

Indicatorenset Depressiezorg in het verpleeghuis

Roeslan Leontjevas, Annette Plouvier, Manon Quint-Fens, Debby Gerritsen

Achtergrondinformatie

Binnen de ouderenzorg in verpleeghuizen is het ervaren van depressiesymptomen of depressie een veelvoorkomend probleem dat de kwaliteit van leven van ouderen drastisch beïnvloedt en de zorgkosten verhoogt. Omdat depressiesymptomen niet altijd tijdig opgespoord dan wel optimaal behandeld worden, is het belangrijk dat organisaties een goed inzicht hebben in de mate waarin depressiezorg wordt geboden.

Doel

Het ontwikkelen van een indicatorenset, waarmee zorgorganisaties op twee niveaus een indruk kunnen krijgen van de door hen geleverde depressiezorg, namelijk op afdeling- of organisatieniveau en op het niveau van een specifieke bewoner.

Methoden

Voor het ontwikkelen van dit instrument zijn de elementen van het zorgprogramma 'Doen bij Depressie' gebruikt dat gebaseerd is op het 'Addendum voor ouderen' bij de 'Multidisciplinaire richtlijn Depressie' van de landelijke stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ en het Trimbos instituut. De eerste versie van dit instrument is in 2017 opgesteld door het ontwikkelteam van Doen bij Depressie. Hierna hebben enkele feedbackrondes plaatsgevonden. Op basis van de gegeven feedback en na discussie binnen het onderzoeksteam, heeft na iedere ronde aanpassing van het instrument plaatsgevonden.

- (1) Een online survey werd gebruikt voor een pretest van de face en content validity van de set. De survey werd ingevuld door vijf psychologen uit enkele organisaties, die aangesloten zijn bij het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON). De psychologen werd gevraagd om het instrument eerst in te vullen en daarna per vraag aan te geven of die te beantwoorden was, relevant was en of tekstuele aanpassing nodig was.
- (2) Een psycholoog uit een organisatie, die aangesloten is bij het UKON en waar het zorgprogramma Doen bij Depressie geïmplementeerd is, werd gevraagd om het instrument in te vullen voor alle bewoners (n=29) van één van de afdelingen waarbij ze betrokken is. Daarna werd de psycholoog uitvoerig geïnterviewd (in-depth interview) over de bruikbaarheid en inhoud van het instrument door een onderzoeker (specialist ouderengeneeskunde niet-praktiserend).
- (3) Stuurgroepleden van *alle* UKON organisaties (n=15), ongeacht de mate waarin het zorgprogramma Doen bij Depressie geïmplementeerd is, werden gevraagd om een psycholoog uit de organisatie telefonisch feedback te laten geven op de indicatorenset. Tien psychologen werden geworven en specifiek bevraagd in een semigestructureerd interview (waarbij gelet werd op de verzadiging van verstrekte informatie) over de inhoud, de vormgeving en de volledigheid van de indicatorenset. Ook werden ze uitgenodigd mee te denken over de relevantie en toepasbaarheid van beide delen. De interviews werden uitgevoerd door dezelfde onderzoeker en duurden 15-60 minuten.

Resultaten

De indicatorenset was opgedeeld in twee delen: deel A over de depressiezorg op afdeling- of organisatieniveau en deel B over de zorg die geboden is aan een specifieke bewoner.

Zoals gepland, werd feedback uit de survey en het in-depth interview gebruikt voor het verfijnen en pretesten van het instrument. Er werden geen elementen weggelaten, wel werden er bij enkele onderwerpen subvragen toegevoegd. In het in-depth interview kwam onder andere naar voren dat er te veel nadruk leek te liggen op het uitvoeren van therapeutische interventies door de psycholoog. Dit heeft ertoe geleid dat in de indicatorenset nu gesproken wordt over (psycho)therapeutische interventies en dat de antwoordmogelijkheden bij betrokken behandelaars en aangeboden (psycho)therapeutische interventies verbreed zijn.

De 10 geïnterviewden uit de laatste feedbackronde waren over het algemeen tevreden over de uitleg en de volledigheid van de indicatorenset. Zij gaven enkele tips voor het verbeteren van de overzichtelijkheid, zoals het uitbreiden van de titels van deel A en deel B en het werken met accentkleuren om onderscheid te maken tussen opeenvolgende antwoordregels. Voor verschillende vragen werden suggesties voor herformulering gegeven en een aantal antwoordmogelijkheden werd aangevuld. Voor deel A werd het wenselijk geacht onderscheid te kunnen maken tussen een afdeling voor bewoners *met* en *zonder* cognitieve beperking. Bij deel B werd verzocht bij elke vraag de mogelijkheid te creëren om toelichting te geven op het gekozen antwoord.

De geïnterviewden waren kritisch over de toepasbaarheid van de indicatorenset, met name als gevolg van het algemeen ervaren gebrek aan tijd en mankracht. Zij zagen echter wel toegevoegde waarde van deel A, omdat er geen document bestond dat vergelijkbaar was met dit deel dat vraagt naar de depressiezorg op afdeling- of organisatieniveau en in gemiddeld 10 minuten ingevuld werd. Als concrete voorbeelden van de toepasbaarheid van deel A werd het gebruik genoemd in het kader van:

- inzicht krijgen in het eigen handelen;
- het depressiebeleid op één specifieke afdeling bespreken met direct betrokkenen;
- intercollegiaal overleg/toetsing onder collega's;
- inzicht krijgen in hoeverre het zorgprogramma Doen bij Depressie succesvol geïmplementeerd is binnen de organisatie en leren waar nog verbeterpunten liggen;
- kwaliteitsbeleid binnen de eigen organisatie;
- kwaliteitsbeleid bij UKON visitatie;
- het verzamelen van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek in het kader van Doen bij Depressie.

Deel B van de indicatorenset vraagt naar de zorg die geboden is aan een specifieke bewoner. Dit deel werd in gemiddeld 10-15 minuten ingevuld. De geïnterviewden waren over de toepasbaarheid van deel B kritischer dan over de toepasbaarheid van deel A, met name omdat de gevraagde gegevens vaak terug te vinden zijn in het elektronisch patiëntendossier (EPD) en er andere instrumenten bestaan (zoals GRIP op probleemgedrag) om te evalueren of de juiste zorg aan een patiënt aangeboden is. Als mogelijkheden voor de toepasbaarheid werden genoemd:

- het krijgen van een goed overzicht van de gegevens uit het EPD, bijvoorbeeld ten behoeve van gedragsvisite, MDO, intercollegiaal overleg of overdracht;
- in plaats van het bestaande 'Formulier evaluatie van de behandeling' uit het zorgprogramma Doen bij Depressie (deel B werd ervaren als fijner om in te vullen, overzichtelijker en uitgebreider dan het formulier uit het zorgprogramma);
- als aanvulling op deel A om meer inzicht te krijgen in opvallende uitkomsten op afdelingsniveau. Deel B kan dan steekproefsgewijs worden ingevuld of doelgericht bij complexe bewoners of bewoners waar al lang depressiezorg aan wordt geboden.

Conclusie

In samenwerking tussen het onderzoeksteam van Doen bij Depressie en een aantal (potentiële) eindgebruikers is een indicatorenset 'Depressiezorg in het verpleeghuis' ontwikkeld (zie Bijlage). Deze set biedt zorgorganisaties de mogelijkheid om de depressiezorg in kaart te brengen. De set zou een plek kunnen krijgen bij de interne en externe kwaliteitsbewaking, maar als gevolg van een algemeen ervaren gebrek aan tijd en mankracht kan het gebruik van de set in de praktijk beperkingen ondervinden.

Hoewel in de uitgevoerde ontwikkelingsprocedure aandacht werd besteed aan face validiteit en content validiteit, is het belangrijk om verder onderzoek te doen naar de psychometrische kwaliteit van de indicatorenset, zoals andere typen validiteit en betrouwbaarheid.