw met het invullen van de NORD door verzorgenden.

**Figuur 1. Het zorgprogramma Doen bij Depressie**



*Noot: de overgang van Herkenning naar Screening en van Screening naar Diagnosticeren vindt plaats als de score op een meetinstrument een zeker afkappunt bereikt of als er andere belangrijke aanwijzingen zijn voor aanvullend onderzoek. "Depressiesymptomen maar geen depressie" wordt vastgesteld wanneer een afkappunt op het screeningsinstrument is bereikt en behandeling nodig wordt geacht door de psycholoog en de specialist ouderengeneeskunde.*

## Resultaten effectstudie

In de periode van mei 2009 tot en met april 2011 is een multicenter gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek uitgevoerd om de effectiviteit van het werken volgens Doen bij Depressie in de dagelijkse praktijk te vergelijken met gebruikelijke depressiezorg (usual care).<sup>8,9</sup> In tien UKON-zorgorganisaties hebben 33 afdelingen meegedaan aan deze effectstudie. Het onderzoek was opgezet volgens een Stepped-Wedge design, waarbij na iedere meting een aantal afdelingen overstapte van gebruikelijke depressiezorg naar werken volgens het zorgprogramma DbD.

Na invoering van het zorgprogramma was de depressieprevalentie – primaire uitkomstmaat gemeten met de CSDD – op somatische afdelingen gedaald met 7.3% in absolute zin (95% BI: -13,7 tot -0,9; Cohen's d: -0,6) in vergelijking met gebruikelijke zorg. Op PG-afdelingen zorgde het programma als geheel niet voor een significant lagere depressieprevalentie.

Apathie (een secundaire uitkomstmaat) bij patiënten van PG-afdelingen nam af met 2,3 punten op de Apathie Evaluation Scale (AES-10) (95% CI -3,3 tot -1,3;  $p < 0.001$ ; Cohen's d, -0,35). Op de somatische afdelingen was er geen significant verschil op de AES tussen gebruikelijke zorg en het zorgprogramma.

De eigen oordelen van patiënten over hun kwaliteit van leven onderschreven de effectiviteit van het zorgprogramma. Op beide typen afdelingen verbeterde de kwaliteit van leven, gemeten met de Visueel Analoge Schaal van de Euroqol-5D, met 3,4 punten (95% CI: 0,5 tot 6,3, Cohen's d, 0,4 – 0,5).

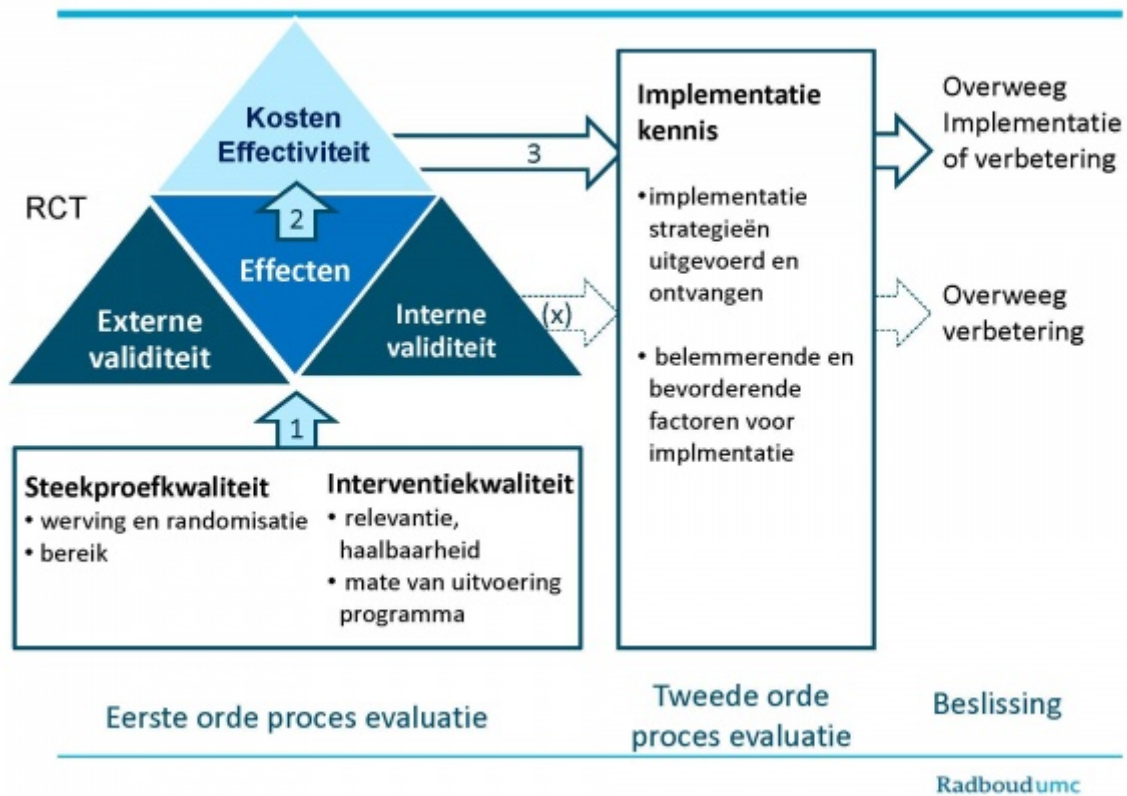
Hoewel de gevonden effecten op afdelingsniveau niet zeer hoog waren voor het zorgprogramma als geheel, kunnen ze als klinisch relevant gezien worden. Een effectgrootte van 0,2 (Cohen's d, absoluut effect gedeeld door de standaarddeviatie bij aanvang) kan geïnterpreteerd worden als het minimale klinisch relevante effect bij een vergelijking van een nieuwe interventie en een bestaand alternatief of gebruikelijke zorg.<sup>14</sup>

## Procesevaluatie

Bij complexe interventies kan een procesevaluatie inzicht geven in hoe en waarom de interventie werkt. Om te achterhalen welke elementen van het zorgprogramma effectief zijn en waar mogelijkheden liggen voor verbetering van het programma, hebben we een procesevaluatie uitgevoerd volgens een model gebaseerd op elementen beschreven door Linnan & Steckler.<sup>15</sup>

Volgens het voorgestelde model helpen de eerste orde proces-gegevens om inzicht te krijgen in aspecten van interne en externe validiteit (pijl 1, figuur 2). Als de analyse van deze gegevens niet wijzen op bedreigingen van de validiteit van de studie, kunnen effectanalyses en eventueel kosteneffectiviteitsanalyses uitgevoerd worden (pijl 2, figuur 2). Samen met opgedane kennis over implementatie (pijl 3, figuur 2), kunnen de resultaten van effectanalyses leiden tot bredere implementatie dan wel verbetering van de interventie. Als een studie geen interne validiteit heeft en/of beperkte externe validiteit, kan besloten worden om af te zien van effectanalyses (pijl x). De resultaten van de tweede orde analyse kunnen alsnog gebruikt worden om de interventie te verbeteren.

Figuur 2. Procesevaluatiemodel<sup>10</sup>



Leontjevas et al., JAMDA 2012

Radboudumc

Volgens het model bestaan de eerste orde procesgegevens uit de *steekproefkwaliteit* (beschrijving en resultaten van procedures voor de werving en randomisatie van verpleeghuisafdelingen en hun patiënten) en de *interventiekwaliteit* (relevantie en uitvoerbaarheid van het programma, en de mate waarin de interventie werd uitgevoerd zoals gepland). Deze gegevens geven informatie over interne en externe validiteit. Het is belangrijk om de eerste orde procesgegevens te analyseren voorafgaand aan de statistische effectanalyses. De tweede orde procesgegevens—die de uitgevoerde implementatiestrategieën beschrijven, de blootstelling daaraan van de deelnemers en de belemmerende en bevorderende factoren – kunnen na de effectanalyses worden uitgevoerd om implementatiekennis te vergroten.

## Eerste orde procesevaluatie van Doen bij Depressie

### Steekproefkwaliteit

Om de steekproefkwaliteit te evalueren werden de werving en de randomisatie procedure voor afdelingen beschreven. 'Bereik' werd geoperationaliseerd als het aandeel patiënten van een afdeling dat deelnam aan de studie en het aandeel bij het zorgprogramma betrokken professionals. De informed consent (IC) procedure voor patiënten werd beschreven evenals belemmerende en bevorderende factoren voor werving van patiënten. Een uitgebreide beschrijving van de werving en randomisatie is te lezen in onze eerdere publicaties.<sup>9,10</sup> In algemene zin is te zeggen dat de beoordeelde aspecten van interne en externe validiteit als ruim voldoende konden worden beschouwd. Er zijn geen afdelingen uitgevallen tijdens de studie, en de randomisatie verliep zoals voorgeschreven en geblindeerd.

Aangaande bereik bleek dat van de verzorgenden die werkzaam waren op de deelnemende afdelingen, 85% (n= 712) de bij het zorgprogramma behorende depressie-cursus heeft gevolgd. Tijdens het invoeren van het zorgprogramma vonden veel personeelwisselingen plaats; 581 van de getrainde verzorgenden werkten bij de afsluitende meting ook nog op de afdeling. Daarnaast waren er op de 33 afdelingen 49 artsen, 42 psychologen en 44 afdelingshoofden betrokken bij de uitvoering van interventie, met respectievelijk 22, 19 en 11 wisselingen tijdens de implementatieperiode. Van de deelnemende patiënten overleed 44% van de 451 PG-patiënten en 31% van de 432 somatische patiënten tijdens de studie.

Ondanks de voortdurende werving van nieuw opgenomen patiënten daalde het percentage patiënten met een IC op de PG-afdelingen van 62% aan het begin van de studie tot 50% aan het einde van de studie. Het percentage IC's op de somatische afdelingen steeg juist geleidelijk van 52% tot 56% bij de vijfde meting en daalde tot 49% bij de zesde en tevens laatste meting. De IC-percentages waren te vergelijken met cijfers uit andere studies in verpleeghuizen naar depressiezorg. Belemmeringen voor deelname van patiënten waren vooroordelen over depressie en/of lage motivatie bij patiënten en/of hun wettelijke vertegenwoordigers, slechte gezondheid van patiënten en zorgen van vertegenwoordigers over de belasting voor de patiënt of over slechtere zorg doordat verzorgenden tijd aan de studie moesten besteden.



## Interventiekwaliteit

De evaluatie van de interventiekwaliteit liet zien dat het belangrijk was om in de aanvullende (sensitiviteits) effectanalyses te corrigeren voor de mate waarin elementen van het zorgprogramma uitgevoerd werden. PG en somatische afdelingen verschilden in de mate waarin elementen van het zorgprogramma werden uitgevoerd. Verder was er een verschil in de mate van uitvoering van afzonderlijke elementen van het zorgprogramma. Terwijl assessment procedures (herkennen, screenen en diagnosticeren) in 76% van de geïndiceerde gevallen werden uitgevoerd, behandelden de multidisciplinaire teams patiënten met een depressie of depressieve klachten slechts in 40% van de voorgeschreven gevallen volgens de voorgeschreven procedures. Monitoring van de resultaten van de behandeling werd het minst uitgevoerd (18%) (zie ook tabel 1). Ondanks de niet optimale uitvoering van de interventie-onderdelen, waren verpleeghuismedewerkers die betrokken waren bij de uitvoering van Doen bij Depressie tevreden met het zorgprogramma en rapporteerden dat het relevant en uitvoerbaar is in verpleeghuizen. Dit kan gezien worden als een belangrijk gegeven voor externe validiteit.

Omdat het zorgprogramma in de meeste gevallen niet in zijn geheel is uitgevoerd, heeft dit consequenties voor de interne validiteit. De conclusie was dat in de (nadere) effectanalyses niet alleen rekening gehouden moest worden met het type afdeling, maar ook met de mate waarin de elementen van het zorgprogramma werden uitgevoerd.

**Tabel 1. Mate waarin de teams de DbD-onderdelen uitvoerden: aantal bewoners dat DbD-onderdelen onderging ten opzichte van het aantal bewoners dat de onderdelen zou moeten ondergaan (%)**

	PG	Somatiek	Totaal	<i>P type Afdeling</i>
<b>DbD fasen</b>				
<b>Opsporen</b>				
- Herkennen	82 (17) [16]*	89 (14) [17]	86 (16) [33]	0.201
- Screenen	47 (39) [16]	64 (32) [17]	55 (36) [33]	0.183
- Diagnosticeren	52 (39) [15]	53 (43) [16]	52 (41) [31]	0.926
Totaal opsporen**	69 (19) [16]	82 (15) [17]	76 (18) [33]	0.045
<b>Behandelen</b>				
- Module 1	48 (42) [16]	35 (38) [16]	42 (40) [32]	0.337
- Module 2	17 (35) [14]	49 (48) [15]	33 (45) [29]	0.056
- Module 3	44 (45) [15]	37 (48) [15]	40 (46) [30]	0.666
Totaal behandelen	43 (33) [16]	38 (40) [16]	40 (36) [32]	0.745
<b>Monitoren/evalueren</b>	22 (32) [15]	14 (27) [16]	18 (30) [31]	0.452

\* *gemiddeld percentage bewoners, (Standaard Deviatie), [aantal afdelingen waarop bewoners verbleven voor wie een DbD onderdeel zou moeten worden uitgevoerd]*

\*\* *omdat niet voor alle patiënten alle opsporingsonderdelen van Doen bij Depressie nodig waren, is het totaal percentage hoger dan dat van sommige onderdelen*

*P type afdeling: verschil tussen PG en somatische afdelingen getoetst met t-toetsen  
Mate van uitvoering van Opsporen en Behandelen verschilde significant: gemiddeld verschil 0.35, SD 0.35, gepaarde t(31) = 5.5, p < 0,001*

## Toepassing eerste orde procesevaluatie

Na uitvoering van de hierboven beschreven intention-to-treat analyses voerden wij verdiepende analyses uit waarin op basis van de procesevaluatie werd gecontroleerd voor de mate waarin de afdelingen de voorgeschreven procedures van het zorgprogramma hadden uitgevoerd. Dergelijke analyses kunnen meer inzicht geven in de werking van het programma. De effectgrootte steeg voor de genoemde uitkomstmaten bij uitgevoerde assessment procedures (Cohen's d voor de primaire uitkomstmaat: -1.10). De analyses die werden uitgevoerd naar aanleiding van de procesevaluatie lieten verder zien dat het effect op apathie in PG afdelingen vooral toe te schrijven was aan Module 1 (basisinterventies; Cohen's d, -0.73). Dit is een relatief grote versterking van het effect op apathie dat uit de intention-to-treat analyses naar voren kwam.

Het effect op depressieve symptomen bij somatische afdelingen was daarentegen vooral toe te schrijven aan Module 2 (gesprekstherapie door psycholoog, Cohen's d, -0.80). We vonden aanwijzingen dat medicatie (Module 3) apathie kon verergeren op beide type afdelingen (Cohen's d, 0.35).

## **Tweede orde procesevaluatie van Doen bij Depressie**

### **Toegepaste implementatiestrategieën**

(Zorg)innovaties vinden niet vanzelf hun weg naar de praktijk, ook al zijn ze bewezen effectief en zijn medewerkers gemotiveerd om ze te gaan gebruiken. Daarvoor is een actieve aanpak nodig met een implementatieplan, maar ook de implementatiestrategieën moeten effectief zijn.<sup>16</sup> Voorafgaand aan, tijdens en na de invoering van Doen bij Depressie vonden verschillende implementatieactiviteiten plaats (zie figuur 3).

### **Belemmerende en bevorderende factoren**

Na afloop van de dataverzameling zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij psychologen, afdelingsmanagers en specialisten ouderengeneeskunde (totaal N=93). Uit de analyse van hun interviews kwamen de volgende redenen voor de suboptimale implementatie naar voren: hoge werkdruk, te weinig tijd voor depressiezorg, problemen in de samenwerking met andere disciplines, (frequente) personeelwisselingen van met name behandelaars, openstaande vacatures van behandelaars, een niet-constructieve rol van het instellingsmanagement, instabiliteit in het zorgteam, reorganisaties en niet-constructieve attitude tegenover het zorgprogramma. Dit betreft factoren die grotendeels van organisatorische aard zijn. Op basis van deze resultaten concluderen wij dat meer facilitatie en sturing vanuit de organisatie noodzakelijk is voor veranderingen in de depressiezorg.

### **Figuur 3. Implementatie tijdens onderzoek Doen bij Depressie (2009-2011)**

#### **Vorbereiding:**

1. Scholing voor zorgteam van 3,5 uur (verzorgenden, helpenden, AB, psycholoog en teamleider):
  - a. herkennen van depressie en hoe om te gaan met patiënt met (een) depressie (klachten);
  - b. zorgprogramma DbD en taken zorgteam in Module 1: Basisinterventies
2. Training voor psychologen van 3,5 uur:
  - a. zorgprogramma DbD en rol psycholoog in Module 1
  - b. toepassen 'Dierbare Herinneringen therapie' en 'Mediatieve therapie' (Module 2: Psychotherapie)
3. Instructie voor de specialist ouderengeneeskunde:
  - a. schriftelijke informatie over zorgprogramma DbD en rol specialist ouderengeneeskunde (SO)
  - b. telefonisch consult door collega specialist ouderengeneeskunde waarin bespreking van medicatieprotocol en individuele patiënten die al medicatie gebruiken voor aanvang Doen bij Depressie.

#### **Uitvoering:**

1. (Telefonisch) contact met psycholoog, specialist ouderengeneeskunde en leidinggevende van afdeling om de voortgang te bewaken en vragen te beantwoorden (voortdurende procesevaluatie)
2. 'Nieuwe' specialisten ouderengeneeskunde en psychologen werden benaderd en getraind in interventie.
3. 'Nieuwe' zorgmedewerkers werden begeleid door hun leidinggevende.

### **Brede implementatie**

De procesevaluatie geeft handvatten om de implementatie van het zorgprogramma te verbeteren en was aanleiding voor het Doen-bij-Depressie pakket (zie figuur 4). Er is onder andere een implementatiewijzer opgesteld met aanbevelingen bij implementatie.

Zo adviseert de wijzer:

- om een trekker te benoemen die daar een deel van zijn aanstellingsuren aan kan besteden;
- om de uitgangssituatie in de instelling in kaart te brengen (hoe ziet de huidige depressiezorg eruit? Hoe werken welke disciplines hierin samen? Welke attitude hebben de betrokkenen ten aanzien van de verandering?);
- om knelpunten te inventariseren (zijn er meerdere grote projecten tegelijkertijd? Hoe is de betrokkenheid van de leidinggevende van afdeling? Is er steun van management?);
- en om voorwaarden te benoemen (bijvoorbeeld bestuur besluit zorgprogramma te implementeren, draagt dit uit en neemt implementatie van zorgprogramma op in beleidsplan, ondersteunt en faciliteert de implementatie van het zorgprogramma, er is tijd en geld voor scholing, ondersteuning, uitvoering en evaluatie).

**Figuur 4. Doen bij Depressie pakket**

<b>Handboek Multidisciplinair Zorgprogramma Doen bij Depressie</b>	Papieren versie	Bestellen via website
<b>Implementatiewijzer</b>	Digitaal document	Beschikbaar op website
<b>Onderwijsmodules:</b> - Herkennen van depressie - Behandelen van depressie	Digitale modules	Beschikbaar op website
<b>Alle benodigde formulieren:</b> - protocollen, stappenplan, meetinstrumenten, overdracht-formulieren	Digitale documenten	Beschikbaar op website
<b>Training zorgteam</b>	2 x 3 uur	In company
<b>Training psychologen</b>	2 x 4 uur	Individuele inschrijving of In company
<b>Begeleiding implementatie</b>	Inkoop van expertise	Basispakket + Maatwerk
Meer informatie vindt u op: <a href="http://www.ukonnetwerk.nl/doen-bij-depressie">http://www.ukonnetwerk.nl/doen-bij-depressie</a>		

### Discussie

Deze interventiestudie onderstreept het belang om een deel van de procesgegevens (eerste orde-procesgegevens) te analyseren voorafgaand aan de statistische analyses. De procesevaluatie liet niet alleen zien dat het zorgprogramma relevant en uitvoerbaar werd gevonden door betrokken medewerkers, maar ook dat verdere analyses zinvol waren en verfijnd konden worden.

De belangrijkste bevinding is dat het Doen bij Depressie zorgprogramma effectief ingezet kan worden voor het verlagen van de depressieprevalentie op somatische afdelingen, voor de verbetering van de kwaliteit van leven van patiënten en het verlagen van apathie op psychogeriatrische afdelingen. Dit onderzoek is een pragmatische trial die niet gericht was op één specifieke behandelinterventie maar op een geheel van procedures en trajecten voor het opsporen en diagnosticeren van depressies en voor het behandelen daarvan in een multidisciplinair verband. Niettemin heeft de uitgevoerde procesevaluatie data opgeleverd voor aanvullende analyses over (deel)effecten van afzonderlijke

<http://www.verensotijdschrift.nl/om2014/201411/wetenschap/doen-bij-depressie/#.VRQC0vnh0jw>

programma-elementen. Het onderzoek naar Doen bij Depressie is uniek omdat er tot nu toe geen studies uitgevoerd zijn in verpleeghuizen naar de effecten van structurele procedures voor het opsporen en screenen van depressies en depressieve klachten. Dit onderzoek benadrukt dat het routinematig screenen op depressieve klachten en het betrekken van afdelingsmedewerkers daarin uitermate belangrijk is voor de verbetering van de depressiezorg.

Helaas heeft de studie ook laten zien dat het invoeren van zorgprocedures voor het verbeteren van depressiezorg uitdagend blijft in verpleeghuizen. Hoewel zorgmedewerkers voor bijna alle patiënten screeningslijsten hadden ingevuld (onderdeel Herkennen), zijn voor veel patiënten geen verdere stappen ondernomen. Ook werden niet alle depressieve patiënten behandeld en begeleid met gebruik van psychosociale interventies. Meer onderzoek is zeker nodig naar de implementatie van succesvolle behandelstrategieën in verpleeghuizen.

### **Aanbeveling**

De huidige economische uitdagingen kunnen de verbetering van de depressiezorg in de weg staan vanwege bezuinigingen en personeelstekort. Politici moeten zich bewust zijn van mogelijke consequenties van hun beslissingen op de zorg. Toch is het ook belangrijk te beseffen dat de verbetering van depressiezorg niet altijd gekoppeld is aan financiële investeringen. Sommige componenten van het zorgprogramma vragen bijvoorbeeld om relatief weinig tijd, zoals de eerste opsporingsstap met behulp van de NORD door verzorgenden. Voor andere componenten zal de extra tijdsinvestering afnemen door groeiende deskundigheid en ervaring van personeel. Tijdens de implementatie moet de nieuwe werkwijze doorgroeien van een project naar gebruikelijke zorg. Als we depressie in verpleeghuizen beter kunnen opsporen en behandelen én kunnen voorkómen dat mensen depressief worden, levert werken volgens het zorgprogramma Doen bij Depressie mogelijk ook tijdswinst op. Immers mensen met een depressie vragen nu meer zorg (tijd) dan anderen. Dus wij zeggen 'Doen' bij depressie!

***UKON is een samenwerkingsverband tussen de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc en 14 organisaties voor ouderenzorg en chronisch zieken: [www.ukonnetwerk.nl](http://www.ukonnetwerk.nl)***

## Literatuur

1. Mitchell AJ, Kakkadasam V. Ability of nurses to identify depression in primary care, secondary care and nursing homes-A meta-analysis of routine clinical accuracy. *Int J Nurs Stud* 2011; 48: 359-358.
2. Barca ML, Selbaek G, Laks J, et al. Factors associated with depression in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24: 417-425.
3. Smalbrugge M, Pot AM, Jongenelis L, et al. The impact of depression and anxiety on well being, disability and use of health care services in nursing home patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 325-332.
4. Damian J, Pastor-Barriuso R, Valderrama-Gama E. Descriptive epidemiology of undetected depression in institutionalized older people. *J Am Med Dir Assoc* 2010; 11: 312-319.
5. Oestergaard S, Moldrup C. Improving outcomes for patients with depression by enhancing antidepressant therapy with non-pharmacological interventions: a systematic review of reviews. *Public health* 2011; 125: 357-367.
6. Levin CA, Wei W, Akincigil A, et al. Prevalence and treatment of diagnosed depression among elderly nursing home residents in Ohio. *J Am Med Dir Assoc* 2007; 8: 585-594.
7. Gerritsen D, Leontjevas R, Ketelaar N, Derksen E, Koopmans R, Smalbrugge M. Handboek multidisciplinair zorgprogramma Doen bij Depressie. Nijmegen: UKON, 2013.
8. Gerritsen DL, Smalbrugge M, Teerenstra S, et al. Act In case of Depression: The evaluation of a care program to improve the detection and treatment of depression in nursing homes. Study Protocol. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 91.
9. Leontjevas Roeslan, Gerritsen Debby L, Smalbrugge Martin, Teerenstra Steven, Vernooij-Dassen Myrra JFJ, Koopmans Raymond TCM. A structural multidisciplinary approach to depression management in nursing-home residents: a multicentre, stepped-wedge cluster-randomised trial. *The Lancet*, 2013, 381 (9885): 2255 – 2264.
10. Leontjevas R. & Gerritsen D. ea., Process evaluation to explore internal and external validity of the 'Act in case of Depression' care program in nursing homes. *J Am Med Dir Ass*, 2012, 13 (5): 488.e1-8.
11. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
12. Olin JT, Katz IR, Meyers BS, et al. Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease: rationale and background. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10: 129-141.
13. Bharucha AJ, Dew MA, Miller MD, et al. Psychotherapy in long-term care: A review. *J Am Med Dir Assoc* 2006; 7: 568-580.
14. Kazdin A, Bass D. Power to detect differences between the alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 138-47.

15. Linnan L, Steckler A. Process evaluation for public health interventions and research: An overview. In: Steckler A, Linnan L, editors. Process Evaluation for Public Health Interventions and Research. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2002. pp. 1e23.
16. Grol R. en M. Wensing. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. 3e en herziene druk, Maarssen, 2006