

Depressie bij verpleeghuisbewoners, meer dan een dip

Voorkeuren omtrent de behandeling van depressie en depressieve klachten bij
verpleeghuisbewoners



G.J. Nieuwenhuis
&
C.A.M. Spoolder

Depressie bij verpleeghuisbewoners, meer dan een dip

Voorkeuren omtrent de behandeling van depressie en depressieve klachten bij
verpleeghuisbewoners

Bachelorscriptie
25 juni, 2014

G.J. Nieuwenhuis
C.A.M. Spoolder
Gezondheidswetenschappen
Faculteit Management en Bestuur
Universiteit Twente, Enschede

Begeleider: Dr. J.G. van Manen
Externe Begeleiders: Msc. M. de Lange en I. Reitsema
Meelezer: Msc. S.I.M. Janus
Opdrachtgever: Universiteit Twente

*We shall not cease from exploration
And the end of all our exploring
Will be to arrive where we started
And know the place for the first time*

~ Four quartets, 1945 T.S. Eliot -

1. Voorwoord

Deze Bacheloropdracht beschrijft het onderzoek dat wij hebben uitgevoerd gedurende de periode februari tot en met juni 2014. In dit onderzoek zijn de patiënten-, psychologen- en artsenvoorkeuren omtrent de medicatiekeuze voor behandeling van depressie en depressieve klachten bij verpleeghuisbewoners in kaart gebracht. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Universiteit Twente en dient als vooronderzoek voor een promotieonderzoek naar medicatieveiligheid en patiëntvoorkeuren in de langdurige ouderenzorg. Deze opdracht wordt uitgevoerd als afronding van de Bacheloropleiding Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente te Enschede.

Wij willen een woord van dank uitbrengen aan een aantal mensen die op directe of indirecte wijze hebben bijgedragen aan dit onderzoek. Ten eerste willen wij Jeanette van Manen en Sarah Janus danken voor de goede begeleiding gedurende het onderzoekstraject. Tevens willen wij onze dank betuigen aan Carint Reggeland, welke ons met de juiste mensen in contact heeft gebracht, waaronder Mark de Lange en Ina Reitsema, en waar wij onze interviews hebben kunnen afnemen.

Ten slotte willen wij onze ouders, broers, zussen, Ties, de oma van Christel en Hester bedanken voor de mentale steun die zij ons gedurende deze opdracht hebben geboden.

Dorien Nieuwenhuis

Christel Spoolder

Enschede, juni 2014

2. Samenvatting

Inleiding: Depressie en depressieve klachten zijn één van de meest voorkomende psychische aandoeningen en leiden tot vermindering van de kwaliteit van leven. Bij verpleeghuisbewoners in Nederland komt depressie voor bij 25 tot 30 procent van de populatie, dit is aanzienlijk meer dan het door NIVEL vastgestelde gemiddelde: 3% van de mannen en bijna 6% van de vrouwen van 65 jaar en ouder lijdt aan een depressie. Voor het behandelen van depressie en depressieve klachten zijn verschillende mogelijkheden, zoals medicamenteuze behandeling en cognitieve gedragstherapie. Indien de behandeling wordt afgestemd op de voorkeuren van de patiënt zal de kwaliteit van de geleverde zorg toenemen. Het doel van dit onderzoek is het achterhalen van aspecten die een rol spelen bij de behandelingsvoorkeur van depressie of depressieve klachten bij verpleeghuisbewoners, verpleeghuisartsen en verpleeghuispsychologen.

Methode: Het onderzoek betreft een explorerend onderzoek. Verpleeghuisbewoners, -artsen en -psychologen zijn in een open interview ondervraagd naar de aspecten die voor hen een rol spelen bij de behandelingsvoorkeur van depressie of depressieve klachten. Alle geselecteerde verpleeghuisbewoners werden op dat moment behandeld voor een depressie of depressieve klachten. Deze verpleeghuisbewoners zijn geselecteerd door een nurse practitioner, werkzaam binnen Carint Reggeland. De verpleeghuisarts of -psycholoog heeft de verpleeghuisbewoners toegewezen aan een subcategorie. Het aantal respondenten per categorie is bepaald door middel van theoretische saturatie. De interviews zijn individueel afgenomen. Hierbij is gebruik gemaakt van een interviewopzet. De interviews zijn opgenomen met een geluidsrecorder en vervolgens getranscribeerd en gecodeerd. Door middel van de coderingen en kwantitatieve verwerkingen kunnen de aspecten van behandelingsvoorkeur vastgesteld worden.

Resultaten en conclusie: De onderzoekspopulatie is verdeeld in vijf categorieën, namelijk 2 verpleeghuisbewoners met een somatische aandoening, 3 verpleeghuisbewoners met een lichte vorm van dementie, 3 vertegenwoordigers van verpleeghuisbewoners met een zware vorm van dementie, 3 verpleeghuisartsen en 3 psychologen. Aan de hand van de interviews is gebleken dat voor deze verpleeghuisbewoners de volgende aspecten een rol spelen bij de behandelingsvoorkeur: 'Beliefs', 'Behoeftes aan behandeling', 'Ernst depressie', 'Geestelijk functioneren', 'Kennis oorzaak depressie', 'Kennis over behandeling', 'Eerdere behandelingservaring', 'Verwachte bijwerkingen', 'Effect huidige behandeling', 'Sociale omgeving', 'Advies professional' en 'Cultuur verpleeghuis'. De aspecten die verpleeghuisbewoners noemen, maken deel uit van de categorieën 'Kennis & verwachtingen', 'Omgeving', 'Persoonlijke kenmerken' en 'Gezondheidstoestand'. Deze laatste twee categorieën worden alleen door vertegenwoordigers van patiënten benoemd en niet door verpleeghuisbewoners zelf. De categorie 'Toegankelijkheid' wordt door geen enkele patiëntencategorie aangedragen als van invloed zijnde op de behandelingsvoorkeur. Uit de interviews met de verpleeghuisartsen en -psychologen is gebleken dat de volgende aspecten een rol spelen bij de behandelingsvoorkeur: 'Oorzaak depressie', 'Ernst van indicatie', 'Duur van institutionalisering',

‘Ziektekenmerken’, ‘Wensen omtrent behandeling’, ‘Voorgeschiedenis’, ‘Wilsbekwaamheid’, ‘Kwaliteit van leven’, ‘Familie’, ‘Vrienden’, ‘Vrijwilligers’, ‘Zorgverleners’, ‘Staff/patient ratio per minuut’, ‘Woongroepgrootte’, ‘Nationale criteria en richtlijnen’, ‘Cultuur verpleeghuis’, ‘Signaleringsinstrumenten’, ‘Patiëntbenadering’, ‘Ervaren werkdruk’, ‘Teammix’, ‘Opleiding’, ‘Werkervaring’, ‘Vaardigheden personeel’, ‘Klinische effectiviteit’, ‘Aanlooptijd medicijn’, ‘Bijwerkingen’, ‘Toedieningswijze’, ‘Omgevingsmogelijkheden’, ‘Praktijkervaring’, ‘Bekendheid met medicijn’, ‘Combinatie met andere medicatie’, ‘Te weinig tijd’, ‘Gebrek aan vergoeding’, ‘Onduidelijke evidence based’ en ‘Moeilijkheden bij implementatie’. Uit alle categorieën zijn aspecten door de verpleeghuisartsen en –psychologen genoemd namelijk: ‘Patiënt kenmerken’, ‘Omgeving’, ‘Werkomstandigheden’, ‘Behandeling/medicatie kenmerken’ en ‘Barrières bij non-farmacologische interventies’.

Discussie en aanbeveling: Het viel de onderzoekers op dat de somatische patiënten tijdens de interviews minder aspecten naar voren droegen en minder spraakzaam waren in vergelijking met de andere twee patiëntengroepen. Deze bevindingen kunnen berusten op toeval gezien de kleine onderzoekspopulatie. De licht dementerende patiënten waren tegen de verwachtingen in zeer spraakzaam. Deze patiënten gaven aan terug te willen naar hun oude woonsituatie. Mogelijk waren zij dermate spraakzaam vanwege het gehoor dat zij kregen. De vertegenwoordigers gaven als enigen aspecten uit de categorie ‘Gezondheidstoestand’ aan. Dit kan mogelijk veroorzaakt worden door het feit dat de vertegenwoordigers zich meer bewust zijn van de gezondheid van de patiënten dan de patiënten zelf. Zowel de verpleeghuisartsen als de -psychologen droegen vele nieuwe aspecten aan die niet in de literatuur naar voren zijn gekomen. Dit kan mogelijk veroorzaakt worden doordat de informatie van de aangedragen bron betrekking heeft op aspecten die een rol spelen bij behandeling van dementie voor verpleeghuisartsen en niet bij de behandeling van depressie. Daarnaast zijn de selectiemethode, de ernst van de depressie, de ernst van de dementie en/of de ernst van de somatische aandoening, de interviewmethodiek en de interpretatie van de onderzoekers mogelijk van invloed op de resultaten van het onderzoek. Wat betreft de sterke punten van het onderzoek: 1) De onderzoekers hebben onderscheid binnen de patiëntenpopulatie gemaakt 2) De benaderingswijze van de respondenten is op een correcte wijze verlopen. De respondenten zijn eerst door de nurse practitioner benaderd en vervolgens pas door de onderzoekers zelf. 3) Het onderzoek is een opstap voor het maken van betere keuzes bij de behandeling van depressie/ depressieve klachten bij verpleeghuisbewoners. Naar aanleiding van het onderzoek zijn de volgende zaken naar voren gekomen die kunnen leiden tot een vervolgonderzoek: 1) In een volgend onderzoek kan men de woon- en leefomgeving van de patiënt als mogelijke behandelvorm definiëren 2) In een volgend onderzoek kan men onderzoeken in hoeverre de sociale omgeving van de patiënt onderdeel is van de behandeling van depressie bij verpleeghuisbewoners en 3) Om de interne validiteit van de (nieuw) gevonden aspecten omtrent de behandelingsvoorkeuren bij depressie aan te tonen, dient een toetsend onderzoek uitgevoerd te worden.

3. Summary

Introduction: Depression and depressive symptoms are one of the most common mental disorders. These mental disorders cause a reduction in the quality of life. 25 till 30 percent of the nursing home population in the Netherlands suffers from a depression. This percentage is considerably high in comparison with the mean established by NIVEL: 3 percent of the men and almost 6 percent of the women older than 65 years suffers from a depression. There are a lot of possibilities for treating a depression or depressive symptoms, for example drug therapy and cognitive behavioural therapy. If the treatment is adjusted to the preferences of the patients, the quality of the provided care will increase. The purpose of this research is to trace the aspects of the treatment preferences for depression or depressive symptoms by nursing home residents, nursing home physicians and nursing home psychologists.

Method: This research concerns an exploratory study. During the open interviews nursing home residents, –physicians and –psychologists were questioned to the treatment preferences for depression or depressive symptoms. At that moment, all selected nursing home residents received a treatment for their depression or depressive symptoms. The nursing home residents were selected by a nurse practitioner who has been employed by Carint Reggeland. A nursing home physician or a -psychologist assigned the nursing home residents to one of the sub-categories. The number of respondents was determined by means of theoretical saturation. The preferred aspects of treating depression or depressive symptoms were identified by interviews. The respondents were interviewed openly and individually. During the interviews the researchers used an interview guide. The interviews were recorded by a sound recorder and thereafter the interviews were subsequently transcribed and encoded. By means of codes and quantitative processing the aspects of the preferred aspects of treatment by the nursing home residents, -physicians, - psychologists can be determined.

Results and conclusion: The study population is divided into four categories namely: 2 nursing home residents with somatic disorders, 3 nursing home residents with mild dementia, 3 representatives of nursing home residents with a severe form of dementia, 3 nursing home physicians and 3 psychologists. Concluded from the interviews with nursing home residents the following aspects are part of the treatment preferences of nursing home residents: ‘Beliefs’, ‘Need of treatment’, ‘Severeness of the depression’, ‘Mental functioning’, ‘Knowledge about the cause of depression’, ‘Knowledge about the treatment’, ‘Previous treatment experiences’, ‘Expected side effects’, ‘Impact of the current treatment’, ‘Social environment’, ‘Professional advice’ and ‘Culture nursing home’. These aspects are assigned to the following categories namely: ‘Knowledge and expectations’, ‘Environment’, ‘Personal characteristics’, and ‘State of Health’. The last two categories have only been called by the representatives of patients not by the nursing home residents themselves. The category ‘Accessibility’ is not called by any of the nursing home residents or the representatives.

Concluded from the interviews with the nursing home physicians and the –psychologists the following aspects are part of the treatment preferences: ‘Cause depression’, ‘Severity indication’, ‘Duration of institutionalization’, ‘Disease characteristics’, ‘Wishes with regard to treatment’, ‘Prehistory’, ‘Mental competence’, ‘Quality of life’, ‘Family’, ‘Friends’, ‘Volunteers’, ‘Caregivers’, ‘Staff/patient ratio per minute’, ‘Size of living group’, ‘National criteria and guidelines’, ‘Culture nursing home’, ‘Identification tools’, ‘Patient approach’, ‘Perceived workload’, ‘Team mix’, ‘Education’, ‘Working experience’, ‘Staff skills’, ‘Clinical efficacy’, ‘Running time of medication’, ‘Side effects’, ‘Delivery mode’, ‘Environmental possibilities’, ‘Practical experience’, ‘Medication notoriety’, ‘Combination with other medication’, ‘Too little time’, ‘Lack of compensation’, ‘Unclear evidence based’, ‘Difficulties in implementation’. Aspects out of all the categories namely: ‘Patient characteristics’, ‘Environment’, ‘Working conditions’, ‘Treatment/ medication characteristics’ and ‘Barriers in non-pharmacological interventions’ are called by the nursing home physicians as well as by the –psychologists.

Discussion and recommendation: During the interviews, the researchers noticed that the somatic patients addressed few aspects and were less loquacious in comparison with the two other groups of patients. These findings may be due to coincidence given the small study population. The patients with mild dementia were very loquacious in contrary to the expectations. These patients indicated that they wanted back to their former living situation. Possibly they were so loquacious because they were heard. The representatives were the only ones who gave aspects of the category ‘State of health’. This may be caused by the fact that the representatives are more aware of the health status of the patients than the patients themselves. Both the nursing home physicians and the –psychologists contributed new aspects that have not emerged in the literature. This may be caused by the information of the adduced source related to the aspects which play part in the treatment preferences of dementia for nursing home residents by the nursing home physicians and not in the treatment of depression. Possibly the results of the research are influenced by the selection method, the severeness of the depression, the dementia and/or the severeness of the somatic disorder, the interview methodology and the interpretation of the researchers. Regarding the strengths of this study: 1) The researches have made a distinction within the patient population 2) The approach of the respondents is conducted in a proper manner. Firstly, the respondents were contracted by the nurse practitioner and then by the researchers themselves and 3) This research is a stepping stone for making better choices in the treatment of depression or depressive symptoms in nursing home residents. On the occasion of the research the following matters have been emerged which can lead to further research: 1) During a next research house- and living environment can be defined as a form of treatment. 2) In a following research can be investigated the social context of the patients and to what extent it is part of the depression treatment of the nursing home residents. 3) In order to demonstrate the internal validity of the (new) found aspects about the treatment preferences of depression a testing research should be performed.

4. Inhoud

1. Voorwoord.....	4
2. Samenvatting.....	5
3. Summary	7
4. Inhoud.....	9
5. Inleiding	11
6. Methode en techniek	15
6.1 Design.....	15
6.2 Onderzoekspopulatie	15
6.3 Meetmethode	17
6.4 Analysemethode	18
7. Resultaten	20
7.1 Resultaten verpleeghuisbewoners met somatische aandoening	20
7.2 Resultaten verpleeghuisbewoners met lichte vorm van dementie.....	21
7.3 Resultaten verpleeghuisbewoners met een zware vorm van dementie.....	22
7.4 Resultaten verpleeghuisartsen	24
7.5 Resultaten verpleeghuispsychologen.....	27
8. Conclusie	30
8.1 Conclusie omtrent voorkeuren van verpleeghuisbewoners	30
8.2 Conclusie omtrent voorkeuren van verpleeghuisartsen en –psychologen.....	31
9. Discussie.....	32
10. Literatuur	38
11. Bijlagen	41
A. DSM-IV-TR criteria voor een depressieve episode.....	41
B. Literatuurmatrixen	43
B1. Literatuurmatrix patiënten	43
B2. Literatuurmatrix artsen	46
C. Interviewleidraden	47
C1. Interviewleidraad verpleeghuisbewoners.....	47
C2. Interviewleidraad vertegenwoordigers.....	49
C3. Interviewleidraad verpleeghuisartsen en -psychologen	51
D. Informed Consents.....	53
D1. Informed consent verpleeghuisbewoners	53

D2. Informed consent vertegenwoordigers	55
D3. Informed consent verpleeghuisartsen en –psychologen	57
E. Coderingstabellen	59
E1. Coderingstabel verpleegbewoners en vertegenwoordigers	59
E2. Toelichting coderingstabel verpleeghuisbewoners en vertegenwoordigers.....	61
E3. Coderingstabel verpleeghuisartsen en –psychologen.....	62
E4. Toelichting coderingstabel verpleeghuisartsen en –psychologen	64
F. Resultatenmatrix interviews.....	66
F1. Resultatenmatrix interviews verpleeghuisbewoners met somatische aandoening(en).....	66
F2. Resultatenmatrix interviews verpleeghuisbewoners met lichte vorm van dementie.....	68
F3. Resultatenmatrix interviews verpleeghuisbewoners met zware vorm van dementie	70
F4. Resultatenmatrix interviews verpleeghuisartsen	72
F5. Resultatenmatrix interviews verpleeghuispsychologen	74

5. Inleiding

Depressie is een psychische aandoening waarbij de patiënt klachten ervaart als een depressieve stemming, verlies van interesse of plezier, vermoeidheid, concentratieverlies en gedachten aan de dood. De criteria voor een depressie worden in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) beschreven, welke is toegevoegd in bijlage A. Indien vijf of meer symptomen uit de DSM-IV-TR criteria binnen eenzelfde periode van twee weken bij de patiënt aanwezig zijn, kan men spreken van een depressieve episode. Hierbij moet tenminste sprake zijn van depressieve stemming of een verlies van interesse/plezier (Trimbos, 2013).

Bij depressieve klachten ondervindt de patiënt een sombere stemming en is er sprake van een aantal van de symptomen uit de DSM-IV-TR criteria. Echter, er wordt niet aan voldoende symptomen voldaan om te spreken van een depressie (Weel-Baumgarten, et al., 2012). Bij ouderen overheerst een vlakke, gelaten stemming en is er vaak geen sprake van extreme somberheid (Fonds Psychische Gezondheid, 2013). Tevens kan depressie zich uiten door motorische vertraging, waanideeën en fysieke pijn (Conijn & Ruiters, 2011). Verpleeghuisbewoners vertonen bij depressie ook apathie en verlies van interesse en plezier (Landelijke Stuurgroep Trimbos-instituut, 2008).

Een depressie leidt tot vermindering van de kwaliteit van leven (Blazer, 2003). Deze vermindering van de kwaliteit van leven wordt veroorzaakt door onder andere de blijvende verslechtering van het sociaal functioneren en de leefomstandigheden (Angermeyer, Holzinger, Matschinger, & Stengler-Wenzke, 2002) en de grote ziektelast die depressie met zich meebrengt (Ustun, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers, & Murreys, 2004). De prognose van een depressie is niet gunstig. De gemiddelde duur van een depressieve periode bedraagt acht maanden, maar bij ouderen is dit gemiddelde mogelijk hoger (Beekman, Penninx, Deeg, Geerlin, & Tilburg, 2002). Uit onderzoek blijkt dat bij thuiswonende ouderen boven de 55 jaar de gemiddelde duur van een depressie 18 maanden bedraagt (Licht-Strunk, 2009). Ongeveer 40% van de patiënten krijgt binnen twee jaar een nieuwe depressieve periode. Ook bestaat er een verband tussen depressie en vroegsterfte, de kans om binnen een bepaalde periode te overlijden is bij mensen met een depressie 1,65 maal groter ten opzichte van mensen die niet lijden aan een depressie (Cuijpers & Smit, 2002).

Een depressie is één van de meest voorkomende psychische aandoeningen. In 2011 was het aantal prevalentie gevallen van depressieve stoornissen in Nederland 550.300 (Graaf, Have, & Dorsselaer, 2010). In 2012 heeft het NIVEL onderzoek uitgevoerd naar de incidentie en prevalentie van depressie naar leeftijd en geslacht. De resultaten van dit onderzoek zijn weergegeven in tabel 1 op pagina 12.

(per 1000 patiëntjaren)		0 t/m 17 jaar	18 t/m 44 jaar	45 t/m 65 jaar	65 jaar en ouder
Incidentie	Mannen	0,5	6,0	8,5	6,1
	Vrouwen	0,8	11,7	12,5	11,5
Prevalentie	Mannen	0,9	21,9	39,4	29,8
	Vrouwen	1,8	46,4	63,1	57,8

Tabel 1: Incidentie en prevalentie van depressie naar leeftijd en geslacht (Ursum, et al., 2013)

Hieruit blijkt dat zo'n 3% van de mannen en bijna 6% van de vrouwen van 65 jaar en ouder lijdt aan depressie (Ursum, et al., 2013).

Uit een ander onderzoek blijkt dat 16% van de ouderen (>55 jaar) last heeft van depressieve klachten die klinisch relevant zijn (Beekman, Penninx, Deeg, Geerlin, & Tilburg, 2002). Van hen voldoet 2% aan de DSM-criteria voor een depressieve stoornis. Binnen de groep ouderen in de leeftijd van 65 jaar en hoger bestaat een verschil in prevalentie van depressie. In Nederland lijdt 25 tot 30 procent van de ouderen in verpleeghuizen aan depressie (Leontjevas, et al., 2013), dit is aanzienlijk meer dan het door het NIVEL vastgestelde gemiddelde (Ursum, et al., 2013).

Binnen de populatie 'verpleeghuisbewoners' kan onderscheid gemaakt worden tussen verpleeghuisbewoners met somatische beperkingen en verpleeghuisbewoners met cognitieve beperkingen, zoals dementie. Depressieve symptomen komen bij 25 tot 35% van de dementerende ouderen voor, depressie komt bij 10 tot 20% van de dementerenden voor (Landelijke Stuurgroep Trimbos-instituut, 2008). Uit onderzoek blijkt dat bij 19% van de verpleeghuisbewoners met dementie sprake is van depressie (Verkaik, Francke, Meijel, Ribbe, & Bensing, 2011). Bij verpleeghuisbewoners met somatische aandoeningen is de prevalentie van depressieve klachten 49% en de prevalentie van depressie 16% (Beekman A. , 2005).

Depressie is waarschijnlijk de belangrijkste oorzaak van emotioneel lijden op hogere leeftijd en verlaagt de kwaliteit van leven aanzienlijk. Daarom is het belangrijk om een depressie of depressieve klachten te behandelen (Blazer, 2003). De GGZ-richtlijn (Landelijke Stuurgroep Trimbos-instituut, 2008) stelt vast dat de verpleeghuisarts verantwoordelijk is voor diagnostiek en behandeling van patiënten in het verpleeghuis. De belangrijkste mogelijkheden voor behandeling van depressie zijn farmacotherapie en cognitieve gedragstherapie of een combinatie van deze twee (Spijker, et al., 2013). Bij beperkte depressie, ofwel depressieve klachten, wordt aanbevolen de klachten maximaal twee maanden aan te zien of niet-farmacologisch te behandelen. Niet-medicamenteuze behandelingen, zoals recreatieve activiteiten, bewegingstherapie en cognitieve gedragstherapie, hebben een positief effect op depressieve symptomen bij verpleeghuisbewoners, met name bij bewoners waarbij sprake is van depressieve klachten of een lichte depressieve stoornis. Wanneer deze methode onvoldoende effect heeft, kan met een farmacologische interventie gestart worden. De farmacologische interventie kan eventueel gecombineerd worden met een niet-farmacologische behandeling, zoals een psychologische behandeling (Landelijke Stuurgroep Trimbos-instituut, 2008).

De farmacologische behandeling bij ouderen bestaat bij voorkeur uit het voorschrijven van een Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI), zoals Citalopram of Sertraline, boven het gebruik van een Tricyclisch Antidepressivum (TCA). De voorkeur gaat uit naar deze behandeling omdat TCA's bij ouderen met een cognitieve stoornis een negatief effect kunnen hebben op het cognitief functioneren (Weel-Baumgarten, et al., 2012). Wanneer een SSRI onvoldoende effect heeft, kan Nortriptyline worden voorgeschreven (Landelijke Stuurgroep Trimbos-instituut, 2008) (Weel-Baumgarten, et al., 2012). Bij dementerende ouderen is gebleken dat gebruik van antidepressiva leidt tot vermindering van de depressie. Ook voor dementerende ouderen geldt dat TCA's over het algemeen minder goed getolereerd worden dan SSRI's. Psychotherapeutische behandeling in de vorm van gedragstherapie is een wetenschappelijk onderbouwde behandelmethode voor behandeling van depressie bij dementie (Janzing & Zitman, 2002).

Behandeling met psychotherapeutische interventies blijken bij ouderen net zo effectief te zijn als medicamenteuze interventies (Marwijk, Bijl, Adegrave, & Haan, 2001). Uit onderzoek blijkt dat oudere patiënten de voorkeur geven aan psychotherapie boven medicamenteuze behandeling (Schaick, et al., 2004). Ondanks de voorkeur voor psychotherapie krijgen ouderen veel vaker antidepressiva dan een psychotherapeutische behandeling voorgeschreven (Marwijk, Bijl, Adegrave, & Haan, 2001). Dit stemt ook niet overeen met de richtlijn van de NHG en de GGZ-richtlijn. Een mogelijke reden hiervoor is dat het voorschrijven van medicatie een eenvoudigere methode is dan het geven van een psychologische behandeling door een (bij voorkeur gespecialiseerde ouderen-) therapeut. (Marwijk, Bijl, Adegrave, & Haan, 2001)

Aan de hand van de literatuur is gebleken dat verschillende factoren in relatie staan met de soort behandeling die patiënten kiezen. Als het gaat om 'algemene patiënt kenmerken' blijkt dat 'Educatieniveau', 'Spiritualiteit', 'Culturele achtergrond', 'Copingstijl', 'Attitude', 'Beliefs', en 'Behoeftte aan behandeling' van invloed zijn op de keuze voor een bepaalde behandeling. Ook kennis en verwachtingen, zoals 'Kennis van de behandeling', 'Etiologische veronderstellingen', 'Eerdere behandelingservaringen', 'Verwachte behandelingseffect' en 'Verwachte bijwerkingen', blijken van invloed op de behandelkeuze. Daarnaast is de behandelkeuze gerelateerd aan kenmerken van de gezondheidstoestand van de patiënt, zoals 'Ernst van depressie', 'Lijden aan een angststoornis' en 'Geestelijk functioneren'. En tenslotte zijn omgevingskenmerken ('Sociale omgeving', 'Advies van de professional' en 'Stigmatisering') en kenmerken over toegankelijkheid van de behandeling ('Kosten', 'Reistijd' en 'Behandelingsmogelijkheden') van invloed. (Prins, Verhaak, Bensing, & Meer, 2008), (Gum, et al., 2006), (Okumura & Sakamoto, 2012), (Winter & Barber, 2013), (Steidtmann, et al., 2012), (Raue, Weinberger, Sirey, Meyers, & Bruce, 2011), (Dwight-Johnson, Sherbourne, Liao, & Wells, 2000), (Cooper-Patrick, et al., 1997), (Lin, et al., 2005). (Voor meer detail zie het literatuuroverzicht in bijlage B1.)

Hoewel dus duidelijk is welke factoren samenhangen met de behandelkeuze, is nog niet duidelijk welke aspecten meer en welke aspecten minder belangrijk zijn. Daarnaast zijn meeste van bovengenoemde onderzoeken vooral gericht op correlaties die er op groepsniveau bestaan tussen de genoemde factoren en daadwerkelijk gebruik van verschillende behandelingen. Wat de patiënt zelf belangrijk vindt in een behandeling komt veel minder aan de orde. De onderzoeken die hier wel naar zijn gedaan, zijn explorerend van aard en geven geen kwantitatieve beoordeling van het belang van verschillende kenmerken van de behandeling, het behandeltraject of de behandelsetting voor de verpleeghuisbewoner met een depressie of depressieve klachten.

Ook voor verpleeghuisartsen geldt dat er in de literatuur niet bekend hoe zij verschillende kenmerken van de patiënt of de behandeling waarderen bij het kiezen van een behandeling. Wel zijn er verschillende factoren bekend die in relatie staan met het voorschrijven van behandelingen bij dementie door verpleeghuisartsen. De eerste factor is 'Patiënt kenmerken' met de aspecten 'Ernst van indicatie', 'Duur van institutionalisering' en 'Ziektekenmerken'. De volgende factor is 'Omgeving' met 'Familie', 'Zorgverleners', 'Bedcapaciteit', 'Staff/patiënt ratio per minuut', 'Nationale criteria en richtlijnen', 'Cultuur verpleeghuis', 'Farmaceutische promotie van medicijnen' en 'Verzekeraars'. Onderdeel van de factor 'Omgeving' is de groep aspecten die onder de noemer 'Werkomstandigheden' valt, deze bevat de aspecten 'Evaluatietijd per patiënt', 'Patiëntbenadering', 'Werkplek', 'Werktevredenheid', 'Ervaren werkdruk', 'Tegengestelde (interdisciplinariteit)', 'Opleiding' en 'Werkervaring'. De factor 'Behandeling/medicatie kenmerken' omvat de aspecten 'Klinische effectiviteit', 'Bijwerkingen' en 'Toedieningswijze'. Onderdeel van de factor 'Behandeling/medicatie kenmerken' is een groep aspecten die te benoemen zijn als 'Barrières bij non-farmacologische interventies'. Deze groep bevat de aspecten 'Te weinig tijd', 'Gebrek aan vergoeding', 'Onduidelijke evidence-based' en 'Moeilijkheden bij implementatie'. (Hulshof, 2014)

De achterliggende aspecten van de behandelingsvoorkeur van de verpleeghuisbewoners en de verpleeghuisarts spelen een rol in het keuzeproces bij de behandeling van depressie. In het verpleeghuis is bij de keuze voor een behandeling van depressie of depressieve klachten ook een psycholoog betrokken. Voor deze groep is nog niets bekend als het gaat om behandelvoorkeuren. Wanneer duidelijk is welke aspecten ten grondslag liggen aan de behandelingsvoorkeur van de verpleeghuisbewoner, de -arts en de -psycholoog, kan men een bewustere keuze maken voor een behandeling die aansluit bij de voorkeuren van zowel de verpleeghuisbewoner als de verpleeghuisarts en verpleeghuispsycholoog. Dit zal ertoe leiden dat een meer passende behandeling wordt gekozen, die bijdraagt aan de kwaliteit van de geleverde zorg.

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: *'Welke aspecten liggen ten grondslag aan de behandelingsvoorkeur van verpleeghuisbewoners, verpleeghuisartsen en verpleeghuispsychologen bij depressie of depressieve klachten?'*

6. Methode en techniek

6.1 Design

Het onderzoek betreft een explorerend onderzoek. Het hoofddoel van dit onderzoek is het achterhalen van de aspecten die verpleeghuispatiënten, -artsen en -psychologen belangrijk vinden bij de keuze voor behandeling van depressie en depressieve klachten. In dit onderzoek staat de vraag naar de achterliggende aspecten van behandelingsvoorkeur bij depressie voor verpleeghuisbewoners centraal en is er geen sprake van een duidelijke hypothese. Er is weinig bekend over de aspecten die ten grondslag liggen aan de behandelingsvoorkeur van verpleeghuisbewoners, -artsen en -psychologen in de behandeling, daarom vindt in dit onderzoek theorievorming plaats. Waargenomen feiten worden verzameld met het doel via het proces van inductie tot hypothesen met betrekking tot (causale) relaties te komen (Plochg, Juttman, Klazinga, & Mackenbach, 2007). Dit wordt gedaan aan de hand van open interviews.

6.2 Onderzoekspopulatie

Om te achterhalen welke aspecten belangrijk zijn bij de keuze voor behandeling van depressie en/of depressieve klachten, zijn verpleeghuisbewoners, -artsen, -psychologen en wettelijke vertegenwoordigers benaderd om deel te nemen aan het onderzoek in de vorm van een interview. De populatie verpleeghuisbewoners bestaat uit bewoners die allen lijden aan een depressie of depressieve klachten en welke zijn ingedeeld in één van de drie volgende categorieën: Verpleeghuisbewoners met een somatische aandoening, verpleeghuisbewoners met een lichte vorm van dementie en verpleeghuisbewoners met een zware vorm van dementie.

Mensen met (een) ernstige somatische aandoening(en), zoals mensen die niet meer goed kunnen praten en mensen die lijden aan hevige pijnen, werden uitgesloten uit het onderzoek. Deze beoordeling maakte de verpleeghuisarts en/of -psycholoog. Voor de verpleeghuisbewoners met een lichte vorm van dementie geldt dat de verpleeghuisarts en/of -psycholoog beoordeelde of deze bewoners in staat waren om deel te nemen aan een individueel interview. De verpleeghuisbewoners zijn woonachtig in diverse vestigingen van Carint Reggeland, namelijk Tolzicht (Goor), Stuvelfhof (Goor), Herinckhave (Hengelo), Havezate (Hengelo), Zuiderhart (Hengelo) en Wateregge (Almelo).

De externe begeleider, nurse practitioner in Carint Reggeland, heeft de onderzoekspopulatie geselecteerd door middel van purposive sampling oftewel doelgerichte selectie. Dit houdt in dat de onderzoekseenheden geselecteerd zijn op bepaalde, inhoudelijke, voor de populatie representatieve kenmerken die voor het onderzoek relevant zijn (Boeije, 2005).

Het aantal respondenten is vastgesteld door middel van theoriegestuurde selectie waarbij de doelgerichte selectie niet vooraf maar gedurende het onderzoek heeft plaatsgevonden (Plochg, Juttmann, Klazinga, & Mackenbach, 2007). Deze methode wordt ook wel theoretische saturatie genoemd. Dit wil zeggen dat men is gestopt met benaderen van respondenten indien: 1) geen nieuwe relevante data gevonden werden voor een bepaalde categorie, 2) een bepaalde categorie volledig uitgewerkt was in al haar dimensies en variaties en 3) de relaties tussen de verschillende categorieën duidelijk waren en gevalideerd werden (Witte, 2011).

In eerste instantie heeft de nurse practitioner een aantal verpleeghuisartsen en -psychologen voor ons onderzoek benaderd. De onderzoekers hebben deze verpleeghuisartsen en -psychologen nogmaals per email benaderd om hen te vragen deel te nemen aan dit onderzoek. In deze mail zijn de doeleinden en werkwijze kortbondig toegelicht. Daarnaast is vermeld dat de onderzoekers zorgvuldig met de gegevens van de respondenten omgaan.

Vervolgens heeft de nurse practitioner de geselecteerde patiënten en vertegenwoordigers door middel van een brief benaderd. In deze brief zijn de doeleinden en werkwijze kortbondig toegelicht. Tevens is vermeld dat de onderzoekers zorgvuldig met de gegevens van de respondenten omgaan, waarna de patiënten toestemming dienden te geven voor benadering door de onderzoekers. Voor aanvang van de interviews hebben alle respondenten een informed consent ondertekend met daarin hun definitieve toestemming voor deelname aan het onderzoek. De opzet van deze informed consents zijn terug te vinden in bijlage D.

6.3 Meetmethode

Zoals eerder in dit hoofdstuk als is genoemd, is de informatie verzameld aan de hand van open interviews welke zijn afgenomen bij individuele personen. Gedurende het interview werd eerst naar algemene informatie omtrent de respondent gevraagd. Vervolgens gingen de onderzoekers in op de aspecten die voor de respondent belangrijk zijn bij het kiezen van een behandeling voor depressie of depressieve klachten. De respondenten waren tijdens de interviews zoveel mogelijk zelf aan het woord, om te voorkomen hen teveel woorden in de mond werden gelegd.

De aspecten uit de literatuur, weergegeven in bijlage B1 en B2, zijn onderverdeeld in categorieën. In tabel 2 is te zien welke categorieën met aspecten betrekking hebben op de patiënt.

Persoonlijke kenmerken • Copingstijl • Attitude • Beliefs • Behoeftte aan behandeling	Kennis & verwachtingen • Kennis van de behandeling • Etiologische veronderstellingen • Eerdere behandelingservaringen • Verwachte effect • Verwachte bijwerkingen	Gezondheidstoestand • Ernst van de depressie • Lijden aan angststoornis • Geestelijk functioneren
Omgeving • Sociale omgeving • Advies van professional • Stigmatisering	Toegankelijkheid • Kosten • Reistijd • Behandelingsmogelijkheden	

Tabel 2: Patiëntencategorieën

Aan de hand van deze categorieën is de interviewleidraad voor de interviews met de verpleeghuisbewoners en -vertegenwoordigers opgezet, zie bijlage C1 en C2. Hierin zijn potentiële vragen en voorbeeldaspecten opgenomen welke als hulpmiddel gedurende de gesprekken gebruikt konden worden. Tevens zijn in deze leidraden de formaliteiten van voor en na de afname van het interview opgenomen.

De categorieën en subcategorieën met betrekking tot de artsen zijn in de onderstaande tabel 3 weergegeven. Aan de hand van deze categorieën is een interviewleidraad voor artsen en psychologen opgesteld, te vinden in bijlage C3.

Patiëntkenmerken • Ernst van de indicatie voor het voorschrijven • Duur van institutionalisering • Ziektekenmerken	Omgeving • Familie • Zorgverleners • Bed capaciteit • Staff/patiënt ratio per minuut • Nationale criteria en richtlijnen • Cultuur (collega's, verpleegtehuis, farmaceuten) • Farmaceutische promotie van medicijnen • Verzekeraars	Werkomstandigheden • Evaluatietijd per patiënt • Patiëntbenadering • Werkplek • Tevredenheid werk • Ervaren werkdruk • Teammix • Opleiding • Werkervaring
Behandeling/medicatie kenmerken • Klinische effectiviteit van de medicatie of behandeling • Bijwerkingen • Delivery mode	Barrières bij non-farmacologische interventies • Te weinig tijd • Gebrek aan vergoeding • Onduidelijke evidence base • Moeilijkheden bij implementatie	

Tabel 3: Artsen- en psychologencategorieën

De categorieën in tabel 2 en 3 vormen zoals voorheen verteld, de leidraden voor eventuele specifieke vragen gedurende de interviews. Desalniettemin willen wij nogmaals benadrukken dat de patiënten, vertegenwoordigers net als de artsen en psychologen tijdens de interviews in de gelegenheid geteld zijn, om vrijuit en buiten deze onderwerpen om te kunnen spreken, maar dat de subonderwerpen wel aangekaart kunnen worden ter bevestiging of uitsluiting van bepaalde aspecten. Echter, nieuwe categorieën en aspecten kunnen bij het analyseren leiden tot uitbreiding van de bovenstaande tabellen. Gedurende de interviews nam telkens één van de onderzoekers de leiding. De andere onderzoeker stuurde zo nodig bij door aanvullende vragen stellen.

6.4 Analyse methode

De interviews zijn getranscribeerd en vervolgens gecodeerd. De coderingstabellen zijn in bijlage E1 en E3 opgenomen, in de bijlagen E2 en E4 zijn definities van de aspecten uit de coderingstabellen gegeven. De interviews zijn in eerste instantie individueel door één van de onderzoekers gecodeerd. Vervolgens zijn de gecodeerde interviews gezamenlijk door de onderzoekers besproken om consensus over de coderingswijze te bereiken.. Aan de hand van de coderingen zijn de gegevens op kwantitatieve wijze verwerkt door middel van turven tot een weergave van totalen (n) per categorie van de subpopulatie. De aanwezigheid van de aspecten is op overzichtelijke wijze in een matrix in bijlage F1 t/m F4 weergegeven.

Door middel van de coderingen en kwantitatieve verwerking kunnen de overeenkomsten, verschillen, clusters en patronen van de aspecten van de onderzoekspopulatie vastgesteld worden (Studion, n.d.).

Aan de hand van deze analyse is een conclusie getrokken omtrent de aspecten welke een rol spelen bij de keuze voor behandeling van depressie. De resultaten kunnen gebruikt worden voor een vervolgonderzoek naar medicatieveiligheid en patiënten voorkeuren in de langdurige ouderenzorg. Tevens kunnen de verkregen inzichten vertaald worden naar aanbevelingen met betrekking tot de behandeling van depressie bij verpleeghuisbewoners.

7. Resultaten

De resultaten zijn verkregen aan de hand van interviews met:

- 2 verpleeghuisbewoners die lijden aan depressie of depressieve klachten en een somatische aandoening hebben.
- 3 verpleeghuisbewoners die lijden aan depressie of depressieve klachten en een lichte vorm van dementie hebben.
- 3 vertegenwoordigers van verpleeghuisbewoners die lijden aan depressie of depressieve klachten en een zware vorm van dementie hebben.
- 3 verpleeghuisartsen
- 3 verpleeghuispsychologen

Naar aanleiding van de resultaten uit de interviews is een resultaatmatrix opgesteld, zoals weergegeven in bijlage F. De resultaten zijn onderverdeeld in de subcategorieën van de onderzoekspopulatie. Per subcategorie worden de resultaten beschreven in de paragrafen 7.1 t/m 7.5.

Buiten de genoemde aspecten van de behandelingsvoorkeur, kwam gedurende de interviews naar voren dat de respondenten de sociale-, woon-, en leefomgeving ook als behandelingsmogelijkheid zien. Hierbij noemden de psychologen de omgangsvorm van het verzorgend personeel als behandelingsmethodiek, daar cognitieve gedragstherapie vaak vanwege beperkt geestelijk functioneren niet mogelijk is. De geïnterviewde patiënten gaven veelvuldig aan dat de omgeving sterk van invloed is op de gemoedstoestand. Omdat de omgeving in dit onderzoek niet als behandelvorm gedefinieerd is en niet in de interviews naar voren is gebracht, wordt deze bevinding in de resultaten niet meegenomen als behandelvorm. Wel kunnen aspecten omtrent de omgeving van invloed zijn op de gedefinieerde behandelvormen.

7.1 Resultaten verpleeghuisbewoners met somatische aandoening

De populatie verpleeghuisbewoners met een somatische aandoening betrof één man en één vrouw in de leeftijd van 80 en 85 jaar. Deze bewoners wonen op een verpleegafdeling van Carint Reggeland. Beide bewoners ontvangen een medicamenteuze behandeling voor depressie of depressieve klachten.

Een overzicht van de resultaten (bijlage F1) aan de hand van de interviews met de patiënten met een somatische aandoening wordt gegeven in tabel 4. Hierin zijn de aspecten weergegeven die gedurende de interviews met de patiënten met een somatische aandoening genoemd zijn. Deze aspecten worden toegelicht aan de hand van de interviews.

Bij het kiezen van een behandeling gaven beide patiënten aan belang te hebben bij het advies van de professional. Een van de patiënten geeft aan dat de arts helpt bij het keuzeprocess omtrent een behandeling, de ander zegt hierover: “Daar is de dokter voor”. Eén van de geïnterviewde patiënten gaf aan dat tevens de sociale omgeving, namelijk de kinderen, een rol speelt bij het kiezen van een behandeling.

Lijst met aspecten
<i>Genoemd door twee patiënten</i>
• Advies van professional
<i>Genoemd door één patiënt</i>
• Kennis over de behandeling • Effect huidige behandeling • Sociale omgeving

Tabel 4: Aspecten somatische patiënten

Eén van de patiënten geeft aan: “Dan krijg ik medicijnen en dan zeg ik: ‘Waar zijn die voor?’”. Dit wijst erop dat kennis over de behandeling een rol speelt voor deze patiënt. Het feit dat de huidige medicatie een goed effect heeft, leidt ertoe dat één van de patiënten aangeeft deze medicatie te willen blijven gebruiken.

7.2 Resultaten verpleeghuisbewoners met lichte vorm van dementie

De populatie verpleeghuisbewoners met een lichte vorm van dementie betrof drie mannen in de leeftijd van 79 tot 82 jaar welke allen op een psychogeriatrische (PG)-afdeling binnen Carint Reggeland wonen. De bewoners lijden aan diverse vormen van dementie, namelijk Alzheimer, Lewy Body dementie en een combinatie van Korsakov, Alzheimer en vasculaire dementie. Zij ontvangen allen een medicamenteuze behandeling voor depressie of depressieve klachten.

Een overzicht van de resultaten (bijlage F2) aan de hand van de interviews met de licht dementerende patiënten wordt gegeven in tabel 5. Hierin zijn de aspecten weergegeven die gedurende de interviews met de patiënten met een lichte vorm van dementie genoemd zijn. Deze aspecten worden toegelicht aan de hand van de interviews.

Lijst met aspecten
<i>Genoemd door drie patiënten</i>
• Advies professional
<i>Genoemd door twee patiënten</i>
• Sociale omgeving • Effect huidige behandeling
<i>Genoemd door één patiënt</i>
• Kennis over de behandeling • Verwachte bijwerkingen

Tabel 5: Aspecten lichte dementerende patiënten

Het advies van de professional wordt door alle drie de patiënten genoemd. De keuze omtrent een behandeling wordt volgens de patiënten vaak overleg met de arts gemaakt: “Ik beslis of de arts beslist”, “Ik neem aan dat de arts weet wat hij doet (...) daar vertrouw ik helemaal op” en “Ik neem aan dat zij het goed doet. Ik ga niet prakkiseren of nadenken of zij het goed doet. Dat doe ik niet”. Naast het advies van de arts geven twee van de drie patiënten aan dat de sociale omgeving een rol speelt bij het kiezen van de behandeling.

Bij één patiënt speelt een familielid een rol bij de behandelingsvoorkeur. Bij de andere patiënt helpt een vriend met het kiezen van behandelingen.

Het feit dat de huidige behandeling een positief effect heeft, is voor twee van de drie patiënten reden om de huidige behandeling voort te willen zetten. Door het goede effect van de behandeling hebben de patiënten voorkeur voor de huidige behandeling.

Eén van de patiënten geeft aan: “Als er wat gebeurt wil ik dat wel horen. Dat vind ik wel belangrijk”. Kennis over de behandeling speelt voor deze patiënt een rol bij het kiezen van een behandeling. Ook noemt één van de patiënten ‘Verwachte bijwerkingen’ als aspect dat relevant is bij het kiezen voor een behandeling voor depressie.

7.3 Resultaten verpleeghuisbewoners met een zware vorm van dementie

De populatie verpleeghuisbewoners met een zware vorm van dementie betrof drie mannen in de leeftijd van 75 tot 82 jaar. Deze bewoners lijdten aan diverse vormen van dementie, namelijk Alzheimer en Lewy Body dementie, en wonen op een PG-afdeling van Carint Reggeland.

Een overzicht van de resultaten (bijlage F3) aan de hand van de interviews met de patiënten met een zware vorm van dementie wordt gegeven in tabel 6. Hierin zijn de aspecten weergegeven die gedurende de interviews met vertegenwoordigers genoemd zijn. Deze aspecten worden toegelicht aan de hand van de interviews. In tabel 6 zijn de nieuw gevonden aspecten rood gedrukt.

Alle vertegenwoordigers noemen bepaalde beliefs (overtuigingen) die voor hen van invloed zijn op de behandelingsvoorkeur. Dit blijkt uit uitspraken als “Ik ben tegen medicijnen. Hij ook.” en “Het ondergaan van een behandeling vond hij heel belangrijk voor hemzelf en voor mij.”.

De ernst van de depressie speelt mee bij het kiezen van de behandeling. De vertegenwoordigers geven aan dat de klachten van de patiënt op een bepaald moment zo hevig waren, dat er een andere mogelijkheden meer waren dan het starten van een medicamenteuze behandeling.

De geïnterviewde vertegenwoordigers geven ook aan dat het advies van de professional meespeelt bij de keuze van een behandeling voor de depressie of depressieve klachten van de verpleeghuisbewoners. Dit blijkt uit uitspraken als: “De arts heeft mij toch wel, ja overtuigd” en “Ik heb het aan de arts over

Lijst met aspecten
<i>Genoemd door drie vertegenwoordigers</i>
• Beliefs • Ernst depressie • Sociale omgeving • Advies professional
<i>Genoemd door twee vertegenwoordigers</i>
• Behoeftte aan behandeling • Kennis oorzaak depressie • Kennis over de behandeling • Verwachte bijwerkingen • Effect huidige behandeling • Cultuur verpleeghuis
<i>Genoemd door één vertegenwoordiger</i>
• Eerdere behandelingservaringen

Tabel 6: Aspecten zwaar demeterende patiënten

gelaten ja”. Ook geven de vertegenwoordigers aan dat zijzelf, als vertegenwoordiger, ook meebeslissen in de keuze voor behandeling, waardoor de sociale omgeving van de patiënt ook een rol speelt bij de behandelingsvoorkeur.

Twee van de geïnterviewde vertegenwoordigers geven aan dat de patiënt zelf behoefte heeft aan een behandeling van de depressie, één van de vertegenwoordigers zegt: “Je kunt aan de manier van hem zien, dan moet hij zo’n tabletje hebben. (...) Hij kan zelf geen pijn aangeven, hij kan het niet duidelijk maken”. Bij het kiezen van de behandeling speelt ook de kennis over de oorzaak van de depressie mee. Vertegenwoordigers geven aan waar de oorzaak van de depressie ligt en dat het vanwege deze onderliggende oorzaak ook nodig is om een bepaalde behandeling te starten.

Ook ‘Kennis over de behandeling’ speelt mee bij de behandelingsvoorkeur, zo blijkt uit de uitspraak: “Kijk, maar wij houden wel bij, als wij zo’n informatiemorgen hebben, dan willen we wel graag weten wat hij krijgt”. Over verwachte bijwerkingen wordt gezegd: “Hij heeft altijd de lichtste vorm medicijnen gekregen omdat het vaak bijwerkingen heeft” en “Daar kreeg hij veel bijwerkingen van”. Ook het huidige effect van de behandeling speelt mee in de behandelingsvoorkeur: wanneer een behandeling een goed effect heeft wordt ervoor gekozen om deze behandeling voort te zetten. De cultuur in het verpleeghuis speelt, volgens de vertegenwoordigers, ook mee bij de behandelingskeuze voor een depressie. Hierover wordt gezegd: “Omdat hij Alzheimer heeft, zetten ze zich voor de depressie niet zo in hoor” en “Dus de verzorgende mocht die behandeling niet doen, omdat het een alternatieve methode was”.

Het aspect ‘Eerdere behandelingservaringen’ wordt door één vertegenwoordiger genoemd. Het feit dat een eerder medicijn veel bijwerkingen met zich meebracht, leidde ertoe dat er bij start van de huidige behandeling gekozen werd voor een ander medicijn.

7.4 Resultaten verpleeghuisartsen

De populatie verpleeghuisartsen bestaat uit drie artsen, waarvan één man en twee vrouwen. De werkervaring van de geïnterviewde artsen bedraagt 10 tot 36 jaar. Zij zijn tussen 6 maanden en 7 jaar werkzaam bij Carint Reggeland. De geïnterviewde artsen zijn allen universitair opgeleid tot basisarts. Daarnaast hebben zij een specialisatie gevolgd tot ouderengeneeskundige of verpleeghuisarts. Verdere specificaties zijn te vinden in bijlage F4.

Aan de hand van de interviews met de verpleeghuisartsen is een lijst opgesteld met aspecten die van invloed zijn op de behandelingskeuze van artsen voor depressie bij verpleeghuisbewoners. Deze lijst wordt weergegeven in tabel 7.

De geïnterviewde artsen geven allen aan dat de oorzaak van de depressie meespeelt bij het voorschrijven van een behandeling. Eén van de artsen verwoordt dit als volgt: “Verlies van regie brengt natuurlijk verdriet en rouwproces met zich mee, dat is niet hetzelfde als een depressieve stemmingsstoornis in engere zin, zeg maar. (...) Dus ik probeer dan in kaart te brengen: Wat speelt er nu precies en vraagt dit een medicamenteuze behandeling?”. Dit citaat duidt er tevens op dat de ernst van de depressie meespeelt bij het voorschrijven van een behandeling. Ook andere citaten wijzen hierop: “Het hangt er vanaf hoe ernstig de klachten zijn” en “Als ik zie dat mensen hun dagstructuur niet meer kunnen maken, dat het voor hen zo beklemmend is waar zij mee worstelen, ja dan start ik een behandeling, medicamenteus”.

Lijst met aspecten
<i>Genoemd door drie artsen</i>
• Oorzaak depressie • Ziektekenmerken • Wensen omtrent behandeling • Familie • Zorgverleners • Patiëntbenadering • Teammix • Opleiding • Bijwerkingen • Praktijkervaring
<i>Genoemd door twee artsen</i>
• Ernst van indicatie • Wilsbekwaamheid • Woongroepgrootte • Nationale criteria en richtlijnen • Signaleringsinstrumenten • Werkervaring • Vaardigheden personeel • Klinische effectiviteit • Omgevingsmogelijkheden
<i>Genoemd door één arts</i>
• Duur van institutionalisering • Voorgeschiedenis • Vrijwilligers • Staff/patient ratio per minuut • Cultuur verpleeghuis • Ervaren werkdruk • Aanlooptijd medicijn • Bekendheid met medicijn • Combinatie met andere medicatie • Te weinig tijd • Gebrek aan vergoeding • Onduidelijkheid evidence based • Moeilijkheden bij implementatie

Tabel 7: Aspecten van artsen

Naast de ernst van depressie vinden de geïnterviewde verpleeghuisartsen de ziektekenmerken van de patiënten ook een relevant aspect. Zij geven aan dat verpleeghuisbewoners een complexe patiëntpopulatie is, waar vaak andere ziekten als dementie, CVA en andere aandoeningen meespelen.

De wensen van de patiënt worden door de verpleeghuisarts meegenomen bij het voorschrijven van een behandeling, het gaat uiteindelijk om de patiënt. Het hangt af van de wilbekwaamheid van de patiënt of de patiënt daadwerkelijk kan meebeslissen over de behandeling. Wanneer de patiënt zelf niet meer kan meebeslissen, zal de familie deze taak (vaak) overnemen. De artsen geven allen aan dat de familie alleen een rol speelt in het beslissingsproces als de patiënt zelf geen beslissingen meer kan nemen. Ook heeft de familie invloed op de behandeling, doordat zowel de patiënt als de arts zelf niet los gezien kunnen worden van de omgeving, zo stelt één van de artsen. Zij veronderstelt dat de familie invloed heeft op de patiënt en dat de familie ook invloed heeft op de arts door het contact tussen arts en familie.

Om tot het voorschrijven van een behandeling over te gaan, wordt voor iedere patiënt tweemaal per jaar een scoringslijst ingevuld die vervolgens besproken wordt op een MDO. Deze scoringslijst dient als signaleringsinstrument binnen Carint Reggeland. Aan de hand van de score gaat men, indien nodig, over op het starten van een behandeling. Een dergelijke scoringslijst wordt gebruikt binnen Carint Reggeland om aan de nationale richtlijnen omtrent signalering en behandeling van depressie bij verpleeghuisbewoners te kunnen voldoen.

De artsen geven allen aan dat er ook andere zorgverleners betrokken zijn bij het bepalen van een behandeling voor depressie bij verpleeghuisbewoners. Deze zorgverleners hebben allen een eigen rol in het proces. Zoals: “Nou, eerst moet de psycholoog zijn werk doen. Ik haal altijd eerst de psycholoog erbij om mee te kijken en om eventueel wat dieper onderzoek te doen”. En “Het verzorgend personeel probeert je te helpen door zo’n lijst in te vullen. (...) Maar dat helpt je wel en ze komen ook voor de patiënt op en dat vind ik eigenlijk heel plezierig”. Buiten het feit dat iedere zorgverlener een individuele bijdrage levert in het zorgproces, geven de artsen ook aan dat zij deze mix van verschillende zorgprofessionals als waardevol ervaren bij het bepalen van de behandeling voor de depressie van verpleeghuisbewoners: “Het voordeel van in een verpleeghuis werken is dat je in teamverband werkt” en “Je gaat zo’n traject samen door en je maakt samen keuzes van wie doet nu wat. En dan kom je die barrières lang niet zoveel tegen”. Artsen noemen het opleidingsniveau van zorgverleners als één van de aspecten die van invloed is op het behandelproces. Zo geeft een van de artsen aan: “Ik haal altijd eerst de psycholoog erbij om mee te kijken en om eventueel wat dieper onderzoek te doen. Want zij zijn daar toch beter voor opgeleid, om die depressie goed in beeld te brengen”. Wat betreft het verzorgend personeel op de afdelingen wordt gesteld dat het opleidingsniveau van het personeel van invloed is op de wijze waarop zij dingen aangeleerd hebben gekregen en zicht hebben op de problematiek bij de bewoners. Dit is niet alleen afhankelijk van opleidingsniveau, maar ook van de vaardigheden waar het personeel over beschikt.

De verpleeghuisartsen geven aan dat de wijze waarop het personeel de patiënt benadert van invloed is op de diagnostisering en het voorschrijven van een behandeling. Hierbij geven artsen aan dat het belangrijk is tijd te nemen voor het observeren en diagnosticeren, zij willen niet zomaar medicatie voorschrijven.

Wanneer een behandeling door de verpleeghuisarts wordt voorgeschreven, spelen de bijwerkingen van medicatie een grote rol. Alle verpleeghuisartsen geven aan dat medicatie niet zomaar wordt voorgeschreven vanwege mogelijke bijwerkingen. Bij het kiezen van medicatie laten de artsen zich met name leiden door praktijkervaring en ervaringen van collega's: "Het moet in het veld wel zijn sporen verdiend hebben" en "Dan zien we het effect en dan ga je meedoen". Ook de klinische effectiviteit van een medicijn speelt mee, bijvoorbeeld: "De ene vorm van medicatie heeft natuurlijk een tegenwerkend effect op de andere vorm van medicatie" of "Die SSRI's zijn nu wat langer in de handel en blijken ook niet altijd even effectief te zijn". De persoonlijke werkervaring speelt ook mee bij het voorschrijven van behandelingen, één van de artsen zegt: "Ik heb weleens geprobeerd het dan weer af te bouwen en soms doe ik dat ook wel eens, maar mijn ervaring is daar niet zo goed mee".

De verpleeghuisartsen stellen dat de woongroep waarin de patiënt leeft van invloed is op de behandeling van de depressie. Eén van de artsen geeft aan dat kleinere woongroepen leiden tot minder prikkels, wat een gunstig effect heeft op de stemming van de verpleeghuisbewoners. De andere arts stelt dat sommige patiënten juist behoefte hebben aan gezelschap op hun kamer, terwijl andere patiënten gebaat zijn bij rust. Deze arts geeft aan hiermee rekening te houden bij de verdere behandeling van de depressie bij bewoners.

Aspecten die door één van de drie geïnterviewde verpleeghuisartsen zijn genoemd, zijn: 'Duur van institutionalisering', 'Voorgeschiedenis', 'Vrijwilligers', 'Staff/patient ratio', 'Cultuur verpleeghuis', 'Ervaren werkdruk', 'Aanlooptijd medicijn', 'Bekendheid medicijn', 'Combinatie met andere medicijnen', 'Te weinig tijd', 'Gebrek aan vergoeding', 'Onduidelijke evidence based' en 'Moeilijkheden bij implementatie'.

7.5 Resultaten verpleeghuispsychologen

De populatie psychologen bestaat uit drie psychologen, één man en twee vrouwen. De werkervaring van de geïnterviewde psychologen bedraagt 1,5 jaar tot 23 jaar. Zij zijn tussen de 2 maanden en 2,5 jaar werkzaam bij Carint Reggeland. De geïnterviewde psychologen zijn allen universitair opgeleid tot psycholoog. De psychologen zijn gespecialiseerd in geestelijke gezondheidsbevordering, klinische psychologie of gezondheidszorg (GZ)-psychologie. Verdere specificaties zijn te vinden in bijlage F5.

Aan de hand van de interviews kunnen diverse aspecten geïdentificeerd worden die bij verpleeghuispsychologen ten grondslag liggen aan de behandelingsvoorkeur van depressie of depressieve klachten.

Wat betreft ziektekenmerken wordt door de verpleeghuispsychologen aangegeven dat, zowel bij somatische als psychogeriatrische bewoners, vaak sprake is van klachten als concentratieproblemen. Hierdoor zijn bepaalde behandelingen, zoals gedragstherapeutische behandelingen, moeilijk inzetbaar.

De geïnterviewde verpleeghuispsychologen geven aan dat het bij het kiezen van een behandeling belangrijk is om te luisteren naar de wensen van de verpleeghuisbewoner zelf. Zij zeggen hierover: “Je moet sowieso aansluiten bij de cliënt” en “Ik mag graag denken dat je toch kijkt naar de behoefte van de patiënt zelf”. Vaak wordt de familie ook betrokken bij het vaststellen van de behandeling, met name wanneer de patiënt niet meer in staat is om zelf keuzes te maken.

Lijst met aspecten
<i>Genoemd door drie psychologen</i>
• Ziektekenmerken • Wensen omtrent behandeling • Familie • Zorgverleners • Patiëntbenadering • Teammix • Opleiding • Toedieningswijze
<i>Genoemd door twee psychologen</i>
• Ernst van indicatie • Wilsbekwaamheid • Kwaliteit van leven • Nationale criteria en richtlijnen • Signaleringsinstrumenten • Opleiding
<i>Genoemd door één psycholoog</i>
• Oorzaak depressie • Duur van institutionalisering • Voorgeschiedenis • Vrienden • Cultuur verpleeghuis • Vaardigheden personeel • Klinische effectiviteit • Aanlooptijd medicijn • Bijwerkingen • Omgevingsmogelijkheden • Praktijkervaring • Combinatie met andere medicatie • Onduidelijkheid evidence based • Moeilijkheden bij implementatie

Tabel 8: Aspecten van psychologen

De zorgverleners die betrokken zijn bij de patiënten hebben invloed op de behandelingsvoorkeur van de verpleeghuispsychologen. Dit blijkt uit de antwoorden uit de interviews, zoals: “Als je kijkt naar hoe je het gaat behandelen, laten we dit wel vaak afhangen van verpleging en verzorging. Deze hebben daar natuurlijk wel een hele grote invloed op uiteindelijk” en “De verzorging werkt de hele dag met de cliënt. Dus die kennen de mensen door en door en die zien ook daar vaak een verandering in. Dus ik vind ook dat je met hun daarin in overleg moet”. Tevens wordt het belang aangeduid van de multidisciplinaire overlegmomenten (MDO's) waarin verschillende zorgverleners overleg voeren over de patiënten. De verpleeghuispsychologen geven het belang aan van multidisciplinariteit in de teams: “Je hebt sowieso het hele multidisciplinaire team. Dus dat komt dan ter sprake tijdens een MDO. Dus de zorgverleners zijn belangrijk en kunnen daarin ook een rol spelen. Of in ieder geval kan je met elkaar uitwisselen wat er nu gaande is”. Een andere psycholoog zegt: “Dat is wel een heel nauw samenspel moet ik zeggen met de verpleging en verzorging en ook met de arts” en “Dus dat vind ik wel heel mooi, dat je het met elkaar bekijkt”.

Tenslotte geven ook alle verpleeghuispsychologen aan dat de toedieningswijze van de behandeling meespeelt bij het voorschrijven van een behandeling. Hierover wordt gezegd: “Daar komt bij dat op het moment dat je gaat kijken naar de klachten die mensen aangeven, dat je dat ook op een heleboel manieren kan gaan beïnvloeden. (...) Is dat gesprekken voeren of iets medicamenteus dat hij of zij wil?”. En: “Ten eerste antidepressiva duurt al een aantal weken voordat er wat gebeurt, dus dan moet je haast al met een ander middel komen. (...) Soms is het nodig en soms moet het, maar je moet wel kijken van zijn er geen alternatieven.” De manier waarop de patiënt benaderd wordt, is voor de psychologen ook belangrijk bij keuze van behandeling voor depressie: “Hoe spreek je iemand aan en dat soort dingen. En daarin ook een stukje begrip tonen en inderdaad niet overheen walsen over iemands gevoelens, maar daarin begrip tonen”.

Enkele aspecten zijn door twee psychologen besproken. Zo ook het aspect ‘Ernst van de indicatie’. Dit wordt aangeduid door een uitspraak als “Elke nieuwe bewoner komt na 6 weken al in het MDO (...). Want die eerste weken is puur gewenning en na die 6 weken kan je al een beetje zien van blijft dit of wordt het toch wat beter”. Bij het starten van een behandeling is, zo wordt gezegd, de kwaliteit van leven ook relevant: “Ik vind het meest belangrijk kwaliteit van leven van de mensen. (...) Ze hebben niet meer zo lang te leven en hoe komen zij nog in een zo goed mogelijk, kwalitatief goed leven?” Hieruit blijkt dat de kwaliteit van leven van de verpleeghuisbewoners invloed heeft op de voorkeur van behandeling door de verpleeghuispsycholoog.

Ook signaleringsinstrumenten spelen een rol bij het beslissingsproces voor de behandeling van depressie bij twee psychologen. Zij geven aan dat bij de MDO's gebruik gemaakt wordt van risico-inventarisatielijsten, waarna bepaald wordt of behandeling van depressie of depressieve klachten al dan niet nodig is.

Twee geïnterviewde psychologen geven aan dat het opleidingsniveau van personeel meespeelt bij de behandeling van depressie bij verpleeghuisbewoners: “Al denk ik dat een team wat meer gespecialiseerd is op gebied van psychiatrische problemen als depressie, ook sneller en misschien beter de behandeling kan oppakken, dat dan wel” en “Ja, dus in die zin komt het er dan wel op neer dat je moet proberen aan te sluiten bij het verzorgende team en bij het opleidingsniveau”.

Aspecten die door één van de drie psychologen gedurende de interviews zijn genoemd, zijn: ‘Oorzaak depressie’, ‘Duur van institutionalisering’, ‘Voorgeschiedenis’, ‘Vrienden’, ‘Cultuur verpleeghuis’, ‘Vaardigheden personeel’, ‘Klinische effectiviteit’, ‘Aanlooptijd medicatie’, ‘Bijwerkingen’, ‘Omgevingsmogelijkheden’, ‘Praktijkervaring’, ‘Combinatie met andere medicatie’, ‘Onduidelijkheid evidence based’ en ‘Moeilijkheden bij implementatie’.

8. Conclusie

In deze conclusie wordt met behulp van de resultaten uit hoofdstuk 7 een antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek: ‘Welke aspecten liggen ten grondslag aan de behandelingsvoorkeur van verpleeghuisbewoners, verpleeghuisartsen en verpleeghuispsychologen bij depressie of depressieve klachten?’

In hoofdstuk 8.1 worden de aspecten van behandelingsvoorkeur van de verpleeghuisbewoners beschreven. In hoofdstuk 8.2 worden de aspecten van behandelingsvoorkeur van verpleeghuisartsen en verpleeghuispsychologen beschreven.

8.1 Conclusie omtrent voorkeuren van verpleeghuisbewoners

Aan de hand van de interviews zijn in de voorgaande hoofdstukken lijsten met aspecten van behandelingsvoorkeuren opgesteld voor de verschillende categorieën verpleeghuisbewoners. In deze conclusie worden deze verschillende categorieën met de bijbehorende aspecten vergeleken, om vervolgens een definitieve lijst op te stellen van aspecten die van invloed zijn op de behandelingsvoorkeur van verpleeghuisbewoners met een depressie of depressieve klachten.

Door alle genoemde aspecten uit de verschillende patiëntcategorieën bij elkaar te leggen, ontstaat een definitieve lijst met aspecten van behandelingsvoorkeur van verpleeghuisbewoners bij de depressie of depressieve klachten. Deze lijst wordt weergegeven in tabel 9 en geeft de aspecten weer die van belang zijn bij de behandelingsvoorkeur van verpleeghuisbewoners met een depressie of depressieve klachten.

Lijst met aspecten
<i>Door acht geïnterviewden genoemd</i>
• Advies professional
<i>Door zes geïnterviewden genoemd</i>
• Sociale omgeving
<i>Door vijf geïnterviewden genoemd</i>
• Effect huidige behandeling
<i>Door vier geïnterviewden genoemd</i>
• Kennis over behandeling
<i>Door drie geïnterviewden genoemd</i>
• Beliefs • Behoeftte aan behandeling • Ernst depressie • Verwachte bijwerkingen
<i>Door twee geïnterviewden genoemd</i>
• Kennis oorzaak depressie • Cultuur verpleeghuis
<i>Door één geïnterviewde genoemd</i>
• Eerdere behandelingservaring

Tabel 9: Aspecten van behandelingsvoorkeur van verpleeghuisbewoners

8.2 Conclusie omtrent voorkeuren van verpleeghuisartsen en –psychologen

Lijst met aspecten
<i>Door zes geïnterviewden genoemd</i>
• Ziektekaracteristieken • Wensen omtrent behandeling • Familie • Zorgverleners • Patiëntbenadering • Teammix
<i>Door vijf geïnterviewden genoemd</i>
• Opleiding
<i>Door vier geïnterviewden genoemd</i>
• Oorzaak depressie • Ernst van indicatie • Wilsbekwaamheid • Nationale criteria en richtlijnen • Signaleringsinstrumenten • Bijwerkingen • Praktijkervaring
<i>Door drie geïnterviewden genoemd</i>
• Vaardigheden personeel • Klinische effectiviteit • Toedieningswijze (delivery mode) • Omgevingsmogelijkheden • Combinatie met andere medicatie
<i>Door twee geïnterviewden genoemd</i>
• Kwaliteit van leven • Woongroepgrootte • Cultuur verpleeghuis • Werkervaring • Aanlooptijd medicijn • Onduidelijke evidence based • Moeilijkheden bij implementatie

Aan de hand van de interviews met de verpleeghuisartsen en verpleeghuispsychologen zijn in de voorgaande hoofdstukken lijsten met aspecten van behandelingsvoorkeuren opgesteld. In deze conclusie worden deze verschillende categorieën met elkaar vergeleken om vervolgens een definitieve lijst op te stellen van aspecten die van invloed zijn op voorkeur van verpleeghuisartsen en –psychologen bij de behandeling voor depressie of depressieve klachten bij verpleeghuisbewoners.

Door alle genoemde aspecten uit de twee categorieën zorgverleners bij elkaar te leggen, ontstaat een definitieve lijst met aspecten omtrent behandelingsvoorkeur bij depressie of depressieve klachten. Deze lijst wordt weergegeven in tabel 10.

<i>Door één geïnterviewde genoemd</i>
• Voorgeschiedenis • Vrienden • Vrijwilligers • Staff/patient ratio per minuut • Ervaren werkdruk • Bekendheid met medicijn • Te weinig tijd • Gebrek aan vergoeding

Tabel 10: Aspecten van behandelingsvoorkeur van verpleeghuisartsen en –psychologen

9. Discussie

Vanwege de ontbrekende kennis omtrent de aspecten die voor verpleeghuisbewoners, -artsen en – psychologen een rol spelen bij de behandeling van depressie is dit onderzoek uitgevoerd om inzicht in de desbetreffende aspecten te krijgen. De volgende onderzoeksvraag staat hierbij centraal: *‘Welke aspecten liggen ten grondslag aan de behandelingsvoorkeur van verpleeghuisbewoners, verpleeghuisartsen en verpleeghuispsychologen bij depressie of depressieve klachten?’*

Allereerst de vergelijking van de drie categorieën verpleeghuisbewoners. Wanneer men kijkt naar de aspecten omtrent de behandelingsvoorkeur valt op dat alle geïnterviewden uit deze verschillende categorieën ‘Advies van professional’ noemen. Dit duidt erop dat het aspect ‘Advies van professional’ een aspect is dat voor verpleeghuisbewoners relevant kan zijn bij de behandelingsvoorkeur van depressie of depressieve klachten. Verder komen de aspecten ‘Kennis over de behandeling’, ‘Effect huidige behandeling’ en ‘Sociale omgeving’ gedurende de interviews met patiënten en vertegenwoordigers uit alle drie de categorieën aan bod. Gedurende de interviews met de drie licht dementerende patiënten en de drie vertegenwoordigers zijn, naast de voorgenoemde aspecten, ook ‘Behoeftte aan behandeling’ en ‘Verwachte bijwerkingen’ aan bod gekomen. In interviews met de drie vertegenwoordigers zijn tevens ‘Beliefs’, ‘Ernst depressie’, ‘Kennis oorzaak depressie’, ‘Eerdere behandelingservaringen’, ‘Verwachte bijwerkingen’ en ‘Cultuur verpleeghuis’ aan bod gekomen. Mogelijk spelen al deze bovengenoemde aspecten een rol bij de behandelingsvoorkeur van depressie bij verpleeghuisbewoners.

Vrijwel alle aspecten die door de verpleeghuisbewoners zijn genoemd, komen overeen met de aspecten in de literatuur zoals besproken in de inleiding. Desondanks blijkt niet uit dit onderzoek dat alle in de literatuur gevonden aspecten van invloed zijn op de behandelingsvoorkeur van verpleeghuisbewoners bij de behandeling van depressie of depressieve klachten. Dit zijn de aspecten ‘Copingstijl’, ‘Attitude’, ‘Verwachte effect’, ‘Lijden aan angststoornis’, ‘Geestelijk functioneren’, ‘Stigmatisering’, ‘Kosten’, ‘Reistijd’ en ‘Behandelingsmogelijkheden’. Deze aspecten staan wel in relatie met de soort behandeling die de patiënt ondergaat, maar bepalen mogelijk niet de behandelingsvoorkeur van de patiënt. Mogelijk zijn dit aspecten waarvan de patiënt zich niet bewust is, die niet relevant zijn voor de patiënt of die op het moment van interviewen niet bij de patiënt zijn opgekomen.

Daarnaast zijn er ook aspecten gevonden die niet in de literatuur worden genoemd maar wel in dit onderzoek naar voren zijn gekomen als zijnde van invloed op de behandelingsvoorkeur van verpleeghuisbewoners bij depressie of depressieve klachten. Dit zijn de aspecten ‘Effect van de huidige behandeling’ en ‘Kennis over oorzaak depressie’. Mogelijk zijn dit aspecten die niet direct in relatie staan met de gekozen behandeling maar voor de patiënt wel van invloed zijn op de behandelingsvoorkeur. Een verklaring voor deze discrepantie tussen literatuur en praktijk kan zijn dat

nog onvoldoende onderzoek is gedaan naar relaties tussen aspecten en de gekozen behandeling binnen de populatie verpleeghuisbewoners.

Wanneer men de bovengenoemde aspecten samenvoegt tot categorieën worden door alle patiëntengroepen gedurende de interviews aspecten uit 'Kennis en verwachtingen' en 'Omgeving' naar voren gebracht. Door licht dementerende patiënten en vertegenwoordigers worden ook aspecten uit de categorie 'Persoonlijke kenmerken' genoemd. De vertegenwoordigers noemen daarnaast ook nog aspecten uit de categorie 'Gezondheidstoestand'. Mogelijk wordt dit veroorzaakt door het feit dat vertegenwoordigers zich meer bewust zijn van de gezondheid van de patiënten dan de patiënten zelf. Geen enkele patiënt of vertegenwoordiger noemde gedurende de interviews aspecten uit de categorie 'Toegankelijkheid'. Onder deze categorie vallen 'Kosten', 'Reistijd' en 'Behandelingsmogelijkheden'. Mogelijk zijn patiënten en vertegenwoordigers zich niet bewust van deze aspecten, spelen deze aspecten geheel geen rol of hebben zij niet bij deze aspecten stilgestaan.

De aspecten 'Ziektekenmerken', 'Wensen omtrent behandeling', 'Familie', 'Zorgverleners', 'Patiëntbenadering', 'Teammix' en 'Opleiding' worden zowel door alle verpleeghuisartsen als verpleeghuispsychologen genoemd. Verder worden door zowel verpleeghuisartsen als -psychologen de aspecten 'Oorzaak depressie', 'Bijwerkingen', 'Ernst van de indicatie', 'Wilsbekwaamheid', 'Nationale criteria en richtlijnen', 'Signaleringsinstrumenten', 'Vaardigheden personeel', 'Klinische effectiviteit', 'Omgevingsmogelijkheden', 'Voorgeschiedenis', 'Combinatie met andere medicatie', 'Aanlooptijd medicijn', 'Onduidelijkheid evidence based', 'Moeilijkheden bij implementatie', 'Duur institutionalisering', 'Praktijkervaring', en 'Cultuur verpleeghuis' gedurende de interviews genoemd. De verpleeghuisartsen noemen daarnaast ook de aspecten 'Woongroepgrootte', 'Werkervaring', 'Vrijwilligers', 'Staff/patient ratio per minuut', 'Ervaren werkdruk', 'Bekendheid met medicijn', 'Te weinig tijd' en 'Gebrek aan vergoeding'. De verpleeghuispsychologen noemen naast de gemeenschappelijke aspecten: 'Toedieningswijze', 'Kwaliteit van leven' en 'Vrienden'.

Door de aspecten van behandelingsvoorkeur bij depressie of depressieve klachten van verpleeghuisartsen of -psychologen te vergelijken met de gevonden aspecten uit de literatuur (zie bijlage B2), valt op dat er verschillen bestaan tussen de gevonden aspecten en de literatuur. De aspecten 'Bedcapaciteit', 'Farmaceutische promotie van medicijnen', 'Evaluatietijd per patiënt' en 'Werktevredenheid' werden in de literatuur genoemd als aspecten die in relatie staan tot het voorschrijven van behandelingen door verpleeghuisartsen. Uit de interviews is niet gebleken dat deze aspecten invloed hebben op de behandelingsvoorkeur van verpleeghuisartsen en -psychologen. Mogelijk ervaren verpleeghuisartsen en -psychologen deze aspecten niet als van invloed zijnde op hun behandelingsvoorkeur, zijn zij zich niet bewust van de invloed van deze aspecten of zijn deze aspecten gedurende het interview niet bij de geïnterviewden opgekomen.

Uit de interviews zijn verschillende nieuwe aspecten genoemd die niet in de literatuur naar voren kwamen, namelijk: ‘Wensen omtrent behandeling’, ‘Oorzaak depressie’, ‘Wilsbekwaamheid’, ‘Signaleringsinstrumenten’, ‘Praktijkervaring’, ‘Vaardigheden personeel’, ‘Omgevingsmogelijkheden’, ‘Combinatie met andere medicatie’, ‘Kwaliteit van leven’, ‘Woongroepgrootte’, ‘Aanlooptijd medicijn’, ‘Voorgeschiedenis’, ‘Vrienden’, ‘Vrijwilligers’, en ‘Bekendheid met medicijn’. Desondanks gaven de verpleeghuisartsen en verpleeghuispsychologen aan dat deze aspecten voor hen wel van invloed zijn op hun behandelingsvoorkeur. Mogelijk is het verband tussen deze aspecten en de behandelingskeuze van verpleeghuisartsen nog niet aangetoond.

Wanneer men de bovengenoemde aspecten koppelt aan categorieën kan men stellen dat alle categorieën namelijk ‘Patiënt kenmerken’, ‘Omgeving’, ‘Werkomstandigheden’, ‘Behandeling/ medicatie kenmerken’ en ‘Barrières bij non-farmacologische interventies’ door zowel de artsen als de psychologen gedurende de interviews aan bod zijn gekomen en mogelijk een rol spelen bij de behandelingskeuze van depressie bij verpleeghuisbewoners. Desondanks droegen zij vele nieuwe aspecten aan die niet door M. Hulshof zijn genoemd. Dit kan mogelijk veroorzaakt worden doordat de informatie van M. Hulshof betrekking heeft op aspecten die een rol spelen bij behandelingen van dementerende patiënten door verpleeghuisartsen en deze informatie niet specifiek gericht is op de aspecten die een rol spelen bij de behandeling van depressie bij verpleeghuisbewoners door verpleeghuisartsen.

Naar aanleiding van de interviews met de verschillende patiëntengroepen valt op dat de somatische patiënten veel minder aspecten naar voren droegen tijdens de interviews ten opzichte van de andere twee patiëntengroepen. Gedurende de interviews met deze twee somatische patiënten viel het de onderzoekers op dat de patiënten in deze categorie minder spraakzaam waren dan de patiënten uit de overige twee patiëntengroepen. Deze bevindingen kunnen op toeval berusten gezien de onderzoekers geen andere somatische patiënten met een depressie binnen Carint Reggeland hebben kunnen interviewen die aan diezelfde onderzoekscriteria voldeden. De onderzoekers hadden verwachtten echter dat de patiënten met een lichte vorm van dementie minder spraakzaam zouden zijn vanwege beperkingen in het geestelijk functioneren. Een grotere groep met somatische patiënten had er voor kunnen zorgen dat er meerdere aspecten naar voren waren gedragen gedurende de interviews die mogelijk een rol spelen bij de behandeling van depressie bij verpleeghuisbewoners.

Gedurende de interviews bleek tegen de verwachtingen van de onderzoekers in dat de patiënten met een lichte vorm van dementie behoefte hadden aan een praatje en hun verhaal graag aan de onderzoekers kwijt wilden. Deze bevindingen kunnen mogelijk worden veroorzaakt door de ‘opstandigheid’ van de patiënten. Twee van de drie licht demente patiënten gaven immers aan dat zij zich niet op de plek voelden en het liefst zo snel mogelijk terug zouden willen naar hun oude woonsituatie. Op deze manier vonden zij mogelijk een luisterend oor.

De vertegenwoordigers van de zwaar dementerende patiënten droegen - zoals door de onderzoekers voorspeld- de meeste aspecten aan in relatie tot de behandeling van depressie bij verpleeghuispatiënten in vergelijking met de twee andere patiëntengroepen. De vertegenwoordigers gaven aan dat zij het belangrijk vonden dat de ziekten van hun echtgenotes meer aandacht zou krijgen en vonden het doel van het onderzoek dan ook relevant genoeg om deel te nemen aan een interview. Echter, het ging hen voornamelijk om de dementie en niet om de depressie. Dit zorgde dan ook voor enige afwijkende gesprekken gedurende de interviews.

Vervolgens zijn gedurende het onderzoek enkele punten naar voren gekomen die mogelijk van invloed zijn op de resultaten en conclusie:

1. Ten eerste zou de selectiemethode van de nurse practitioner van invloed kunnen zijn op de representativiteit van de onderzoekspopulatie. De selectiemethode beschrijft dat de patiënten worden toegewezen aan subgroepen op basis van hun indicatie. Het is onduidelijk in hoeverre de persoonlijke ervaringen en belevingen van de nurse practitioner invloed hebben gehad op de toewijzing in subpopulaties.
2. Men kan zich afvragen in hoeverre de ernst van de depressie en/of de ernst van de dementie/somatische aandoening van invloed zijn geweest op het beantwoorden van de vragen. Deze factoren beïnvloeden de representativiteit van de populatie en daarmee de interne validiteit van het onderzoek.
3. Om de beurt hebben de onderzoekers gedurende de interviews de leiding genomen. Beide onderzoekers ondervroegen de respondenten aan de hand van de interviewleidraad maar formuleerden de vragen op eigen wijze. Mogelijk heeft deze vraagwijze invloed gehad op de antwoorden van de respondenten.
4. De interviews met verpleeghuisarts 2 en 3 zijn door één onderzoeker afgenomen. Mogelijk kan de afwezigheid van de andere onderzoeker van invloed zijn op de verkregen resultaten van de betreffende interviews.
5. Tevens zijn niet de ernstig dementerende verpleeghuisbewoners maar de vertegenwoordigers van deze patiënten ondervraagd. Men kan zich hierbij afvragen in hoeverre het oordeel van de vertegenwoordigers over deze patiënten geldig is. Mogelijk is er sprake van discrepantie tussen het oordeel van de vertegenwoordiger en het oordeel van de patiënt. Men zou gesprekken met zowel de vertegenwoordiger als de zwaar dementerende patiënt kunnen voeren.
6. Mogelijk is er sprake van het onbewust bijsturen van de antwoorden van respondenten gedurende de interviews (observer bias). In eerste instantie waren de respondenten vrij om te vertellen wat zij belangrijk vonden bij de behandeling van depressie. Indien zij de open vragen op een verkeerde manier interpreteerden en/ of moeite hadden met het beantwoorden van de

vragen, werden aanvullende vragen gesteld, ondersteund door voorbeelden. Deze subvragen en voorbeelden kunnen sturing hebben gegeven aan de antwoorden van de respondenten.

7. Gedurende de interviews is in enkele gevallen aangegeven dat respondenten de vragen niet begrepen of op een onjuiste manier interpreteerden. Wanneer zij dit aangaven is de vraag opnieuw toegelicht. Mogelijk ondervonden de respondenten dit vaker gedurende de interviews maar hebben zij dit niet aangegeven. Op deze wijze kunnen de vragen op onjuiste wijze beantwoord zijn.
8. Gedurende de interviews hadden de respondenten de neiging om hun antwoorden te richten op dementie en de somatische aandoeningen in plaats van op de depressie of depressieve klachten. Hierdoor was veel bijsturing nodig, punt 6 is op deze wijze versterkt.
9. Verschillende patiënten gaven gedurende de interviews aan zich niet bewust te zijn van hun depressie of depressieve klachten. Om toch antwoorden op de vragen te krijgen, zijn fictieve situaties geschetst en zijn de vragen gegeneraliseerd naar aandoeningen in het algemeen. Mogelijk zijn deze antwoorden afwijkend van de specifieke behandelingsvoorkeuren bij depressie.
10. Men kan zich afvragen of het tijdstip waarop de respondenten ondervraagd zijn van invloed is geweest op de antwoorden die de respondenten verstrekten. Met name bij dementie kan er sprake zijn wisselende belevingen en helderheid van geest.
11. De interpretatie van de onderzoekers omtrent de antwoorden van de respondenten heeft mogelijk tot onjuiste of selectieve coderingen geleid. Dit kan van invloed zijn geweest op de resultaten en conclusie. Door het letterlijk transcriberen van de interviews, gebruik van coderingstabellen en verklaringstabellen, is getracht de transparantie van het onderzoek zoveel mogelijk te waarborgen.
12. Doordat het onderzoek in slechts één verpleeghuisorganisatie is uitgevoerd, is de externe validiteit van het onderzoek beperkt. Het is onduidelijk of de onderzochte organisatie (Carint Reggeland) representatief is voor andere verpleeghuisorganisaties.
13. In de laatste week van het onderzoek is gebleken dat 4 van de 8 geïnterviewde verpleeghuisbewoners mogelijk niet lijden aan een depressie of depressieve klachten. Desalniettemin kan de mening van een niet-depressieve patiënt ook worden gebruikt om de aspecten omtrent de behandelingsvoorkeuren van verpleeghuisbewoners bij depressie of depressieve klachten in kaart te brengen. In de interviews is immers geprobeerd om de nadruk te leggen op de behandeling van depressie en/ of depressieve klachten. De niet-depressieve verpleeghuisbewoners hebben zich op deze manier wel kunnen verplaatsen in een dergelijke situatie. Zodoende zijn de aangedragen aspecten van verpleeghuisbewoners zonder depressie of depressieve klachten mogelijk ook bruikbaar.

De sterke punten van het onderzoek zijn ook het noemen waard:

1. Bij aanvang van het onderzoek is rekening gehouden met de verschillende patiëntpopulaties in een verpleeghuis. Door uit iedere categorie meerdere patiënten te interviewen zijn al deze verschillende patiëntcategorieën in het onderzoek vertegenwoordigd. Dit verhoogt de interne validiteit.
2. De benaderingswijze van de respondenten is op een correcte wijze verlopen, doordat de respondenten eerst door de nurse practitioner zijn benaderd en zijn vervolgens benaderd door de onderzoekers zelf.
3. Ten slotte is het onderzoek een opstap voor het maken van betere keuzes bij de behandeling van depressie/depressieve klachten bij verpleeghuisbewoners

Naar aanleiding van het onderzoek zijn verschillende zaken naar voren gekomen die kunnen leiden tot een vervolgonderzoek:

1. Gedurende het onderzoek hebben verschillende respondenten aangegeven dat de leefomgeving van de patiënten van invloed is op de stemming van de patiënten. Men kan zich hierbij afvragen in hoeverre de woon- en leefomgeving en de invloeden hiervan onderdeel (moeten) zijn van de behandeling van depressie. Factoren die gedurende de interviews werden genoemd, zijn de samenstelling van de groep en de groepsgrootte. In dit onderzoek zijn de woon- en leefomgeving niet als mogelijke behandelvorm gedefinieerd. Deze onderwerpen zijn in de interviews vrijwel niet naar voren gebracht, waardoor dit aspect geen onderdeel is van de resultaten en/of conclusie. In een volgend onderzoek kan men onderzoeken in hoeverre de woon- en leefomgeving daadwerkelijk als behandelingsvorm voor depressie bij verpleeghuisbewoners gezien kan worden.
2. Naast de woon- en leefomstandigheden maken ook de familie, vrienden en vrijwilligers deel uit van de sociale omgeving van de patiënt. Indien de omgeving als onderdeel van de behandeling wordt gezien (zoals verondersteld bij punt 1), is het mogelijk dat deze factoren invloed uitoefenen op de stemming en behandeling van de patiënt. In een volgend onderzoek kan men onderzoeken in hoeverre de familie, vrienden en vrijwilligers deel uit maken van de sociale omgeving en zo onderdeel zijn van de behandeling van depressie bij verpleeghuisbewoners.
3. Om de interne validiteit van de (nieuw) gevonden aspecten omtrent de behandelingsvoorkeuren van verpleeghuisbewoners, verpleeghuisartsen en verpleeghuispsychologen bij depressie aan te tonen, dient een toetsend onderzoek uitgevoerd te worden.

10. Literatuur

- Angermeyer, M., Holzinger, A., Matschinger, H., & Stengler-Wenzke, K. (2002). Depression and Quality of Life: Results of a Follow-up Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 189-199.
- Beekman, A. (2005). *Project: Het effect van een geprotocolleerd zorgprogramma van depressie in het verpleeghuis*. KNAW.
- Beekman, A., Penninx, B., Deeg, D., Geerlin, S., & Tilburg, W. v. (2002). De invloed van depressie op het welzijn, handicap en het gebruik van diensten in oudere volwassenen: een longitudinaal perspectief. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 20-27.
- Blazer, D. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 249-265.
- Boeije, H. (2005). Analyseren in kwalitatief onderzoek. *Boom Onderwijs*, 50-50.
- Conijn, B., & Ruiter, M. (2011). *Preventie van depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Cooper-Patrick, L., Powe, N., Jenckes, M., Gonzales, J., Levine, D., & Ford, D. (1997). Identification of Patient Attitude and Preferences Regarding Treatment of Depression. *Journal of General Medicine*, 431-438.
- Cuijpers, P., & Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: A meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders*, 227-236.
- Dwight-Johnson, M., Sherbourne, C., Liao, D., & Wells, K. (2000). Treatment Preferences Among Depressed Primary Care Patients. *Journal of General Intern Medicine*, 527-534.
- Fonds Psychische Gezondheid. (2013, Augustus 27). *Depressie bij ouderen*. Opgehaald van www.psychischegezondheid.nl:
https://www.psychischegezondheid.nl/action/psychowijzer/43/depressie_bij_ouderen.html
- Graaf, R. d., Have, M. t., & Dorsselaer, S. v. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en de eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Gum, A., Areán, P., Hunkeler, E., Tang, L., Katon, W., Hitchcock, P., . . . Unützer, J. (2006). Depression Treatment Preferences in Older Primary Care Patients. *The Gerontologist*, 14-22.
- Hulshof, M. (2014). *Professional consideration in choosing a treatment for dementia patients with neuropsychiatric symptoms*. Enschede: University Twente.
- Janzing, J., & Zitman, F. (2002). Depressie bij dementie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 265-274.
- Karkare, S., Bhattacharjee, S., Kamble, P., & Aparasu, R. (2011). Prevalence and predictors of antidepressant prescribing in nursing home residents in the United States. *American Journal for Geriatric Pharmacotherapy*, 109-119.
- Landelijke Stuurgroep Trimbos-instituut. (2008). *Addendum ouderen bij de MDR depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Leontjevas, R., Gerritsen, D., Smalbrugge, M., Teerenstra, S., Vernooij-Dassen, M., & Koopmans, R. (2013). A structural multidisciplinary approach to depression management in nursing-home residents: a multi-centre, stepped-wedge cluster-randomised trial. *The Lancet*, 2255-2264.
- Licht-Strunk, E. (2009). De prognose van depressieve ouderen in de huisartsenpraktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*.
- Lin, P., Campbell, D., Chaney, E., Liu, C., Heagerty, P., Felker, B., & Hedrick, S. (2005). The influence of patient preference on depression treatment in primary care. *Annals of Behavioral Medicine*, 164-173.
- Marwijk, H. v., Bijl, D., Adegrave, H., & Haan, M. d. (2001). Antidepressant prescription for depression in general practice in The Netherlands. *Pharmacy World & Science*, 46-49.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). *Hoe vaak komt dementie voor en hoeveel mensen sterven eraan?* Opgehaald van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/dementie/omvang/>
- Okumura, Y., & Sakamoto, S. (2012). Depression treatment preferences among Japanese undergraduates: Using conjoint analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 195-203.
- Plochg, T., Juttman, R., Klazinga, N., & Mackenbach, J. (2007). *Handboek Gezondheidszorgonderzoek*. Houten: BSV Loghum.
- Prins, M., Verhaak, P., Bensing, J., & Meer, K. v. (2008). Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression: The patients' perspective explored. *Clinical Psychology Review*, 1038-1058.
- Raue, P., Weinberger, M., Sirey, J., Meyers, B., & Bruce, M. (2011). Preferences for depression treatment among elderly home health care patients. *Psychiatric Services*, 532-537.
- Schaick, D. v., Klijn, A., Hout, H. v., Marwijk, H. v., Beekman, A., Haan, M. v., & Dyck, R. v. (2004). Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *General Hospital of Psychiatry*, 184-189.
- Spijker, J., Bockting, C., Meeuwissen, J., Vliet, I. v., Emmelkamp, P., Hermens, M., & Balkom, A. v. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Steidtmann, D., Manber, R., Arnow, B., Klein, D., Markowitz, J., Rothbaum, B., . . . Kocsis, J. (2012). Patient treatment preference as a predictor of response and attrition in treatment for chronic depression. *Depression and Anxiety*, 896-905.
- Studion. (n.d.). *Verwerken en analyseren van kwalitatieve gegevens*. Utrecht. Opgehaald van <https://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fstudion.fss.uu.nl%2F>
- Trimbos. (2013, mei 5). *Symptomen depressie*. Opgehaald van [www.trimbos.nl: http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/depressie/symptomen](http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/depressie/symptomen)
- Ursum, J., Hek, K., Spronk, I., Nielen, M., Davids, R., & Verheij, R. (2013). *Hoe vaak komt depressie voor en bij wie?* NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Opgehaald van www.nivel.nl.

- Ustun, T., Ayuso-Mateos, J., Chatterji, S., Mathers, C., & Murreys, C. (2004). The global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 386-392.
- Verkaik, R., Francke, A., Meijel, B., Ribbe, M., & Bensing, J. (2011). *Depressie bij dementie: wat zijn specifieke symptomen bij verpleeghuisbewoners?* NIVEL.
- Weel-Baumgarten, E. v., Gelderen, M. v., Grundmeijer, H., Licht-Strunk, E., Marwijk, H. v., Rijswijk, H. v., . . . Weele, G. v. (2012). NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet*, 252-259.
- Winter, S., & Barber, J. (2013). Should treatment for depression be based more on patient preference? *Patient Prefer Adherence*, 1047-1057.
- Witte, E. d. (2011). *Internationale overbrenging van veroordeelden*. Apeldoorn: De Wree en Maklu-Uitgevers.
- Zimmermann, T., Clouth, J., Elosge, M., Heurick, M., Schneider, E., Wilhelm, S., & Wolfrath, A. (2013). Patient preferences for outcomes of depression treatment in Germany: a choice-based conjoint analysis study. *Journal of Affective Disorders*, 210-219.

11. Bijlagen

A. DSM-IV-TR criteria voor een depressieve episode

Symptomen depressie

De DSM-IV-TR criteria voor een depressieve episode zijn:

Vijf (of meer) van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig en wijzen op een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren; ten minste een van de symptomen is ofwel (1) depressieve stemming, ofwel (2) verlies van interesse of plezier.

- Depressieve stemming gedurende het grootste gedeelte van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededeling
- Depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen (bijvoorbeeld voelt zich verdrietig of leeg) ofwel observatie door anderen (bijvoorbeeld lijkt betraand). N.B.: Kan bij kinderen of adolescenten ook prikkelbare stemming zijn
- Duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag (zoals blijkt uit subjectieve mededelingen of uit observatie door anderen)
- Duidelijke gewichtsvermindering zonder dat dieet gehouden wordt of gewichtstoename (bijvoorbeeld meer dan 5% van het lichaamsgewicht in één maand), of bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust. N.B.: Bij kinderen moet gedacht worden aan het niet bereiken van de te verwachten gewichtstoename
- Insomnia of hypersomnia, bijna elke dag
- Psychomotorische agitatie of remming (waarneembaar door anderen, en niet alleen maar een subjectief gevoel van rusteloosheid of vertraagdheid), bijna elke dag
- Moeheid of verlies van energie, bijna elke dag
- Gevoelens (die waanachtig kunnen zijn) van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelen (niet alleen maar zelfverwijten of schuldgevoel over het ziek zijn), bijna elke dag
- Verminderd vermogen tot naderen of concentratie of besluiteloosheid (ofwel subjectief vermeld ofwel geobserveerd door anderen), bijna elke dag
- Terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees dood te gaan), terugkerende suïcidegedachten zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen
- De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een ‘gemende episode’.

- De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- De symptomen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hypothyreoïdie).
- De symptomen zijn niet eerder toe te schrijven aan een rouwproces, dat wil zeggen na het verlies van een dierbaar persoon zijn de symptomen langer dan twee maanden aanwezig of zijn zij gekarakteriseerd door duidelijke functionele beperkingen, ziekelijke preoccupatie met gevoelens van waardeloosheid, suïcide-gedachten, psychotische symptomen of psychomotorische remming.

(Trimbos, 2013)

B. Literatuurmatrixen

B1. Literatuurmatrix patiënten

Aspect	Subaspect	(Prins, Verhaak, Bensing, & Meer, 2008)	(Gum, et al., 2006)	(Okumura & Sakamoto, 2012)	(Winter & Barber, 2013)	(Steidtmann, et al., 2012)	(Raue, Weinberger, Sirey, Meyers, & Bruce, 2011)	(Dwight-Johnson, Sherbourne, Liao, & Wells, 2000)	(Cooper-Patrick, et al., 1997)	(Lin, et al., 2005)	Totaal
Verwachte bijwerkingen		X							X	X	3
Toegankelijkheid		X	X	X					X	X	5
	Kosten	X		X						X	3
	Reistijd			X						X	2
Etiologische veronderstellingen		X			X	X					3
Verwachte behandelingseffect			X			X	X				3
Eerdere behandelingservaring					X	X	X	X	X	X	6
Ernst van depressie					X			X		X	3
Behandelingsmogelijkheden				X							1
Stigmatisering		X		X				X			3

Geslacht					X			X	X	X	4
Ras					X		X	X	X	X	5
Leeftijd					X		X	X	X	X	5
Culturele achtergrond						X					1
Persoonlijke kenmerken								X			1
	Attitude						X		X	X	3
	Beliefs						X				1
Educatieniveau								X			1
Kennis over behandeling								X		X	2
Behoeftte aan behandeling								X	X		2
Geestelijk functioneren								X	X		2
Lijden aan angststoornis								X			1
Spiritualiteit									X		1
Sociale omgeving									X		1
Copingstijl									X		1
Advies van professional									X		1
Kenmerken populatie artikelen											
Depressie		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Niet depressie				X							
Ouderen			X				X				
Volwassenen				X		X		X	X	X	
Verpleeghuisbewoners											

Niet specifieke leeftijdsgroep	X			X						
Laag opleidingsniveau			X							
Opleidingsniveau onbekend	X	X		X		X	X	X	X	

B2. Literatuurmatrix artsen

	Topic		Extra uitleg aan arts
1	Treatment (drug?) related factors	Clinical effectiveness of the drugs	
2		Side effects of the drugs	
3		Delivery mode	
4	Patient factors	Severity of indication for prescribing	Duration of institutionalization
5		Other disease characteristics indicating severity of health impairments	Think about: Number of falls, Being bed ridden, Permanent restlessness , Gender, Number of medications, Diseases, ADL, Age
6	Physician factors	Time to evaluate patient	
7	Nursing factors	perceived severity of work related stress for nurses	Think about: Job satisfaction, Experienced workload , Team mixture (interdisciplinary), Educational level, Years of work experience
8	Environmental factors	Being pressured to prescribe (by family and nurses)	
9		Environmental characteristics indicating work related stress for nurses (and other health care workers)	Think about: Bed capacity, Staff/patient ratio per unit
10		National criteria and guidelines	
11		Culture (colleagues/nursing home/pharmacists)	
12		Pharmaceutical promotion of drugs	
13	Barriers non-pharmacological interventions (Psychosociale begeleiding en behandeling)	Lack of time	
14		Lack of reimbursement	
15		Unclear evidence base	
16		Difficulties in implementation	

Bron: (Hulshof, 2014)

C. Interviewleidraden

C1. Interviewleidraad verpleeghuisbewoners

Informatie vooraf:

- Voorstellen: Onderzoekers van de Universiteit Twente
- Doel van het interview: Achterhalen welke aspecten ten grondslag liggen aan de keuze voor behandeling van depressie bij verpleeghuisbewoners
- Belang: Betere keuzes maken bij de behandeling van depressie/depressieve klachten bij verpleeghuisbewoners
- Rapportagevorm: Geluidsopname door het gebruik van een spraakrecorder en aantekeningen op papier
- Tijdsduur: ± 30 minuten
- Verwerking: De verkregen informatie wordt verwerkt in een verslag. De informatie zal onderdeel vormen van een conclusie omtrent de voorkeursaspecten bij behandeling van depressie.
- Vertrouwelijkheid: De informatie is vertrouwelijk. De verkregen identiteitsinformatie, zoals naam, adresgegevens etc., zullen niet genoemd worden in het verslag. Uw privacy wordt gewaarborgd.

Controle vooraf:

- Is het voor u duidelijk wat gebeuren gaat in dit interview en met uw antwoorden uit het interview?
- Gaat u hiermee akkoord?
 - Informed consent ondertekenen

Interviewvragen

Algemene kenmerken

- Wat is uw leeftijd?
- Geslacht:
- Hoe was uw woonsituatie voordat u in het verpleeghuis kwam te wonen?
 - Woonde u samen of alleen?
- Wat is uw huidige woonsituatie?
- Welke behandeling voor depressie(ve klachten) krijgt u momenteel?
- Hoe lang krijgt u deze behandeling voor depressie(ve klachten)?
- Hebt u voor de huidige behandeling al eerder een behandeling ondergaan voor depressie(ve klachten)?

Voorkeursaspecten

- Wat vindt u belangrijk bij een behandeling voor depressie(ve klachten)? *
- Speelden deze dingen ook al een rol aan het begin van uw behandeling?

** Indien nodig, doorvragen aan de hand van de onderstaande tabel (volgorde is niet van belang, afhankelijk van hoe het gesprek verloopt).*

Categorie	Voorbeeld
Persoonlijke kenmerken Spelen uw eigen opvattingen rol bij het maken van een keuze voor de behandeling van depressie(ve klachten)?	Denk hierbij aan spiritualiteit, culturele achtergrond, overtuigingen, enz.
Gezondheidstoestand Heeft uw gezondheid invloed op het maken van een keuze voor de behandeling van depressie(ve klachten)?	Denk hierbij aan ernst van depressie, angststoornis, lijden aan meerdere aandoeningen
Kennis en verwachtingen Heeft u bepaalde kennis over depressie(ve klachten en de behandeling hiervan, die invloed heeft op uw keuze voor de behandeling van depressie(ve klachten)?	Denk hierbij aan kennis over de oorzaak van depressie, kennis over de bestaande behandelingen
Heeft u bepaalde verwachtingen van de behandeling van depressie(ve klachten), die invloed hebben op uw keuze voor de behandeling van de depressie(ve klachten)?	Denk hierbij aan eerdere behandelingservaringen en verwachte effect van de behandeling
Omgeving Hebben mensen om u heen invloed op wat u belangrijk vindt bij de behandeling van depressie(ve klachten)?	Denk hierbij aan de sociale omgeving en advies van de professional
Toegankelijkheid Speelt het voor u mee hoe makkelijk u de zorg kunt krijgen, in het kiezen van een behandeling voor depressie(ve klachten)?	Denk hierbij aan kosten, reistijd, behandelingsmogelijkheden

Afsluiting gesprek

- We zijn aan het einde van het interview gekomen. We controleren nog even of alle onderwerpen aan bod gekomen zijn.
- Wilt u zelf nog iets kwijt of aanvullen aan dit interview?
- Hartelijk dank voor uw medewerking aan het interview.
- Wat vond u van dit interview? Had u andere verwachtingen bij dit interview?

Hartelijk dank voor uw tijd en moeite!

C2. Interviewleidraad vertegenwoordigers

Informatie vooraf:

- Voorstellen: Onderzoekers van de Universiteit Twente
- Doel van het interview: Achterhalen welke aspecten ten grondslag liggen aan de keuze voor behandeling van depressie bij verpleeghuisbewoners
- Belang: Betere keuzes maken bij de behandeling van depressie/depressieve klachten bij verpleeghuisbewoners
- Rapportagevorm: Geluidsopname door het gebruik van een spraakrecorder en aantekeningen op papier
- Tijdsduur: ± 30 minuten
- Verwerking: De verkregen informatie wordt verwerkt in een verslag. De informatie zal onderdeel vormen van een conclusie omtrent de voorkeursaspecten bij behandeling van depressie.
- Vertrouwelijkheid: De informatie is vertrouwelijk. De verkregen identiteitsinformatie, zoals naam, adresgegevens etc., zullen niet genoemd worden in het verslag. Uw privacy wordt gewaarborgd.

Controle vooraf:

- Is het voor u duidelijk wat gebeuren gaat in dit interview en met uw antwoorden uit het interview?
- Gaat u hiermee akkoord?
 - Informed consent ondertekenen

Interviewvragen

Algemene kenmerken

- Hoe oud is de verpleeghuisbewoner waarvan u vertegenwoordiger bent?
- Wat is het geslacht van de verpleeghuisbewoner waarvan u vertegenwoordiger bent?
- In wat voor woonvorm woont de cliënt?
- Sinds wanneer bent u vertegenwoordiger van de cliënt?
 - Wat is de relatie die u met de cliënt hebt?
- Welke behandeling voor depressie(ve klachten) krijgt de cliënt momenteel?
- Hoe lang krijgt de cliënt deze behandeling voor depressie(ve klachten)?

Voorkeursaspecten

- Wat zou voor (*de patiënt*) belangrijk zijn bij de behandeling voor depressie(ve klachten)?
- Speelden deze factoren ook al een rol aan het begin van de depressiebehandeling van (*de cliënt*)?

* Indien nodig, doorvragen aan de hand van de onderstaande tabel (volgorde is niet van belang, afhankelijk van hoe het gesprek verloopt).

Categorie	Voorbeeld
Persoonlijke kenmerken Spelen de eigen opvattingen van (<i>de patiënt</i>) een rol bij het maken van een keuze voor de behandeling van depressie(ve klachten)?	Denk hierbij aan spiritualiteit, culturele achtergrond, overtuigingen, enz.
Gezondheidstoestand Heeft de gezondheid van (<i>de patiënt</i>) invloed op het maken van een keuze voor de behandeling van depressie(ve klachten)?	Denk hierbij aan ernst van depressie, angststoornis, lijden aan meerdere aandoeningen
Kennis en verwachtingen Heeft u bepaalde kennis over depressie(ve klachten en de behandeling hiervan, die invloed heeft op uw keuze voor de behandeling van depressie(ve klachten) van (<i>de patiënt</i>)?	Denk hierbij aan kennis over de oorzaak van depressie, kennis over de bestaande behandelingen
Heeft u bepaalde verwachtingen van de behandeling van depressie(ve klachten), die invloed hebben op uw keuze voor de behandeling van de depressie(ve klachten) bij (<i>de patiënt</i>)?	Denk hierbij aan eerdere behandelingservaringen en verwachte effect van de behandeling
Omgeving Hebben mensen die om (<i>de patiënt</i>) heen staan invloed op de keuze voor behandeling bij depressie(ve klachten)?	Denk hierbij aan de sociale omgeving en advies van de professional
Toegankelijkheid Is het bij het kiezen van een behandeling voor u belangrijk hoe makkelijk (<i>de patiënt</i>) de zorg kan krijgen?	Denk hierbij aan kosten, reistijd, behandelingsmogelijkheden

Afsluiting gesprek

- We zijn aan het einde van het interview gekomen. We controleren nog even of alle onderwerpen aan bod gekomen zijn.
- Wilt u zelf nog iets kwijt of aanvullen aan dit interview?
- Hartelijk dank voor uw medewerking aan het interview.
- Wat vond u van dit interview? Had u andere verwachtingen bij dit interview?

Hartelijk dank voor uw tijd en moeite!

C3. Interviewleidraad verpleeghuisartsen en -psychologen

Informatie vooraf:

- Voorstellen: Onderzoekers van de Universiteit Twente
- Doel van het interview: Achterhalen welke aspecten ten grondslag liggen aan de keuze voor behandeling van depressie bij verpleeghuisbewoners
- Belang: Betere keuzes maken bij de behandeling van depressie/depressieve klachten bij verpleeghuisbewoners
- Rapportagevorm: Geluidsopname door het gebruik van een spraakrecorder en aantekeningen op papier
- Tijdsduur: ± 30 minuten
- Verwerking: De verkregen informatie wordt verwerkt in een verslag. De informatie zal onderdeel vormen van een conclusie omtrent de voorkeursaspecten bij behandeling van depressie.
- Vertrouwelijkheid: De informatie is vertrouwelijk. De verkregen identiteitsinformatie, zoals naam, adresgegevens etc., zullen niet genoemd worden in het verslag. Uw privacy wordt gewaarborgd.

Controle vooraf:

- Is het voor u duidelijk wat gebeuren gaat in dit interview en met uw antwoorden uit het interview?
- Gaat u hiermee akkoord?
 - Informed consent ondertekenen

Interviewvragen

Algemene kenmerken

- Geslacht:
- Leeftijd:
- Hoe lang bent u reeds werkzaam als arts/psycholoog?
 - Hoe lang bent u werkzaam in Carint Reggeland?
 - Indien van toepassing: Waar hebt u in de voorgaande jaren gewerkt? En in welke functie?
 - Welke opleiding hebt u gevolgd?
 - Hebt u een bepaalde specialisatie verworven?
- Hoe vaak komt u in aanraking met depressie(ve klachten) bij bewoners in Carint Reggeland?

Voorkeursaspecten

- Wat speelt voor u mee bij het voorschrijven van een behandeling voor depressie(ve klachten)?*

* Indien nodig, doorvragen aan de hand van de onderstaande tabel (volgorde is niet van belang, afhankelijk van hoe het gesprek verloopt).

Categorie	Voorbeeld
Patiënt kenmerken Zijn er patiënt kenmerken die een rol spelen bij het voorschrijven van een behandeling voor depressie(ve klachten)?	Denk hierbij aan ernst, duur van institutionalisering, ziektekenmerken
Omgeving Kunt u iets vertellen over de mate van externe invloeden met betrekking tot de behandelingskeuze bij depressie(ve klachten)?	Denk hierbij aan familie, bedcapaciteit, staff/patient ratio, cultuur, richtlijnen
Werkomstandigheden Zijn er bepaalde werkomstandigheden die een rol spelen in het voorschrijven van een behandeling bij depressie(ve klachten)?	Denk hierbij aan evaluatietijd per patiënt, patiëntbenadering
Speelt de samenstelling van het verpleegkundig team een rol bij het kiezen van een behandeling voor depressie(ve klachten)?	Denk hierbij aan werkdruk, teammix, opleidingsniveau
Behandeling/medicatie kenmerken Welke behandeling- of medicatie gerelateerde kenmerken spelen een rol bij het voorschrijven van de behandeling van depressie(ve klachten)?	Denk hierbij aan klinische effectiviteit, toedieningswijze, bijwerkingen
Barrières van non-farmacologische interventies Komt u aspecten tegen die barrières vormen bij het voorschrijven van een behandeling voor depressie(ve klachten) op non-farmacologisch gebied?	Denk hierbij aan te weinig tijd, gebrek aan vergoeding

Afsluiting gesprek

- We zijn aan het einde van het interview gekomen. We controleren nog even of alle onderwerpen aan bod gekomen zijn.
- Wilt u zelf nog iets kwijt of aanvullen aan dit interview?
- Hartelijk dank voor uw medewerking aan het interview.
- Wat vond u van dit interview? Had u andere verwachtingen bij dit interview?

Hartelijk dank voor uw tijd en moeite!

D. Informed Consents

D1. Informed consent verpleeghuisbewoners

Titel onderzoek: ‘Patiënt- en artsenvoorkeuren bij behandeling voor depressie(ve klachten) van verpleeghuisbewoners

Verantwoordelijke onderzoekers: Christel Spoolder en Dorien Nieuwenhuis

De verpleeghuisbewoners zijn door een nurse practitioner van Carint Reggeland geselecteerd als potentiële deelnemer voor dit onderzoek op basis van een diagnose, zoals bekend uit het medisch dossier. Deze diagnose is bij de onderzoekers bekend. Het al dan niet deelnemen aan het onderzoek heeft voor de verpleeghuisbewoner geen invloed op het verdere behandeltraject.

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en [indien aanwezig] de risico's en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik begrijp dat de verwerkte geluidsopname uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

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

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoekers

Wij hebben een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Wij zullen resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker 1:

.....

Datum: Handtekening onderzoeker:

Naam onderzoeker 2:

.....

Datum: Handtekening onderzoeker:

D2. Informed consent vertegenwoordigers

Titel onderzoek: ‘Patiënt- en artsenvoorkeuren bij behandeling voor depressie(ve klachten) van verpleeghuisbewoners

Verantwoordelijke onderzoekers: Christel Spoolder en Dorien Nieuwenhuis

De verpleeghuisbewoners zijn door een nurse practitioner van Carint Reggeland geselecteerd als potentiële deelnemer voor dit onderzoek op basis van een diagnose, zoals bekend uit het medisch dossier. Deze diagnose is bij de onderzoekers bekend. Het al dan niet deelnemen aan het onderzoek heeft voor u als voor de verpleeghuisbewoner geen invloed op het verdere behandeltraject.

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en [indien aanwezig] de risico's en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik begrijp dat de verwerkte geluidsopname uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaft van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoekers

Wij hebben een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Wij zullen resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker 1:

.....

Datum: Handtekening onderzoeker:

Naam onderzoeker 2:

.....

Datum: Handtekening onderzoeker:

D3. Informed consent verpleeghuisartsen en –psychologen

Titel onderzoek: ‘Patiënt- en artsenvoorkeuren bij behandeling voor depressie(ve klachten) van verpleeghuisbewoners

Verantwoordelijke onderzoekers: Christel Spoolder en Dorien Nieuwenhuis

De verpleeghuisartsen en -psychologen zijn door een nurse practitioner van Carint Reggeland geselecteerd als potentiële deelnemers voor dit onderzoek op basis van hun functie zoals deze bekend staat binnen Carint Reggeland. Het al dan niet deelnemen aan het onderzoek zal voor de verpleeghuisarts of –psycholoog geen nadelige gevolgen met zich meebrengen omtrent de werkzaamheden binnen Carint Reggeland.

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en [indien aanwezig] de risico's en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik begrijp dat de verwerkte geluidsopname uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

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

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoekers

Wij hebben een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Wij zullen resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker 1:

.....

Datum: Handtekening onderzoeker:

Naam onderzoeker 2:

.....

Datum: Handtekening onderzoeker:

E. Coderingstabellen

E1. Coderingstabel verpleegbewoners en vertegenwoordigers

		Code
Algemene kenmerken patiënt	Leeftijd	LFT
	Geslacht	GES
	<i>Duur vertegenwoordiging</i>	DVE
	Huidige woonvorm	HWV
	Vorige woonvorm	VWV
	Huidige behandeling	HBE
	Duur behandeling	DBE
	Vorige behandeling(en)	VBE
Persoonlijke kenmerken	Educatieniveau	EDU
	Spiritualiteit	SPI
	Culturele achtergrond	CUA
	Manier van omgaan met de ziekte (copingstijl)	COP
	Overtuigingen (beliefs)	BEL
	Houding (attitude)	ATT
	Mate waarin er behoefte is aan behandeling van depressie	BEB
Gezondheid	Ernst van de depressie	ERD
	Lijden aan een angststoornis	LAA
	Geestelijk functioneren	GFC
	Comorbiditeit	COM
Kennis en verwachtingen	Kennis over de oorzaak van depressie	KOD
	Kennis over de behandeling	KOB
	Eerdere behandelingservaringen	EBE
	Verwachte effect van de behandeling	VEB
	Verwachte bijwerkingen	BIJ
	Effect huidige behandeling	EHB
Omgeving	Sociale omgeving	SOO
	Advies van professional	APR
	Stigmatisering	STI
	Cultuur verpleeghuis	CUL

Toegankelijkheid	Kosten	KOS
	Reistijd	REI
	Behandelingsmogelijkheden	BHM

E2. Toelichting coderingstabel verpleeghuisbewoners en vertegenwoordigers

Persoonlijke kenmerken		
<i>Educatieniveau</i>	Opleidingen, onderwijs, scholing en cursussen	EDU
<i>Spiritualiteit</i>	Religie, geloof en geestelijke levenshouding	SPI
<i>Culturele achtergrond</i>	Wat men vroeger heeft gedaan, heeft geleerd of heeft meegekregen	CUA
<i>Copingstijl</i>	Manier van omgaan met de depressie	COP
<i>Beliefs</i>	Overtuigingen en meningen met betrekking tot depressie	BEL
<i>Attitude</i>	Houding, pose, gedrag en reactie met betrekking tot depressie	ATT
<i>Behoeftte aan behandeling</i>	Mate waarin behoefte is aan behandeling van de depressie	BEB
Gezondheidstoestand		
<i>Ernst van de depressie</i>	Bedachtzaamheid en haftigheid omtrent de depressie	ERD
<i>Lijden aan een angststoornis</i>	Diagnose angststoornis	LAA
<i>Geestelijk functioneren</i>	Psychische gezondheid in relatie tot de depressie	GFC
<i>Comorbiditeit</i>	Tegelijkertijd twee of meerdere stoornissen of hebben	COM
Kennis en verwachtingen		
<i>Kennis over de oorzaak van depressie</i>	Wat de persoon/ patiënt weet over het ontstaan van de ziekte	KOD
<i>Kennis over de behandeling</i>	Wat de persoon/patiënt weet over de behandeling van de ziekte	KOB
<i>Eerdere behandelingservaringen</i>	Ondervindingen en in de praktijk opgedane kennis omtrent voorgaande behandelingen	EBE
<i>Verwachte effect van de behandeling</i>	Verwachte uitkomst, hoop of voorspelling omtrent de behandeling	VEB
<i>Verwachte bijwerkingen</i>	De verwachte onbedoelde effecten, ongewenste effecten of nevenwerking van een bepaalde behandeling	BIJ
<i>Effect huidige behandeling</i>	De gevolgen, het resultaat en de uitwerking van de huidige behandeling	EHB
Omgeving		
<i>Sociale omgeving</i>	Familie, vrienden, collega's, kennissen, sociale positie en sociale klasse	SOO
<i>Advies van professional</i>	Een beroepsmatige beoefenaar wie advies geeft omtrent de ziekte	APR
<i>Stigmatisering</i>	Het bezorgen van een slechte reputatie of de manier waarop een ziekte wordt bestempeld	STI
<i>Cultuur verpleeghuis</i>	De gemeenschappelijke verzameling van normen, waarden en gedragsuitingen die gedeeld worden binnen de verpleeghuisorganisatie	CUL
Toegankelijkheid		
<i>Kosten</i>	Betalingen, onkosten en onderhoud met betrekking tot de ziekte	KOS
<i>Reistijd</i>	Tijd die men onderweg is om een behandeling of consult te kunnen ondergaan	REI
<i>Behandelingsmogelijkheden</i>	Beschikbare en mogelijke behandelingen ter bevordering of handhaving van de depressie van de patiënt	BHM

E3. Coderingstabel verpleeghuisartsen en –psychologen

		Code
Algemene kenmerken arts/psycholoog	Leeftijd	LFT
	Algemene werkervaring	AWE
	Werkervaring bij Carint	WBC
	Opleiding	OPE
	Specialisatie	SPE
Patiënt kenmerken	Oorzaak depressie	OOD
	Ernst van indicatie	EVI
	Duur van institutionalisering	DVI
	Ziektekenmerken	ZKS
	Wensen omtrent behandeling	WOB
	Voorgeschiedenis	VGS
	Wilsbekwaamheid	WIL
	Kwaliteit van leven	KVL
Omgeving	Familie	FAM
	Vrienden	VRN
	Vrijwilligers	VRI
	Zorgverleners	ZOR
	Bed capaciteit	BEC
	Staff/patient ratio per minuut	SPR
	Woongroepgrootte	WGG
	Nationale criteria en richtlijnen	NCR
	Cultuur verpleeghuis	CUL
	Farmaceutische promotie van medicijnen	FPM
	Verzekeraars	VER
	Signaleringsinstrumenten	SGI

Werkomstandigheden	Evaluatietijd per patiënt	EPP
	Patiëntbenadering	PBN
	Werkplek	WEP
	Tevredenheid werk	TEW
	Ervaren werkdruk	EWD
	Teammix	TMX
	Opleiding	OPL
	Werkervaring	WEE
	Vaardigheden personeel	VAP
Behandeling- of medicatie gerelateerd	Klinische effectiviteit van medicatie /behandeling	KEF
	Aanlooptijd medicijn	AME
	Bijwerkingen	BIJ
	Delivery mode	DEM
	Combinatie met andere medicatie	CAM
	Omgevingsmogelijkheden	OMM
	Praktijkervaring	PRE
	Bekendheid met medicijn	BKM
Barrières van non-farmacologische interventies	Te weinig tijd	TWT
	Gebrek aan vergoeding	GEV
	Onduidelijkheid evidence based	OEB
	Moeilijkheden bij implementatie	MBI

E4. Toelichting coderingstabel verpleeghuisartsen en –psychologen

Patiënt kenmerken		
<i>Oorzaak van depressie</i>	Achterliggende oorzaak van de depressie en de onduidelijkheid omtrent de diagnose	OOD
<i>Ernst van indicatie</i>	De ernst van de depressie	EVI
<i>Duur van institutionalisering</i>	De opnameduur	DVI
<i>Ziektekenmerken</i>	Bedlegerigheid, aantal keer gevallen, permanente rusteloosheid, geslacht, hoeveelheid medicatie, comorbiditeit, leeftijd, activiteiten in het dagelijks leven	ZKS
<i>Wensen omtrent behandeling</i>	De persoonlijke wensen van de patiënt omtrent de behandeling	WOB
<i>Voorgeschiedenis</i>	Hetgeen aan de depressie voorafgegaan is	VGS
<i>Wilsbekwaamheid</i>	Mate waarin de patiënt in staat is om zelf beslissingen te nemen	WIL
<i>Kwaliteit van leven</i>	Het functioneren op fysiek, psychisch en sociaal gebied en de subjectieve evaluatie daarvan	KVL
Omgeving		
<i>Familie</i>	Bloedverwanten van de patiënt	FAM
<i>Vrienden</i>	Persoon waarmee de patiënt door gevoelens van genegenheid is verbonden	VRN
<i>Vrijwilligers</i>	Personen die zich uit eigen beweging inzetten in het verpleeghuis	VRI
<i>Zorgverleners</i>	De aanwezigheid van zorgverleners in de omgeving van de patiënt	ZOR
<i>Bed capaciteit</i>	Het aantal bedden dat het verpleeghuis tot beschikking heeft	BEC
<i>Staff/patient ratio per minuut</i>	Aantal zorgverleners die de patiënt tot beschikking heeft	SPR
<i>Woongroepgrootte</i>	De grootte van de woongroep en kamers in het verpleeghuis waar de patiënt woont	WGG
<i>Nationale criteria en richtlijnen</i>	Waar men landelijk aan afmeet, daar waar men aan moet voldoen, daar waar naar gehandeld moet worden, een algemene lijn die richting geeft, voorschriften en instructies	NCR
<i>Cultuur verpleeghuis</i>	De gemeenschappelijke verzameling van normen, waarden en gedragsuitingen die gedeeld worden door leden van de verpleeghuisorganisatie	CUL
<i>Farmaceutische promotie van medicijnen</i>	Manier waarop bedrijven hun producten aanbevelen bij zorgorganisaties	FPM
<i>Verzekeraars</i>	Instelling die verzekert, in dit geval de zorgkosten	VER
<i>Signaleringsinstrumenten</i>	Instrumenten waarmee een depressie of depressieve klachten gesignaleerd worden	SGI
Werkomstandigheden		
<i>Evaluatietijd per patient</i>	Het aantal minuten dat een personeelslid kan besteden per patiënt	EPP
<i>Patiëntbenadering</i>	Wijze waarop het personeel de patiënt benaderd	PBN
<i>Werkplek</i>	De fysieke werkomgeving van het personeel	WEP
<i>Werktevredenheid</i>	De mate waarin het personeel tevreden is met de huidige werkzaamheden	TEW
<i>Ervaren werkdruk</i>	De mate waarin personeel werkdruk ervaart	EWD
<i>Teammix</i>	Interdisciplinariteit van het behandelend team	TMX
<i>Opleiding</i>	Het opleidingsniveau van het behandelend team	OPL
<i>Werkervaring</i>	De werkervaring van het behandelend team	WEE

<i>Vaardigheden personeel</i>	Vermogen van het personeel om handelingen bekwaam uit te voeren	VAP
Behandeling/medicatie kenmerken		
<i>Klinische effectiviteit van medicatie/behandeling</i>	Mate waarin de behandeling of medicatie het gewenste effect oplevert	KEF
<i>Aanlooptijd medicijn</i>	Periode tussen inschakelen en voluit werken van het medicijn	AME
<i>Bijwerkingen</i>	De onbedoelde effecten, ongewenste effecten of nevenwerking van een bepaalde behandeling	BIJ
<i>Combinatie met andere medicatie</i>	Wijze waarop en de resultaten van het combineren van een bepaald medicijn met andere medicijnen	CAM
<i>Delivery mode</i>	Wijze waarop een behandeling wordt aangeboden	DEM
<i>Omgevingsmogelijkheden</i>	Mogelijkheden die de omgeving biedt voor het toepassen van de verschillende behandelmethoden	OMM
<i>Praktijkervaring</i>	Vorm van kennis die mensen in de praktijk opdoen	PRE
<i>Bekendheid medicatie</i>	Het bekend zijn bij velen, in dit geval van bepaalde medicatie	BKM
Barrières van non-farmacologische interventies		
<i>Te weinig tijd</i>	Het bestaan van een gebrek aan tijd voor het uitvoeren van non-farmacologische interventies	TWT
<i>Gebrek aan vergoeding</i>	Het bestaan van een gebrek aan vergoeding voor het uitvoeren van non-farmacologische interventies	GEV
<i>Onduidelijkheid evidence based</i>	Het bestaan van onduidelijkheid over de wetenschappelijke onderbouwing van non-farmacologische interventies	OEB
<i>Moeilijkheden bij implementatie</i>	De aanwezigheid van barrières bij de implementatie van non-farmacologische interventies	MBI

F. Resultatenmatrix interviews

F1. Resultatenmatrix interviews verpleeghuisbewoners met somatische aandoening(en)

	CODE	S1	S2	
Algemene kenmerken				
<i>Leeftijd</i>	LFT	85	80	
<i>Geslacht</i>	GES	V	M	
<i>Huidige woonvorm</i>	HWV	Groep	Groep	
<i>Vorige woonvorm</i>	VWV	Groep	Thuis	
<i>Diagnose</i>	DIA	-	COPD, CVA, depressieve episode	
<i>Huidige behandeling depressie</i>	HBE	Citalopram, 1 dd, 1 tablet van 20 mg	Amitriptyline, 1 dd, 3 tabl van 10 mg	
<i>Duur behandeling depressie</i>	DBE	-	-	
<i>Vorige behandeling(en) depressie</i>	VBE	-	-	
Persoonlijke kenmerken				Totaal
<i>Educatieniveau</i>	EDU			
<i>Spiritualiteit</i>	SPI			
<i>Culturele achtergrond</i>	CUA			
<i>Copingstijl</i>	COP			
<i>Beliefs</i>	BEL			
<i>Attitude</i>	ATT			
<i>Behoeftte aan behandeling</i>	BEB			
Gezondheidstoestand				
<i>Ernst depressie</i>	ERD			
<i>Lijden aan angststoornis</i>	LAA			
<i>Geestelijk functioneren</i>	GFC			
<i>Comorbiditeit</i>	COM			
Kennis en verwachtingen				
<i>Kennis oorzaak depressie</i>	KOD			
<i>Kennis over de behandeling</i>	KOB		X	1
<i>Eerdere behandelingservaringen</i>	EBE			
<i>Verwachte effecten</i>	VEB			
<i>Verwachte bijwerkingen</i>	BIJ			
<i>Effect huidige behandeling</i>	EHB	X		1
Omgeving				
<i>Sociale omgeving</i>	SOO	X		1
<i>Advies van professional</i>	APR	X	X	2
<i>Stigmatisering</i>	STI			
<i>Cultuur verpleeghuis</i>	CUL			

Toegankelijkheid				
<i>Kosten</i>	KOS			
<i>Reistijd</i>	REI			
<i>Behandelingsmogelijkheden</i>	BHM			

F2. Resultatenmatrix interviews verpleeghuisbewoners met lichte vorm van dementie

	CODE	LD1	LD2	LD3
Algemene kenmerken				
<i>Leeftijd</i>	LFT	79	88	82
<i>Geslacht</i>	GES	M	M	M
<i>Huidige woonvorm</i>	HWV	Groep	Groep	Groep
<i>Vorige woonvorm</i>	VWV	Thuis	Thuis	Groep
<i>Diagnose</i>	DIA	Lewy body dementie, Diabetes Mellitus, CVA, Hypertensie en Depressieve klachten	Alzheimer, Hypertensie en atrium-fibrilleren	Korsakov, Alzheimer, vasculaire dementie, Subklinische hypothyreoïdie, nierfunctiestoornissen, Diabetes Mellitus en Hypertensie en depressieve klachten
<i>Huidige behandeling depressie</i>	HBE	Nortriptyline, 1 dd, 2 tabletten van 10 mg	Paroxitine, 1 dd, 1 tablet van 10 mg	Omgangsadvies door psycholoog en onbekend medicijn
<i>Duur behandeling depressie</i>	DBE	-	-	-
<i>Vorige behandeling(en) depressie</i>	VBE	-	-	-
Persoonlijke kenmerken				
				Totaal
<i>Educatieniveau</i>	EDU			
<i>Spiritualiteit</i>	SPI			
<i>Culturele achtergrond</i>	CUA			
<i>Copingstijl</i>	COP			
<i>Beliefs</i>	BEL			
<i>Attitude</i>	ATT			
<i>Behoeftte aan behandeling</i>	BEB			
Gezondheidstoestand				
<i>Ernst depressie</i>	ERD			
<i>Lijden aan angststoornis</i>	LAA			
<i>Geestelijk functioneren</i>	GFC			
<i>Comorbiditeit</i>	COM			

Kennis en verwachtingen					
<i>Kennis oorzaak depressie</i>	KOD				
<i>Kennis over de behandeling</i>	KOB	X			1
<i>Eerdere behandelingservaringen</i>	EBE				1
<i>Verwachte effecten</i>	VEB				
<i>Verwachte bijwerkingen</i>	BIJ	X			1
<i>Effect huidige behandeling</i>	EHB	X	X		2
Omgeving					
<i>Sociale omgeving</i>	SOO		X	X	2
<i>Advies van professional</i>	APR	X	X	X	3
<i>Stigmatisering</i>	STI				
<i>Cultuur verpleeghuis</i>	CUL				
Toegankelijkheid					
<i>Kosten</i>	KOS				
<i>Reistijd</i>	REI				
<i>Behandelingsmogelijkheden</i>	BHM				

F3. Resultatenmatrix interviews verpleeghuisbewoners met zware vorm van dementie

	CODE	LD1	LD2	LD3	
Algemene kenmerken					
<i>Leeftijd</i>	LFT	75 jaar	82 jaar	76 jaar	
<i>Geslacht</i>	GES	M	M	M	
<i>Huidige woonvorm</i>	HWV	PG Groep	PG Groep	PG Groep	
<i>Vorige woonvorm</i>	VWV	Thuis	Groep Thuis	Thuis	
<i>Diagnose</i>	DIA	Colon-carcinoom en depressieve klachten	Lewy body dementie, Prostaatcarcinoom en hypertensie	-	
<i>Huidige behandeling depressie</i>	HBE	Dag-besteding zorgboerderij, Oxazepam	-	-	
<i>Duur behandeling depressie</i>	DBE	7 jaar	2 jaar	-	
<i>Vorige behandeling(en) depressie</i>	VBE	-	-	-	
Persoonlijke kenmerken					Totaal
<i>Educatieniveau</i>	EDU				
<i>Spiritualiteit</i>	SPI				
<i>Culturele achtergrond</i>	CUA				
<i>Copingstijl</i>	COP				
<i>Beliefs</i>	BEL	X	X	X	3
<i>Attitude</i>	ATT				
<i>Behoeftte aan behandeling</i>	BEB	X		X	2
Gezondheidstoestand					
<i>Ernst depressie</i>	ERD	X	X	X	3
<i>Lijden aan angststoornis</i>	LAA				
<i>Geestelijk functioneren</i>	GFC			X	1
<i>Comorbiditeit</i>	COM				
Kennis en verwachtingen					
<i>Kennis oorzaak depressie</i>	KOD	X	X		2
<i>Kennis over de behandeling</i>	KOB	X	X		2
<i>Eerdere behandelingservaringen</i>	EBE			X	1
<i>Verwachte effecten</i>	VEB				
<i>Verwachte bijwerkingen</i>	BIJ		X	X	2
<i>Effect huidige behandeling</i>	EHB	X	X		2
Omgeving					
<i>Sociale omgeving</i>	SOO	X	X	X	3
<i>Advies van professional</i>	APR	X	X	X	3
<i>Stigmatisering</i>	STI				
<i>Cultuur verpleeghuis</i>	CUL	X	X		2

Toegankelijkheid					
<i>Kosten</i>	KOS				
<i>Reistijd</i>	REI				
<i>Behandelingsmogelijkheden</i>	BHM				

F4. Resultatenmatrix interviews verpleeghuisartsen

	CODE	A1	A2	A3	
Algemene kenmerken					
Leeftijd	LFT	-			
Geslacht	GES	M	V	V	
Werkzaam binnen Carint	WBC	6 mnd	7 jaar	4 jaar	
Algemeen werkzaam	AWE	Sinds 2004	24 jaar	36 jaar	
Opleiding	OPE	Genees- kunde	Genees- kunde	Genees- kunde	
Specialisatie	SPE	Ouderen genees- kunde	Huisarts, verpleeg- huisarts	Bijscholing verpleeg- huisarts	
Patiënt kenmerken					Totaal
Oorzaak depressie	OOD	X	X	X	3
Ernst van indicatie	EVI	X	X		2
Duur van institutionalisering	DVI			X	1
Ziektekenmerken	ZKS	X	X	X	3
Wensen omtrent behandeling	WOB	X	X	X	3
Voorgeschiedenis	VGS			X	1
Wilsbekwaamheid	WIL		X	X	2
Kwaliteit van leven	KVL				
Omgeving					
Familie	FAM	X	X	X	3
Vrienden	VRN				
Vrijwilligers	VRI	X			1
Zorgverleners	ZOR	X	X	X	3
Bed capaciteit	BEC				
Staff/patiënt ratio per minuut	SPR	X			1
Woongroepgrootte	WGG	X		X	2
Nationale criteria en richtlijnen	NCR	X	X		2
Cultuur verpleeghuis	CUL	X			1
Farmaceutische promotie van medicijnen	FPM				
Verzekeraars	VER				
Signaleringsinstrumenten	SGI		X	X	2
Werkomstandigheden					
Evaluatietijd per patiënt	EPP				
Patiëntbenadering	PBN	X	X	X	3
Werkplek	WEP				
Werktevredenheid	TEW				
Ervaren werkdruk	EWD	X			1
Teammix	TMX	X	X	X	3
Opleiding	OPL	X	X	X	3
Werkervaring	WEE	X		X	2
Vaardigheden personeel	VAP	X		X	2

Behandeling/medicatie kenmerken					
<i>Klinische effectiviteit</i>	KEF	X		X	2
<i>Aanlooptijd medicijn</i>	AME			X	1
<i>Bijwerkingen</i>	BIJ	X	X	X	3
<i>Toedieningswijze</i>	DEM				
<i>Omgevingsmogelijkheden</i>	OMM	X		X	2
<i>Praktijkervaring</i>	PRE	X	X	X	3
<i>Bekendheid met medicijn</i>	BKM		X		1
<i>Combinatie met andere medicatie</i>	CAM	X		X	2
Barrières bij non-farmacologische interventies					
<i>Te weinig tijd</i>	TWT	X			1
<i>Gebrek aan vergoeding</i>	GEV	X			1
<i>Onduidelijke evidence-based</i>	OEB	X			1
<i>Moeilijkheden bij implementatie</i>	MBI	X			1

F5. Resultatenmatrix interviews verpleeghuispsychologen

	CODE	P1	P2	P3	
Algemene kenmerken					
Leeftijd	LFT	25	33	-	
Geslacht	GES	M	V	V	
Werkzaam binnen Carint	WBC	2.5 jaar	1,5 jaar	2 maand	
Algemeen werkzaam	AWE	2.5 jaar	1,5 jaar	23 jaar	
Opleiding	OPE	Psycho- logie	Psycho- logie	Psycho- logie	
Specialisatie	SPE	Geestelijke gezond- heids- bevor- dering	Klinische psycho- logie	GZ psycho- loog	
Patiënt kenmerken					Totaal
Oorzaak depressie	OOD			X	1
Ernst van indicatie	EVI	X		X	2
Duur van institutionalisering	DVI	X			1
Ziektekenmerken	ZKS	X	X	X	3
Wensen omtrent behandeling	WOB	X	X	X	3
Voorgeschiedenis	VGS		X		1
Wilsbekwaamheid	WIL	X	X		2
Kwaliteit van leven	KVL	X		X	2
Omgeving					
Familie	FAM	X	X	X	3
Vrienden	VRN		X		1
Vrijwilligers	VRI				
Zorgverleners	ZOR	X	X	X	3
Bed capaciteit	BEC				
Staff/patiënt ratio per minuut	SPR				
Woongroepgrootte	WGG				
Nationale criteria en richtlijnen	NCR		X	X	2
Cultuur verpleeghuis	CUL			X	1
Farmaceutische promotie van medicijnen	FPM				
Verzekeraars	VER				
Signaleringsinstrumenten	SGI		X	X	2
Werkomstandigheden					
Evaluatietijd per patiënt	EPP				
Patiëntbenadering	PBN	X	X	X	3
Werkplek	WEP				
Werktevredenheid	TEW				
Ervaren werkdruk	EWD				
Teammix	TMX	X	X	X	3
Opleiding	OPL	X	X		2
Werkervaring	WEE				
Vaardigheden personeel	VAP	X			1

Behandeling/medicatie kenmerken					
Klinische effectiviteit	KEF	X			1
Aanlooptijd medicijn	AME			X	1
Bijwerkingen	BIJ			X	1
Toedieningswijze	DEM	X	X	X	3
Omgevingsmogelijkheden	OMM	X			1
Praktijkervaring	PRE		X		1
Bekendheid met medicijn	BKM				
Combinatie met andere medicatie	CAM	X			1
Barrières bij non-farmacologische interventies					
Te weinig tijd	TWT				
Gebrek aan vergoeding	GEV				
Onduidelijke evidence-based	OEB		X		1
Moeilijkheden bij implementatie	MBI		X		1