

Onderzoeksverslag

Signalen van depressieve klachten bespreekbaar maken;

*Onderzoek naar barrières die professionals
<HBO en vrijwilligers ervaren*

28 maart 2013

Nancy Albertz & Mieke van der Biezen
Beiden werkzaam bij Academische werkplaats AMPHI en GGD Regio Nijmegen

***"Ik vind het moeilijk om zo'n groot woord te gebruiken.
Dat is zo'n etiket. Dat vindt de cliënt ook niet prettig".***

Vrijwilliger

"Ze nemen je in vertrouwen en verwachten niet dat jij daar iets mee gaat doen. Ga je er dan wel iets mee doen, dan heb je kans dat ze dichtslaan en nooit meer iets zeggen, en hoe kom je er dan achter. Dat vind ik het grote gevaar. [] dat je het vertrouwen beschaamt."

Medewerker huishoudelijke dienst

"Als er een groep veel ziet.... Die zien het meeste hoor! "

Medewerker huishoudelijke dienst

"Als je alleen met zo'n persoon bent, dan komen dingen omhoog komen voren die ze eigenlijk niet durven te zeggen als de kinderen erbij zijn"

Verzorgende 3 IG

"Het douchen is altijd het mooiste moment, dan kun je het meest eruit trekken"

Verzorgende 3 IG

Voorwoord

Vanuit het kennisatelier 1^e lijn Heumen, waarin diverse partijen op het gebied van zorg en welzijn samenwerken om tot een optimale 1^e lijn te komen, wordt elk jaar een speerpunt gekozen. Dit speerpunt wordt gekozen op basis van o.a. wijkanalyse en signalen vanuit het veld. In het jaar 2012 was dit het thema depressie.

Onderdeel van de aanpak van depressie was het ontwikkelen van een stepped care depressieprogramma voor de inwoners van de gemeente Heumen. Echter voordat deze effectief geïmplementeerd kon worden moest aan een belangrijke randvoorwaarde gewerkt worden. Diverse professionals en vrijwilligers gaven namelijk aan dat zij het moeilijk vinden om het probleem te signaleren en met name om het vervolgens bespreekbaar te maken.

Middels een onderzoek vanuit de Academische werkplaats AMPHI is nader onderzocht welke barrières deze professionals en vrijwilligers precies ervaren in het bespreekbaar maken van depressie. Vervolgens is op basis van de resultaten van dit onderzoek een scholing ontwikkeld die eveneens is geëvalueerd. De beschrijving en de resultaten van deze scholing zijn te vinden in het evaluatieverslag 'Signalen van depressieve klachten bespreekbaar maken; Evaluatie bijscholing'

De samenwerking is tot stand gekomen met:

Academische werkplaats AMPHI

Gemeente Heumen

UMC St. Radboud

ZZG Zorggroep

Gezondheidscentrum de Kroonsteen, de Vuursteen

GGD Regio Nijmegen

Indigo

Dit onderzoek is gefinancierd door het programma 'klein maar fijn projecten' van ZonMw.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting.....	5
Inleiding	6
Methode.....	10
Resultaten	13
Conclusie	17
Aanbevelingen.....	18
Discussie	19
Literatuur.....	21
Correspondentie adres.....	23
Bijlage 1. Brief voor respondenten.....	24
Bijlage 2. Gesprekshandleiding	25
Bijlage 3. Overzichtstabellen resultaten Q-methodology	32

Samenvatting

In dit onderzoek is nagegaan wat barrières zijn om (vermoedens van) somberheid, depressie of depressieve klachten bespreekbaar te maken. De groep die is onderzocht bestond uit professionals met een opleidingsniveau lager dan HBO en uit vrijwilligers, allen werkzaam in de gemeente Heumen.

Middels literatuurstudie is een eerste inventarisatie gemaakt van barrières. In de aanwezige literatuur werden met name barrières genoemd van professionals met een HBO opleidingsniveau of hoger. Tijdens focusgroepgesprekken is nagegaan in hoeverre er bij onze doelgroep ook nog van andere barrières sprake is. Tevens is er op basis van de 'Q methodology' een rangorde gemaakt van de barrières die zij noemden.

Hieruit kwam naar voren dat er inderdaad sprake is van nieuwe (andere) belangrijke barrières. Zo veronderstellen zij de vertrouwensband met de patiënt te schaden als zij over somberheid of depressie in gesprek gaan. Wanneer nog onvoldoende sprake is van een relatie met de patiënt zullen zij niet zo snel beginnen over het onderwerp. Hetzelfde geldt wanneer zij weerstand merken bij de patiënt.

Wanneer de groep wordt opgesplitst in vrijwilligers, medewerkers huishoudelijke dienst en verzorgenden/verpleegkundigen zijn verschillen te zien in hun rangorde van barrières.

De aanbeveling wordt gedaan om bij eventuele scholing of andere vormen van ondersteuning hiermee rekening te houden.

Inleiding

Depressie: problematiek, gevolgen, kosten en behandelaanbod

Depressie is een van de meest voorkomende ziektes in Nederland. In 2007 leden naar schatting 545.000 mensen van 18-65 jaar aan een depressieve stoornis. De Nederlandse cijfers komen overeen met die in andere westerse landen (RIVM 2012). In de regio Nijmegen kampt 15% van de jongeren met depressieve gevoelens. 35% van de volwassenen en 33% van de ouderen in deze regio heeft een indicatie voor een angststoornis of depressie (Schutgens & Molleman, 2012). Wereldwijd staat de ziekte op dit moment op de 4e plaats van de grootste veroorzakers van ziektelast, en in 2020 naar verwachting zelfs op de 2e plaats (gemiddeld over alle leeftijden en beide seksen) (WHO, 2013). Het aantal bij de huisarts bekende patiënten met depressie is de laatste tien jaar sterk toegenomen. Dit aantal is van 1994 tot 2007 meer dan verdubbeld. Daarnaast steeg het aantal voorschriften voor antidepressiva van 2,9 miljoen in 1997 tot 6,8 miljoen in 2008. Deze toename komt waarschijnlijk omdat de huisarts steeds meer mensen met depressie herkent en behandelt (RIVM 2012). Depressie kan het karakter krijgen van een chronische ziekte met een hoge kans op terugkerende depressieve episoden tijdens latere levensfasen.

Bovendien kunnen depressies ook tot een reeks andere gevolgen leiden: mensen met een depressie hebben een sterfterisico dat een factor 1,65 hoger ligt ten opzichte van mensen zonder depressie. Daarmee is het sterfterisico van depressie hoger dan bijvoorbeeld van cholesterol. Op jonge leeftijd kan een depressie nadelig werken op schoolprestaties en de reguliere ontwikkeling in de levensloop. Ook is een depressie op jonge leeftijd een voorspeller van terugkerende of chronische depressie op latere leeftijd. Daarmee kan de maatschappelijke participatie verminderen. Mensen raken sociaal geïsoleerd en kunnen geen zorg meer bieden aan naasten. Bij volwassenen heeft een depressie gevolgen voor het arbeidsproces, zoals verminderd functioneren, ziekteverzuim, verlies van werk en arbeidsongeschiktheid. De gevolgen zijn niet alleen ingrijpend voor de persoon met een depressie, maar ook voor zijn of haar omgeving (loket gezond leven, 2013)

Depressie is momenteel ook een van de duurdere ziekten. In 2005 bedroegen in ons land de kosten van zorg voor mensen met een depressie 773 miljoen euro. Hiervan ging het grootste deel naar de geestelijke gezondheidszorg (58%), gevolgd door genees- en hulpmiddelen (Schutgens & Molleman, 2012 D). In totaal maakten de kosten voor depressie 1,1% uit van de totale kosten voor de gezondheidszorg (Trimbos, 2011).

Naast deze directe kosten leiden depressies ook tot maatschappelijke kosten: depressie heeft economische gevolgen. Enerzijds maken mensen met een depressie extra gebruik van medische voorzieningen. Depressieve mensen hebben aantoonbaar meer lichamelijke aandoeningen als hart- en vaatziekten, astma of diabetes, waarvoor zij medisch moeten worden behandeld. Deze indirecte zorgkosten lopen in de miljarden (Trouw, 2012). Daarnaast ontstaan ook nog eens 953 miljoen euro aan kosten door ziekteverzuim in betaalde arbeid.

Ondanks de omvang en zwaarte van de problematiek, en ondanks de aanwezigheid van effectief preventief en curatief aanbod (Centrum Gezond Leven 2012) ontvangen veel mensen geen hulp. Meer dan de helft van de mensen met depressie ontvangt geen curatieve behandeling; jaarlijks wordt slechts 1% van de mensen dat een depressie ontwikkeld bereikt met preventieve interventies (RIVM 2012).

Landelijk is men zeer actief op het gebied van adequate behandeling en preventie van depressie. In mei 2011 is de landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij' uitgekomen. De nota noemt voor GGZ-problematiek (depressie) de volgende aandachtspunten:

- Vroegsignalering en preventieve behandeling;
- Het inrichten van de functie basis GGZ;

- Het bevorderen van zelfmanagement, preventie, e-health en kortdurende behandeling dichtbij huis;
- Het stimuleren van samenwerking en continuïteit van zorg (VWS, 2011)

Dit sluit aan bij de huidige noodzaak tot terugdringen van de toenemende kosten van de (geestelijke) gezondheidszorg (CvZ, 2012).

Belang van toeleiding door professionals

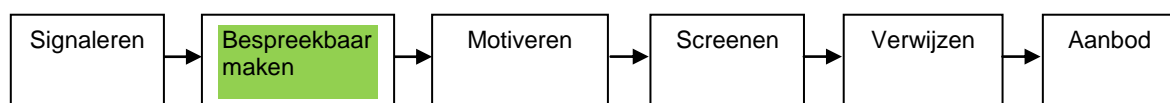
Mensen met een depressie of een hoog risico daarop erkennen of herkennen dit zelf vaak niet, en/of niet op tijd. Vanwege de verschillen in ernst van de klachten is een groot scala aan interventies van verschillende intensiteit ontwikkeld, variërend van licht preventieve zelfhulp, kortdurende behandeling tot intensieve therapie op basis van medicatie of psychotherapie en indien nodig zelfs (kortdurende) opname. Het is van belang dat mensen met een depressie of hoog depressierisico tijdig op de juiste plek terecht komen en daar effectieve ondersteuning krijgen die past bij de ernst van hun problematiek. Deze zogenoemde ‘stepped care’ benadering is gebaseerd op het idee: ‘zo licht als mogelijk, en zo zwaar als nodig’. Het is namelijk niet de bedoeling dat iedereen met depressieve symptomen ook meteen langdurige, intensieve therapie ontvangt. Stepped care beoogt dus zowel het bereik van de zorg in de bevolking te vergroten, maar ook de zorg preventiever te maken en tegelijkertijd doelmatiger en dus goedkoper.

Om mensen adequaat, dus op tijd en naar het juiste aanbod, toe te leiden wordt vaak gebruik gemaakt van sleutelfiguren uit de eerste lijn zoals huisartsen, POH’s, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en consultatiebureauartsen. Zelfs als depressie een niet dagelijks terugkerend onderwerp is binnen hun werk, past het signaleren, screenen en verwijzen veelal bij hun functieprofiel en bevoegdheden.

Bespreekbaar maken van depressie blijft moeilijk

Adequate toeleiding vereist dat hulpverleners over het vermogen beschikken om depressie en daaraan gerelateerde problemen met cliënten bespreekbaar te maken.

Professionals geven aan het moeilijk te vinden om (risico op) depressie ter sprake te brengen bij hun patiënt, zelfs nadat zij een scholing hebben gevolgd (Nijboer 2007; Gensichen, Jaeger et al. 2009). Terwijl dit aspect een belangrijke schakel is in het stapsgewijze toeleidingsproces naar passende hulp (zie figuur 1). Een depressie of een hoog risico daarop signaleren heeft geen enkele zin als het onderwerp vervolgens niet ter sprake wordt gebracht bij de betreffende persoon. Het toeleidingsproces stopt dan.



Figuur 1: toeleidingsproces zoals bedoeld in dit onderzoek

Uit diverse onderzoeken binnen verschillende beroepsgroepen (o.a. huisartsen, jeugdartsen, bedrijfsartsen, maatschappelijk werkers, POH’s, verpleegkundigen, thuiszorgmedewerkers, kinderartsen) komen de volgende barrières naar voren om depressie of een hoog risico daarop bespreekbaar te maken (tabel 1).

Barrières in bespreekbaar maken en toeleiden	Onderzoek
Organisatie	
Gebrek aan tijd	(Heneghan, Morton et al. 2007; Nijboer 2007; Kruyt 2011; Freed, Chan et al. 2012)
Verwijsaanbod is niet voorhanden/lastig te vinden	(Heneghan, Morton et al. 2007; Freed, Chan et al. 2012)
Moeilijkheden bij het overhalen van de medische staf om dit verder op te pakken, bijvoorbeeld door middel van screening of medicatie	(Williams 2003)
Vervolgaanbod is niet verzekerd (daarom is het niet zinvol om door te verwijzen)	(Freed, Chan et al. 2012)
Hulpverleners	
Gebrek aan kennis (van het verloop en de effecten van depressie)	(Freed, Chan et al. 2012)
Gebrek aan vaardigheid	(Heneghan, Morton et al. 2007; Kruyt 2011)
Niet weten hoe dit aan te pakken	(Nijboer 2007; Kruyt 2011)
Gebrek aan training om symptomen te signaleren/onvoldoende of slechte opleiding	(Williams 2003; Kruyt 2011)
Andere focus van het gesprek (men komt i.v.m. een ander probleem)	(Freed, Chan et al. 2012)
Ongemak	(Kruyt 2011)
Moeite om het woord 'depressie' te gebruiken plus de suggestie te doen dat patiënten mogelijk medicatie nodig hebben	(Williams 2003)
Patiënt en diens directe omgeving	
Patiënten willen alleen over fysieke zaken praten en niet over psychische zaken. Patiënten willen niet als neurotisch of depressief gekwalificeerd worden.	(van Rijswijk, van Hout et al. 2009)
Weerstand bij de patiënt	(Kruyt 2011)
Delen het taboe dat patiënten kunnen ervaren om over dit thema te spreken	(Williams 2003)
Er zijn anderen aanwezig	(Heneghan, Morton et al. 2007; Kruyt 2011)

Tabel 1: Barrières om depressie bespreekbaar te maken

In de studie van Kruyt (2011) worden ook barrières genoemd die niet zozeer betrekking hebben en op het aspect 'bespreekbaar maken' in het bijzonder of toeleiden in het algemeen, maar die naar ons idee mogelijk *indirect* kunnen meespelen bij het al dan niet ter sprake brengen van het probleem:

Gebrek aan goede hulpinstrumenten
Afwezigheid van effectieve interventies/gebrek aan verwijsmogelijkheden
Gebrek aan toegang tot specialist
Wachtlijst
Beperkte mogelijkheid om advies te krijgen
Trage reactie op verwijzing
Gebrekkige samenwerking tussen 1 ^e en 2 ^e lijn
Inadequate follow up/feedback over verwezen patiënten
Communicatieproblemen met andere professionals
Kosten: wordt het aanbod gedekt door verzekeraar
Angst voor stigma bij de patiënt

Tabel 2: algemene barrières die mogelijk invloed hebben op het toeleidingsproces of het bespreekbaar maken van depressie

Rol van professionals < HBO en vrijwilligers

De professionals in bovenstaande literatuur hebben veelal een HBO of WO opleiding. Nog onderbelicht als potentiële toeleiders zijn professionals met een opleiding op het niveau van middelbaar of lager beroepsonderwijs (< HBO) en vrijwilligers. Te denken valt aan leidsters in de kinderopvang, helpenden en verzorgenden in de thuiszorg en verzorgingshuizen (niveau 1-4), medewerkers huishoudelijke dienst, vrijwillige ouderenadviseurs, vrijwilligers in 'maatjesprojecten'. Door de aard van hun werkzaamheden hebben zij veelal vaak en/of lang contact met hun cliënt, patiënt of buddy/maatje. Hierdoor zijn zij in een uitstekende positie om veranderingen in gedrag en gemoedstoestand in een vroeg stadium op te merken (Piven, Anderson et al. 2008) en hierdoor depressieve klachten in een vroeg stadium te signaleren (Brown, Bruce et al. 2003; Gellis, Kim et al. 2004). Ook hebben zij vaak een vertrouwensband opgebouwd waardoor het wellicht makkelijker en veiliger is voor de betreffende patiënt om een gesprek aan te gaan over een dergelijk moeilijk onderwerp.

Aan de andere kant ligt het niet zo voor de hand dat deze hulpverleners zich bezig houden met een thema als depressie. Professionals < HBO zijn veelal gericht op lichamelijke klachten en praktische hulp; vrijwilligers op 'leuke dingen doen' en eveneens op praktische hulp. Door hun werkgever wordt waarschijnlijk niet verwacht dat zij moeilijke thema's aankaarten zoals eenzaamheid, depressie, huiselijke geweld, alcoholmisbruik en dergelijke. Sterker nog: het is voorstelbaar dat zij zich er niet eens mee mógen bezighouden, ook al zouden ze het willen en kunnen. Als er alleen financiering is voor bijvoorbeeld het schoonmaken van de badkamer kan de tijd immers niet besteed worden aan een 'goed gesprek'.

Daarnaast is het waarschijnlijk niet van hen te verwachten dat ze met signaleringslijsten en screeningslijsten (gaan) werken. Hierdoor kunnen zij zich onzeker voelen over het duiden van de

signalen. Ook hebben zij geen samenwerkingsrelatie met de 1e lijn zoals huisarts en wijkverpleegkundige om eventuele zaken mee te bespreken of over te dragen.

Er zijn weliswaar initiatieven (geweest) om deze groep competentier te maken in het signaleren van (risico op) depressie, maar deze zijn nog summier (Indigo Drenthe, 2012; Eisses, 2005). Ter illustratie, in het programma 'beweeg je leven' van Indigo Drenthe wordt expliciet aandacht besteed aan de signaleringsrol van verzorgenden, waarbij ook duidelijk wordt wat de taakafbakening is ten opzichte van HBO professionals. Zo wordt van hen niet verwacht dat zij met signalerings- of screeningslijsten werken, maar kunnen zij op basis van een spiekbriefje 'niet pluis' signalen interpreteren en na akkoord met de betreffende patiënt contact zoeken met hun coördinator of leidinggevende om een goede toeleiding naar adequate hulp te bevorderen.

Kortom: in hoeverre is het dan nog mogelijk om zo'n moeilijk thema als depressie ter sprake te brengen? De vraag is in hoeverre deze mensen dezelfde barrières en/of juist hele andere barrières ervaren om het onderwerp depressie ter sprake te brengen als professionals met een HBO of WO opleiding.

Toch is het - gezien de actuele ontwikkelingen rond verschuivingen in de zorg (van 2^e naar 1^e lijn, mensen moeten langer zelfstandig blijven wonen), de toenemende rol van mantelzorgers en vrijwilligers (WMO/kanteling), de verwachte stijging van het aantal mensen met depressie en het belang van vroegtijdig onderkennen van (risico op) depressie - interessant om na te gaan welke rol zij wél kunnen vervullen in het toeleidingsproces en welke belemmeringen zij hierin nog ervaren.

Onderzoek

Dit onderzoek richt zich specifiek op het toeleidingsaspect 'bespreekbaar maken' van (vermoeden van) depressie en op de doelgroep professionals met een opleiding lager dan HBO en vrijwilligers. De vraagstelling luidt:

Welke barrières ervaren professionals met een opleiding lager dan HBO niveau en vrijwilligers in het bespreekbaar maken van (vermoeden van) depressieve klachten?

Doelstellingen:

1. Welke barrières bestaan er omtrent het bespreekbaar maken van depressieve klachten.
2. Welke barrières wegen voor de respondenten het zwaarst (rangorde).

Het onderzoek kan input leveren voor de praktijk. Te denken valt aan:

- de ontwikkeling van een scholing aan professionals met een opleiding lager dan HBO en vrijwilligers gericht op bespreekbaar maken van depressie;
- Aanbevelingen t.a.v. de ondersteuning van professionals en vrijwilligers om hen op het juiste niveau te ondersteunen in het signaleren en bespreekbaar maken van depressieve klachten.

Methode

Veld van onderzoek

Om inzicht te krijgen in de barrières bij het bespreekbaar maken van depressieve klachten zijn focusgroepgesprekken gehouden. Respondenten moesten voldoen aan drie criteria:

- Werken als professionals of vrijwilliger in de gemeente Heumen;
- Werken met thuiswonende burgers;
- Vrijwilligerswerk of lager opgeleid dan HBO niveau

Gezien de geografische kenmerken van de gemeente Heumen is ervan uitgegaan dat de meeste deelnemers elkaar zouden kennen. Vuistregels waarlangs gedacht is over groepsamenstelling:

1. Gemak waarmee beoogde respondenten met elkaar van gedachten kunnen wisselen (hiervoor hebben we gekozen voor twee homogene focusgroepen; 1 voor vrijwilligers en 1 voor professionals; alleen in de 3 focusgroep is sprake van een heterogene groep).
2. Geen conflicterende belangen en geen hiërarchische relaties tussen groepsleden.

Respondenten zijn gerekruteerd middels sleutelfiguren binnen de professionele- en vrijwilligersorganisaties. Alle respondenten hebben een brief ontvangen (zie bijlage 1) waarin zij werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek.

Onderzoekspopulatie

In totaal hebben 20 respondenten van 5 verschillende organisaties deelgenomen aan de focusgroepen. Van deze groep waren 5 respondenten werkzaam als vrijwilliger en 15 respondenten als professional. Tabel 3 geeft een overzicht van de organisaties waarvoor de respondenten werkzaam waren. In tabel 4 zijn de 15 professionals verder uitgesplitst naar functie:

<i>Organisatie</i>	<i>Aantal respondenten</i>
ZZG Zorggroep (thuiszorg)	10
KBO	4
Axxicom (huishoudelijke dienst)	4
Vérian (huishoudelijke dienst)	1
Zonnebloem	1

Tabel 3: respondenten en hun werkplek

<i>Functie</i>	<i>Aantal respondenten</i>
Huishoudelijke dienst	5
Verzorgende niveau 2	4
Verzorgende niveau 3	5
Verpleegkundige niveau 4	1

Tabel 4: respondenten en hun functie

Alle respondenten waren vrouw. De gemiddelde leeftijd was 51 jaar met een spreiding van 26 - 74 jaar. Gemiddeld hadden zij 12 jaar werkervaring met een spreiding van 1 tot 30 jaar. Geen van de respondenten heeft in de afgelopen 3 jaar een scholing gehad over het signaleren en/of bespreekbaar maken van sombere gevoelens, depressieve klachten. Vrijwel alle respondenten hebben tijdens hun werkzaamheden weleens te maken gehad met personen met depressieve

klachten. 14 Respondenten hebben in hun privé omgeving met depressieve klachten te maken gehad.

Onderzoekstechnieken

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen is een kwalitatieve onderzoeksmethode (focusgroepgesprekken) gebruikt in combinatie met een kwantitatieve methode (q-methodology).

Met behulp van de resultaten uit het literatuuronderzoek is een lijst met barrières opgesteld die een rol kunnen spelen bij het niet bespreekbaar maken van depressieve klachten. Echter, deze zijn gebaseerd op onderzoek onder HBO en WO professionals. Het doel van de focusgroepen was om:

1. De lijst met barrières uit de literatuur aan te vullen met barrières die gelden voor onze onderzoekspopulatie;
2. Te indiceren welke barrières als *meest belangrijk* worden beschouwd;
3. In diepte te onderzoeken wat deze meest genoemde barrières precies inhouden.

Het focusgroepgesprek was dientengevolgde opgesplitst in 3 onderdelen:

- a) Middels de techniek 'pingpongen' werd respondenten gevraagd in tweetallen te noteren wat voor hen barrières zijn om depressieve klachten bespreekbaar te maken. Na afloop hiervan werden de uitkomsten plenair doorgenomen.
- b) Om een rangorde aan te kunnen brengen is gekozen voor de Q-methodology (Exe, van & Graaf, de, 2005). Deze methodiek geeft een basis voor het systematisch onderzoeken van subjectiviteit, het blikveld van de persoon, mening, geloof en houding. Deze methodiek houdt in dat alle respondenten kaartjes krijgen met op ieder kaartje een barrière. In eerste instantie zijn 21 kaartjes gemaakt met de barrières die vanuit de literatuur bekend zijn. Tijdens de focusgroepgesprekken zijn de kaartjes aangevuld met de barrières die bij het pingpongen naar voren zijn gekomen. Aan alle respondenten is gevraagd de 5 voor hen belangrijkste barrières op volgorde van belangrijkheid te leggen. Een overzicht van alle basiskaartjes, en alle kaartjes die tijdens het focusgroepgesprek eraan toegevoegd zijn, zijn te vinden in tabel 5.
- c) De uitkomsten van deze individueel bepaalde top 5 zijn omgerekend naar een top 3 van de groep. Op de barrières die in deze top 3 stonden is verder ingegaan middels de technieken van een focusgroepgesprek. De vragen die hierbij centraal hebben gestaan zijn:
 - Wat wordt met de barrière bedoeld?
 - Wie heeft hier ervaring mee?
 - Wat maakt dat dit belangrijk is?
 - Wat zijn positieve en negatieve ervaringen hiermee?
 - Wat zijn jullie verwachtingen? Hoe zou je het graag willen? Wat zou je helpen om dit in de toekomst wel te kunnen?
 - Etc.

De volledige gesprekshandleiding is te vinden in bijlage 2.

Resultaten

Welke barrières bestaan er

De standaard kaartjes zijn door middel van de methodiek 'pingpongen' aangevuld met overige barrières die ervaren worden. Vooral in het eerste focusgroepgesprek met de vrijwilligers kwamen veel nieuwe barrières naar voren. Het pingpongen in de tweede focusgroep leverde nog maar enkele nieuwe barrières op. Daarom is de keuze gemaakt om in de derde focusgroep niet nogmaals te pingpongen maar meer tijd te besteden aan het dieper ingaan op de barrières. Tabel 5 laat een overzicht zien van de barrières.

Statements gebaseerd op barrières uit de literatuur:

- 1) Ik vind dat ik te weinig tijd heb
- 2) Ik vind dat ik te weinig kennis heb over hoe depressieve klachten verlopen
- 3) Ik vind dat ik te weinig kennis heb over de gevolgen van depressieve klachten
- 4) Ik vind vaak dat de focus van het contact anders is, oftewel: Ik kom voor iets anders
- 5) Ik vind dat ik te weinig vaardigheden heb ('Hoe moet ik dit aanpakken')
- 6) Ik vind dat er geen of onvoldoende verwijsmogelijkheden zijn
- 7) Ik vind het moeilijk om verwijsmogelijkheden te vinden
- 8) Ik vind het verwijsaanbod niet gegarandeerd (bijvoorbeeld door wachtlijsten)
- 9) Ik vind dat ik de symptomen van depressieve klachten niet voldoende ken
- 10) Ik vind de follow-up en samenwerking inadequaat
- 11) Ik vind dat patiënten het vaak als een taboe ervaren om over dit onderwerp te praten
- 12) Ik vind het een taboe om over dit onderwerp te praten
- 13) Ik vind het moeilijk om bij cliënten de indruk te wekken dat ze hulp nodig hebben
- 14) Ik vind het een belemmering omdat er vaak anderen aanwezig zijn
- 15) Ik voel mij er ongemakkelijk bij
- 16) Ik vind dat ik onvoldoende scholing heb gehad over dit onderwerp
- 17) Ik heb angst voor weerstand bij de patiënt
- 18) Ik vind dat er gebrek is aan goede hulpinstrumenten zoals een screeningslijst of signaleringsinstrument
- 19) Ik vind dat ik een te hoge workload heb
- 20) Ik vind dat ik geen mogelijkheid heb om advies bij anderen in te winnen
- 21) De kosten die komen kijken na doorverwijzing ervaar ik als een belemmering om het gesprek aan te gaan

Aanvullingen vanuit focusgroep 1:

22. De persoon wil niet meewerken
23. Te groot leeftijdsverschil tussen mij en de betreffende persoon
24. Ik heb de veronderstelling dat anderen het al besproken hebben
25. Het komt te dichtbij
26. De patiënt heeft geen netwerk waar ik kan polsen of ik het bij het juiste eind heb
27. Ik vind dat er geen goede klik is
28. Ik vind de intensiteit van het contact te laag
29. Ik vind dat ik er nog maar te kort kom
30. Ik kan het er niet bij hebben

Aanvullingen vanuit focusgroep 2:

31. te grote afstand tot naasten
32. ik wil het vertrouwen niet schaden
33. Als de EVV'er al een vertrouwensrelatie heeft (dan kan deze het oppakken)
34. De betreffende persoon gaat me mogelijk claimen in de toekomst

Tabel 5: barrières om depressie bespreekbaar te maken: uit de literatuur en aangevuld vanuit focusgroepgesprekken

Welke barrières worden als meest belangrijk worden beschouwd

Aan alle respondenten is gevraagd de 5, voor hen, meest belangrijke barrières en op volgorde van belangrijkheid neer te leggen. Op deze wijze is een rangorde aangebracht. Een notering op plaats 5 leverde 1 punt op; plaats 4: 2 punten; plaats 3: 3 punten; plaats 2: 4 punten en plaats 1: 5 punten. In tabel 6 is een top 10 van barrières te zien van de gehele onderzoeksgroep.

Overall krijgt de barrière 'de persoon wil niet meewerken' de hoogste notering. Daarnaast stonden alle barrières die betrekking hebben op kennis en vaardigheden in de top 10.

Totale groep N=19		Aantal keren ge- noemd	Rang- orde
1	De persoon wil niet meewerken	7	27
2	Ik vind dat ik te weinig kennis heb over hoe depressieve klachten verlopen	6	24
3	Ik wil het vertrouwen niet schaden	6	22
4	Ik vind dat ik te weinig vaardigheden heb ('Hoe moet ik dit aanpakken')	6	16
5	Ik vind dat ik de symptomen van depressieve klachten niet voldoende ken	4	14
6	Ik vind dat ik er nog maar te kort kom	7	14
7	Ik vind het moeilijk om bij cliënten de indruk te wekken dat ze hulp nodig hebben	3	12
8	Ik vind het een belemmering omdat er vaak anderen aanwezig zijn	4	12
9	Ik vind dat patiënten het vaak als een taboe ervaren om over dit onderwerp te praten	4	11
10	Ik vind dat ik onvoldoende scholing heb gehad over dit onderwerp	3	11

Tabel 6: top 10 van barrières, totale onderzoeksgroep

Gekozen is om de resultaten verder uit te splitsen naar verschillende respondentgroepen. In de groepsgesprekken werd duidelijk dat er verschil in beleving zat tussen de vrijwilligers, de huishoudelijk medewerkers en de verzorgenden/verpleegkundigen. Omdat veel respondenten in deze laatste groep vielen, leverde dit een vertekenend resultaat van de totale groep op. Tabel 7, 8 en 9 geven de resultaten (top 5) per groep weer.

Vrijwilligers N=4		Aantal keren ge- noemd	Rang- orde
1	Ik kan het er niet bij hebben	3	9
2	Ik vind de follow-up en samenwerking inadequaet	2	6
3	Ik vind dat er gebrek is aan goede hulpinstrumenten zoals een screeningslijst of signaleringsinstrument	2	6
4	Ik vind dat ik onvoldoende scholing heb gehad over dit onderwerp	1	5
5	Ik heb angst voor weerstand bij de patiënt	1	5

Tabel 7: top 5 barrières vrijwilligers

Huishoudelijk medewerkers N = 5		Aantal keren ge- noemd	Rang- orde
1	Ik vind dat ik te weinig kennis heb over hoe depressieve klachten verlopen	4	16
2	ik wil het vertrouwen niet schaden	3	10
3	Ik vind dat ik de symptomen van depressieve klachten niet voldoende ken	2	9
4	Ik vind dat ik onvoldoende scholing heb gehad over dit onderwerp	2	6
5	De betreffende persoon gaat me mogelijk claimen in de toekomst	2	6

Tabel 8: top 5 barrières huishoudelijk medewerkers

Verzorgenden en verplegende N = 10		Aantal keren ge- noemd	Rang- orde
1	De persoon wil niet meewerken	5	20
2	Ik vind het een belemmering omdat er vaak anderen aanwezig zijn	4	12
3	Ik vind dat ik er nog maar te kort kom	5	12
4	ik wil het vertrouwen niet schaden	3	12
5	Ik vind dat patiënten het vaak als een taboe ervaren om over dit onderwerp te praten	4	11

Tabel 9: top 5 barrières verzorgenden/verpleegkundige

Wat houden de barrières in

In elke focusgroep is verder doorgepraat over de meest genoemde barrières.

Onderstaande citaten geven weer wat de respondenten bedoelden bij het kiezen van de door hen meest genoemde barrières:

Ik kan het er niet bij hebben (barrière voor vrijwilligers)

- "Als je al vol bent"
- "Ik ga grenzen stellen"
- "Dan is het lastig als ze met een moeilijk onderwerp komen"
- "Heeft ook met tijd te maken"
- Flexibiliteit: "ik blijf dan juist langer als iemand depressief is"
- "Is belastend onderwerp"
- "Meer inzicht in depressie zou helpen"
- "Eigen draagkracht zou helpen plus opvang daarnaast. Bijvoorbeeld als ik met iemand over kan hebben.. Om het verhaal kwijt te kunnen en hoe pak ik het verder aan"

Ik vind de follow-up en samenwerking inadequaat (barrière voor vrijwilligers)

- "Het bleef te lang bij mij, het werd op mijn bordje gelegd"
- "Omdat er daarna bijna niets is"
- "Dat je serieus genomen wordt"
- "Dan sta je er niet alleen voor neem je het niet mee naar huis"

Ik vind dat er gebrek is aan goede hulpinstrumenten zoals eens screeningslijst of signaleringsinstrument (barrière vrijwilligers)

- "Dan was er op tijd hulp gekomen"
- "Ze worden te laat pas gebruikt"

- "Vrijwilliger moet zo'n lijst via internet kunnen downloaden om te polsen. Klopt het wat ik zie?"

Ik wil het vertrouwen niet schaden (barrière voor huish. medewerkers en verz./verpl.)

- "Je moet nog langer door"
- "Ik zou het dan eerder bespreken met m'n manager of met de directe familie"
- "Gebrek aan kennis en kunde spelen toch ook wel een rol"
- "Het scheelt als je handvatten hebt"
- "Ervaring speelt mee"
- "Volgens het protocol moet de EVV'er dit doen"
- "De patiënt vond me te jong"

De persoon wil niet meewerken (barrière voor verz./verpl.)

- Het komt vaak voor dat mensen niet willen meewerken. Niet alleen vanwege het taboe, maar er komen zoveel mensen over de vloer. Het zou wel schelen als de huisarts zou zeggen dat de persoon er iets mee moet.
- En: dit is ook in gespreksvoering te leren!

Ik vind dat ik er nog maar te kort kom (barrière voor verz./verpl.)

- Je hebt tijd nodig voordat je je ergens mee mag bemoeien.
- Je ziet het eerder als je er al langer komt.
- Andersom: juist als nieuwe professional is het mogelijk om bepaalde zaken te bespreken.
- Een vertrouwensband kan ook tegen je werken: je wordt gelijkgesteld aan familie.
- ik vind dat je wel een beetje een beeld van iemand moet hebben. Je kunt niet gelijk zeggen: dit zijn depressieve klachten.
- ze nemen je toch een heel end in vertrouwen. Dan ben je toch de buitenstaander, maar toch vertrouwd genoeg.

Ik vind dat ik te weinig kennis heb hoe depressieve klachten verlopen (barrière voor huish. medew.)

- het is heel wisselend; het is niet te peilen.
- mensen zijn de ene dag vrolijkheid zelf, en de andere dag kon je niks met haar aanvangen'

Ik heb angst voor weerstand bij de patiënt

- Ik denk dat er een angst is om etiketten te plakken. Ik heb een mijnheer in gedachten die altijd mooi weer speelt bij buitenstaanders. Volgens de kinderen hartstikke depressief.
- Ik kan daar helemaal niks mee: bij mij staat de thee al keurig op het lichtje. Ik kan daar dan niks van brouwen. Waarom moet ik dan roepen: jij bent depressief. Dan kom je er dus niet door heen.
- je kunt niet op de informatie van anderen het gesprek aangaan.
- Mensen ontkennen vaak dat er iets aan de hand is
- Het is best moeilijk om daar tegenin te gaan.
- Verzorgenden/verpleegkundigen hebben een 'achterwacht', iemand om mee te overleggen; huishoudelijk medewerkers en vrijwilliger niet.

Omdat er vaak anderen aanwezig zijn

- als familie er bij zit, dan zijn mensen niet zo open.
- als je alleen met zo'n persoon bent, dan komen dingen omhoog komen voren die ze eigenlijk niet durven te zeggen als de kinderen erbij zijn.
- het douchen is altijd het mooiste moment, dan kun je het meest eruit trekken.

Conclusie

Nieuwe barrières gevonden

Een van de belangrijkste conclusies van dit onderzoek is dat er naast de barrières die al uit de literatuur bekend zijn ook nog nieuwe barrières zijn gevonden. Vooral omdat het een andere onderzoekspopulatie betreft dan tot op heden: professionals met een opleidingsniveau lager dan HBO en vrijwilligers.

Naast de meer voor de hand liggende barrières op het gebied van kennis en vaardigheden kwamen uit de focusgroepgesprekken een aantal nieuwe barrières:

- Vertrouwensband niet willen schaden;
- Onvoldoende relatie met de patiënt ontwikkeld;
- Weerstand bij de patiënt;

Barrières op organisatieniveau niet zo belangrijk

Een andere conclusie betreft de aard van de barrières. De respondenten noemen vooral elementen op het vlak van (de relatie met) de patiënt, die hen belemmeren om het gesprek over een eventuele depressie aan te gaan. Er wordt niet of nauwelijks gerept over aspecten als 'te weinig tijd', 'het is mijn taak niet', 'er is geen aanbod voorhanden'.

Paradox met betrekking tot de vertrouwensband met de patiënt

Respondenten gaven aan dat zij met hun cliënten een vertrouwensband opbouwen. Het bestaan van deze vertrouwensband lijkt hen in de weg te zitten om depressieve klachten bespreekbaar te maken. Zij willen het vertrouwen dat zij hebben opgebouwd niet schaden. Anderzijds geven ze aan dat ze het thema niet aan de orde kunnen brengen als ze nog maar te kort bij iemand komen. Dus enige relatie/band is toch wel nodig kennelijk.

Barrières verschillen per 'beroepsgroep'

Als we de totale groep uiteensplitsen ontstaat het volgende beeld m.b.t. de belangrijkste barrières:

Vrijwilligers:

- Onvoldoende kennis over depressie en geen check kunnen doen of de signalen kloppen
- Onvoldoende vaardigheden hoe een gesprek aan te pakken
- Onvoldoende kunnen delen van de verantwoordelijkheid, gebrek aan goede follow-up

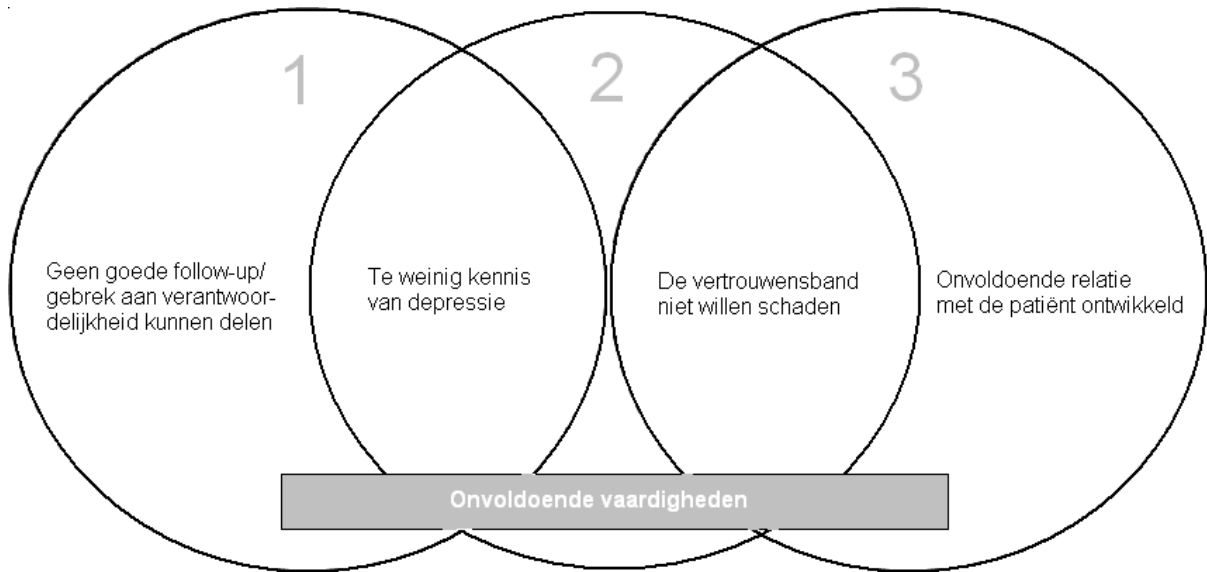
Huishoudelijk medewerkers:

- Onvoldoende kennis over depressie
- Onvoldoende vaardigheden hoe een gesprek aan te pakken
- De vertrouwensband niet willen schaden

Verzorgenden en verplegenden

- De vertrouwensband niet willen schaden
- Onvoldoende relatie ontwikkeld
- Onvoldoende vaardigheden hoe een gesprek aan te pakken

In schema:



1. *Vrijwilligers*
2. *Huishoudelijk medewerkers*
3. *Verzorgenden en verplegenden*

Aanbevelingen

Middels een scholing zou een groot deel van de genoemde barrières weggenomen kunnen worden. Hierbij zou rekening gehouden kunnen worden met bovenstaande indeling. Grofweg zou de totale scholing onderverdeeld kunnen worden in 5 onderdelen die voor iedere groep meer of minder belangrijk zijn. Te weten:

Thema		Speciaal aanbevolen voor
A	Kennis over depressie en signaleren hiervan	Vrijwilligers Huishoudelijk medewerkers
B	Doorverwijzen en verantwoordelijkheid delen (hiervoor is tevens een overzicht nodig van het Heumense aanbod)	Vrijwilligers
C	Bespreken hoe om te gaan met de vertrouwensband (wat is een vertrouwensband; hoe kan deze juist gebruikt worden om het gesprek wel aan te gaan over moeilijke onderwerpen zoals depressie)	Verzorgenden en verplegenden Huishoudelijk medewerkers
D	Wat te doen als er nog geen relatie is opgebouwd	Verzorgenden en verplegenden
E	Vaardigheden om een gesprek te voeren	Vrijwilligers Huishoudelijk medewerkers Verzorgenden en verplegenden

Discussie

Onderzoeksmethode

- Gekozen is voor focusgroepgesprekken voorgedaan door 'pingpongen' en de 'Q methodology', heeft de mogelijkheid gegeven meer inzicht te krijgen in de motivatie. Focusgroepgesprekken lenen zich uitstekend voor complex gedrag, wat betrekking heeft op ons onderwerp. Door de groepsdynamiek worden consensus en dissensus rond een thema inzichtelijk. Daarnaast kunnen taboes in een groep doorbroken worden doordat verlegen types over de streep worden getrokken door anderen. Omdat de respondenten uit vergelijkbare achtergronden komen, ontstaat een indruk van de daar heersende waarden en normen. Het voordeel van het pingpongen en de Q methodology was dat individuele respondenten elkaar niet beïnvloeden bij het kiezen van hun meest belangrijke barrières. Daarnaast hielpen de voorgedrukte kaartjes (barrières uit de literatuur) respondenten goed op weg. Bij een moeilijker thema kan het prettig zijn wanneer barrières al uitgeschreven staan op een kaartje, men hoeft ze dan niet zelf te noemen.
- Een aantal respondenten kent elkaar, vanwege het werk of wellicht ook privé (alleen werkend en mogelijk ook woonachtig in dezelfde gemeente). Een mogelijk nadeel van deze methode is dat mensen door aanwezigheid van bekenden wellicht niet volledig open zijn geweest omdat ze niet af durven te wijken van bestaande conventies.
- Naar ons idee is er geen sprake geweest van hiërarchische relaties. Mocht er op andere wijze sprake zijn geweest van onderlinge frictie, spanning o.i.d., afhankelijkheid dan waren deze bij ons niet bekend.

Steekproef

- Het feit dat we gewerkt hebben met redelijk homogene focusgroepen heeft naar ons idee bijgedragen aan de resultaten. Mensen herkennen zich in elkaar, voelen zich daardoor uitgenodigd om te praten. Mogelijk vindt men het lastig om toe te geven dat men iets moeilijk vindt. In een focusgroep spreekt men niet als individu maar als lid/vertegenwoordiger van de groep.
- Mogelijk is er sprake van bias vanwege de *self selected sample*, omdat men zichzelf kon opgeven als respondent. Dit vergroot de kans dat respondenten met affiniteit of belangen t.o.v. dit onderwerp zich eerder aan zullen melden. Tijdens de gesprekken merkten wij zelfs dat respondenten het prettig vonden om over dit onderwerp te praten; een aantal bedankten ons en zei dat het leerzaam was geweest.
- In ons onderzoek hebben we ons vooral gericht op professionals en vrijwilligers die bij cliënten thuis komen. Dit betekent dat wij bijv. leidsters in de kinderopvang of sportdocenten niet hebben benaderd voor ons onderzoek.

Gesprekshandleiding /methodiek van informatie verzamelen

Barrières die wij gevonden hebben in de literatuur hebben wij zelf vertaald naar 'statements' in de vorm van één enkele zin. Mogelijk zijn er stellingen geweest die men zonder uitgebreide toelichting niet goed begreep. Deze zullen wellicht minder snel gekozen worden waardoor de resultaten minder betrouwbaar zijn.

Vervolg na onderzoek

- Voorafgaand aan het onderzoek is in de projectgroep reeds besloten dat er voor vrijwilligers en professionals een scholing zou worden ontwikkeld op basis van de gevonden barrières. En dit is ook gebeurd zodra de resultaten van de focusgroepgesprekken bekend waren.

- Mogelijk nadeel hiervan is dat de onderzoekers (weliswaar onbewust) hebben gestuurd tijdens het verzamelen van de barrières. Anderzijds leent de Q methodolgy zich hier niet voor.
- Ook is het mogelijk dat respondenten hiervan al vooraf op de hoogte waren. In ieder geval gaf het merendeel na afloop van de focusgroepen aan behoefte te hebben aan scholing.

Literatuur

- Brown, E. L., M. L. Bruce, et al. (2003). Recognition of depression by home care nurses. *Journal of the American Geriatrics Society* 51(4): S29-S30.
- Centrum Gezond Leven, (2012). <http://www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/depressie/cijfers-en-feiten/meer-over-depressie>.
- CvZ (2012). Geneeskundige GGZ (deel 1). Wat is nu verzekerde zorg en wat niet?
- Eisses, A. (2005). Depressie bij verzorgingshuisbewoners: prevalentie, incidentie, risicofactoren en effecten van vroegsignalering. *Medische Wetenschappen*. Groningen, Rijksuniversiteit Groningen.
- Exe, van. NJA, Graaf, de (2005) *Q methodology: A sneak preview*. beschikbaar van www.jobvanexel.nl
- Freed, R. D., P. T. Chan, et al. (2012). Enhancing Maternal Depression Recognition in Health Care Settings: A Review of Strategies to Improve Detection, Reduce Barriers, and Reach Mothers in Need. *Families Systems & Health* 30(1): 1-18.
- Gellis, Z., J. Kim, et al. (2004). Screening for depression in medically ill home care elderly using a CES-D short form. *Gerontologist* 44: 158-158.
- Gensichen, J., C. Jaeger, et al. (2009). "Health Care Assistants in Primary Care Depression Management: Role Perception, Burdening Factors, and Disease Conception." *Annals of Family Medicine* 7(6): 513-519.
- Heneghan, A. M., S. Morton, et al. (2007). "Paediatricians' attitudes about discussing maternal depression during a paediatric primary care visit." *Child Care Health and Development* 33(3): 333-339.
- Kruyt, C. (2011). *E-learning programma for professionals in primary care and welfare to improve the identification and management of adults at high risk of depression: a literature study*. Leiden, GGD Hollands Midden.
- Loket gezond leven (2013). www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/depressie/cijfers-en-feiten/gevolgen
- Nijboer, P. (2007). *Depressie signaleren...en dan. Reader cursus Thuiszorg. Bergen op Zoon. GGZ Westelijk NoordBrabant*.
- Piven, M. L., R. A. Anderson, et al. (2008). "Certified nursing assistants' Explanatory Models of nursing home resident depression." *Western Journal of Nursing Research* 30(6): 653-672.
- RIVM (2012). <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/depressie>.
- Ruiter, M., Havinga, van der. A. (2012). *Training 'signaleren en verwijzen bij depressieve klachten'. Evaluatieverslag*. Utrecht, Trimbos-instituut.
- Ruiter, M., Sinnema, H., Lindt, van de. S. (2008). *Signaleren en screenen depressiepreventie door Beroepsgroepen. Eindverslag versie 1.0*. Utrecht, Trimbos-instituut): partnership depressiepreventie.

van Rijswijk, E., H. van Hout, et al. (2009). "Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study." *Bmc Family Practice* 10.

Schutgens, C.A.E. & Molleman, G.R.M (2012). *Gezondheid in de regio Nijmegen. Regionaal gezondheidsprofiel 2011*. Nijmegen: GGD regio Nijmegen.

Trimbos (2011). Factsheet depressie. <http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/psychische-gezondheid/af/af1115-factsheet-preventie-van-depressie>

Trouw (2012). Depressie behandelen is duur, niets doen is duurder. (Persbericht).

VWS (2011). *Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij'*.

WHO (2013) http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/

Williams, N. L., Payne, S. (2003). "A qualitative study of clinical nurse specialists' views on depression in palliative care patients." *Palliative Medicine* 17: 334/338.

Correspondentie adres

Dr. G.R.M. Molleman
T: 024 329 71 38 | F: | E: gmolleman@ggd-nijmegen.nl

UMC St. Radboud
Eerstelijnsgeneeskunde
Postbus 9101
6500 HB NIJMEGEN

Bijlage 1. Brief voor respondenten

Datum 4 juli 2012
Ons kenmerk AMPHI
Onderwerp Groepsgesprek

Beste,

Wij hebben elkaar telefonisch gesproken in verband met uw deelname aan een groepsgesprek over het onderwerp: 'signalen van depressieve klachten bespreekbaar maken'. Bedankt dat u heeft aangegeven mee te willen praten. Als onderzoekers zijn wij erg geïnteresseerd hoe uw ervaringen zijn met betrekking tot dit onderwerp. De resultaten van de gesprekken zullen gebruikt worden om een scholing vorm te geven. Aan deze (gratis) scholing kunt u in het najaar deelnemen.

In de gemeente Heumen is vorig jaar met diverse Heumense organisaties besloten om te werken aan depressie preventie. Professionals gaven toen aan dat het bespreekbaar maken van depressieve klachten als lastig wordt ervaren. In dit onderzoek willen we hierop doorpraten en in kaart brengen hoe het bespreken van depressieve klachten wordt ervaren. Dit willen wij doen door eenmalig samen met u en ongeveer 6 - 8 andere, in Heumen werkzame personen, hierover te praten. Alle informatie die we verkrijgen uit het groepsgesprek zullen wij alleen gebruiken voor ons onderzoek. Uw naam zal in de verslaglegging niet worden genoemd.

Het groepsgesprek is gepland op **dinsdag 14 augustus van 18.45 - 21.00**. Waarschijnlijk zal het gesprek plaatsvinden het gemeentehuis in Malden. Een week voorafgaand aan het gesprek zullen wij telefonisch contact met u opnemen om de definitieve locatie door te geven en uw eventuele vragen te beantwoorden.

Heeft u nu al vragen? Dan kunt u ook zelf telefonisch contact opnemen met Mieke van der Biezen (06-51371748) of kunt u een e-mail sturen naar: mbiezen@ggd-nijmegen.nl.

Vriendelijke groeten,

namens de leden van de projectgroep 'signalen van depressieve klachten bespreekbaar maken':

Iris Klein Breteler,	projectleider kennisatelier eerste lijn
Nancy Stensen,	manager gezondheidscentrum de Kroonsteen en de Vuursteen
Anne van Doorn,	manager ZZG Zorggroep
Jolande Schever,	beleidsmedewerker afdeling Sociale leefbaarheid Gemeente Heumen
Nancy Albertz,	onderzoeker Integraal gezondheidsbeleid AMPHI
Mieke van der Biezen,	onderzoeker Integraal gezondheidsbeleid AMPHI

Bijlage 2. Gesprekshandleiding

Gesprekshandleiding

Centrale vraag focusgroep: Wat zijn barrières om niet plus gevoelens inzake somberheidsklachten of depressie bespreekbaar te maken?

Wat moet de focusgroep ons opleveren:

- Extra barrières in kaart brengen die nog niet vanuit de literatuur naar voren zijn gekomen (door het pingpongen)
- In kaart brengen wat de belangrijkste barrières zijn die een rol spelen bij onze specifieke onderzoeksgroep (middels de q-methodology)
- In kaart brengen wat die barrières precies inhouden (focusgesprek om diepgaandere informatie te krijgen)

Tijdsindeling

	Aantal minuten	Tijd focusgroep 1	Tijd focusgroep 2	Tijd focusgroep 3
1. Inleiding	10	19.15 - 19.25	12.30-12.40	12.30-12.40
2. Kennismaking	15	18.45 - 19.05	12.40-12.55	12.40-12.55
3. Casus / denk oefening	10	19.05 - 19.15	12.55-13.05	12.55-13.00
4. Ping pong	10	19.25 - 19.35	13.05-13.20	Overslaan
5. Pauze	10	19.35 - 19.45	13.20-13.30	Zie bij 6.
6. Q-methodology - kaartjes leggen	20	19.45 - 20.05	13.30-13.50	13.00-13.20 <i>Pauze 13.20-13.30</i>
- bespreken	30	20.05 - 20.50	13.50-14.20	13.30-14.20
7. Afsluiting	10	20.50 - 21.00	14.20-14.30	14.20-14.30

Praktische zaken vooraf:

- *Ruimte met ovale of ronde tafel met voldoende bewegingsruimte*
- *Bel alle deelnemers 1-2 weken voorafgaand aan de bijeenkomst (M)*
- *Stuur alle deelnemers een uitnodiging waar men hoe laat moet zijn (M)*
- *Nodig meer mensen uit dan je werkelijk nodig hebt*
- *Opname apparatuur + extra batterijen (M)*
- *Klok (N)*
- *Naambordjes en stiften voor deelnemers (M)*

0. Vooraf/binnenkomst (10 min)

- *Informeel kennismaking met een drankje en wat lekkers.*
- *Formulier met demografische gegevens laten invullen (M, N).*
- *Koppeling maken tussen respondentennummer en de adreslijst (N)*

Praktische zaken:

- o *Drankjes klaarzetten*
- o *Wat lekkers regelen*
- o *Formulieren met demografische gegevens meenemen*

1. Inleiding (10 min) Nancy

- Welkom heten
- Doel gesprek benoemen (in kaart brengen wat barrières/belemmeringen/weerstanden/ zijn als het gaat om het bespreekbaar maken van niet plus gevoelens inzake somberheidsklachten/depressie.
Veel mensen depressief of last van somberheid/depressieve klachten. In Heumen: 35% v.d. volwassenen en 33%[^] van de ouderen indicatie/verhoogde kans op angst en/of depressie. Wordt echter vaak niet (h)erkend, waardoor mensen geen of te laat behandeling ontvangen. toeleiding verloopt nog niet optimaal.
- Programma op flap-over laten zien (verwachtingsmanagement, evt. met tijdslijnen)
- Rol gespreksleider
 - Alle onderwerpen komen aan bod
 - Iedereen aan het woord
 - Mogelijkheid tot afkappen
- Notulen en opname
 - Alleen voor analyses
 - Er wordt niet gecommuniceerd wie wat heeft gezegd
- Graag open gesprek
- Foute antwoorden bestaan niet / verschillen zijn welkom. We willen juist jullie beleving weten
- Hoe specifieker, hoe meer leerervaringen
- Specifieke vragen na de sessie
- Huishoudelijke mededelingen
 - Telefoon uit
 - Tijd van pauze
 - Op tijd afronden

Praktische zaken om mee te nemen:

- o *Flap-over (zet programma alvast op flap 2 van de flap-over)*

2. Kennismaking (15 min) (Nancy)

- Kort: wie ben je, waar werk je, in welke functie

3. Casus / denk oefening (10 min) Nancy

- Doel om in het onderwerp te komen
- Casus wordt voorgelezen door ons en uitgedeeld.
- Er wordt niet gesproken, het is een gedachte oefening!
- Casus:

Mevrouw De Put is 78 jaar. Ze is sinds 3 jaar weduwe en woont zelfstandig. Ze heeft 2 zonen en een dochter, en 4 kleinkinderen. De kinderen wonen niet in de buurt maar wel komt elke week minstens één van de kinderen op bezoek.

Jij komt sinds een aantal maanden regelmatig bij haar thuis. Het klikt goed tussen jullie: mevrouw de Put houdt erg van kruiswoordpuzzels net als jij. Dus af en toe help je haar daar mee. Je kent mevrouw de Put als een rustige, tevreden vrouw die veel thuis is.

Sinds een tijdje merk je dat mevrouw de Put verandert. Ze is wat minder spraakzaam, maakt haar kruiswoordpuzzels niet meer en regelmatig is ze nog niet aangekleed als jij komt. Terwijl dit eerder wel het geval was. Soms zucht ze en maakt opmerkingen als 'voor mij hoeft het eigenlijk niet meer'. Je weet daar niet zo goed raad mee, en reageert er maar niet op.

Toen je gisteren weer eens bij haar was zag je dat ze haar eten niet had opgegeten. En dat was je eigenlijk al vaker opgevallen.

- Is dit herkenbaar voor iedereen?
- We gaan nu kort een denk oefening doen met deze casus. Ieder voor zich probeert zich in te leven.
 - Wat voor gevoelens roept dit bij je op vanuit je persoon?
 - Wat voor gevoelens roept dit bij je op vanuit je rol waarom je daar bent?

Praktische zaken om mee te nemen:

- *Flap-over (zet vragen eventueel alvast op het eerste papier van de flap)*
- *Stiften om mee te schrijven*
- *Uitgeprinte casus*

4. Pingpong (10 min) (Mieke)

- Zoals gezegd gaan we het vandaag hebben over het bespreekbaar maken van somberheidsklachten of depressieve gevoelens. Nu gaan we eerst in kaart brengen (op flap zetten):

Wat zijn redenen voor u om, wanneer u bepaalde dingen hebt gezien, of u hebt een bepaald gevoel, om daar dan wel of niet iets mee te doen

- Met zijn tweeën naast elkaar krijgen jullie memoblaadjes. Om de beurt schrijf je op een nieuw memoblaadje op wat voor jou belemmeringen zijn. Over en weer dus. Hiervoor hebben we 5 minuten.

- Deze memoblaadjes plakken we op de muur.
Het is hierbij niet de bedoeling om er al uitgebreid op in te gaan, dat doen we na de pauze. Deze oefening is alleen bedoeld om alle aspecten op een rijtje te zetten.
 - Koppel 1 plakt zijn briefjes op de muur en zegt kort wat erop staat
 - Daarna wordt koppel 2 gevraagd of zij nog andere zaken aanvullend hadden en deze worden ook op de muur geplakt. Eenzelfde aspect hoeft nu dus niet nogmaals genoemd te worden. Als het koppel zelf vindt dat wat zij hadden anders is dan wat er staat, dan is dat zo. Geen discussie.
 - Etc.
- (Wanneer er bij focusgroep 2 nauwelijks nieuwe zaken naar voren zijn gekomen, hoeft dit pingpongen niet meer in focusgroep 3 gedaan te worden)

Praktische zaken om mee te nemen:

- *Memoblaadjes*
- *Pennen / stiften om mee te schrijven*

5. Pauze (10 min)

(zie bij 6)

6. Q-methodology (50 min)

- Inleiding
 - De vraag is: welke uitspraken vormen voor u de grootste belemmering om depressieve klachten bespreekbaar te maken? (dus: wat zijn voor u redenen om het **niet** bespreekbaar te maken?)
 - Op de kaartjes wordt gesproken over depressieve klachten. Het gaat er ook om wat belemmeringen zijn als je denk 'er klopt iets niet'.
 - Het gaat er niet om of je ergens in zijn algemeenheid mee eens bent (bijvoorbeeld te weinig tijd) maar dat statement je daadwerkelijk het meeste belemmert om het gesprek aan te gaan.
- Uitleg van q-methodology (+ uitvoer, 20 min)
 - Iedereen krijgt de enveloppe met kaartjes met statements en de formulieren.
 - Stap 1. Bekijk de kaartjes
 - Stap 2. Ieder maakt individueel 2 stapels. Minst belangrijk en zeer belangrijk
 - Stap 3. Plenair wordt samen gekeken of er zaken op de memoblaadjes zijn gezet die niet op de kaartjes staan. De groep bepaalt zelf of iets anders is. Geen discussie.
 - Stap 4. Aanvullende kaartjes worden ingevuld en aan iedereen gegeven.
 - Stap 5. Pak de stapel met de zeer belangrijke statements. Kies hiervan weer de 5 meest belangrijke. Leg alleen de 5 meest belangrijke kaartjes in volgorde van belang (meest zeer belangrijk - minst zeer belangrijk). Schrijf de nummers in de vakjes.

Praktische zaken om mee te nemen:

- *Koffie thee en /of andere dranken*
- *Fruit / chocolade o.i.d.*

- **Bespreken van de kaartjes (30 min)**
 - Op de flap-over wordt van ieder de top 5 van meest belangrijk ingevuld (alleen de nummers)
 - Er wordt gekeken welke nummers het meeste zijn genoemd
 - De top 3 (dat staat nog vrij) wordt op een flap-over geschreven
 - Voor ieder punt staat 10 minuten bespreektijd
 - Vragen:
 - Wie heeft hier ervaring mee?
 - Wat is hierin belangrijk?
 - Wat zijn positieve en negatieve ervaringen hiermee?
 - Wat zijn jullie verwachtingen? Hoe zou je het graag willen? Wat wil je leren?
 - Tips voor doorvragen:**
 - Wat maakt dat... (dit moeilijk is voor jou)
 - Waar merk je aan...(dat het een taboe is voor patiënten om hierover te spreken)
 - Kun je een voorbeeld geven...

 - Vragen die gericht zijn op een meer ideale toekomst**
 - Wat zou je helpen...(om dit in de toekomst wel te kunnen)
 - Wat is nodig...
 - Wat heb jij nodig...
 - Wat zou er voor zorgen (dat jij dit wel ter sprake zou brengen)\
 - Wat zou er moeten veranderen (voordat jij wel...)

Praktische zaken om mee te nemen:

- *Enveloppe met kaartjes met statements (bij iedere focusgroep wordt begonnen met de volledige (aangevulde) set van de vorige keer)*
- *" " met formulieren van meest belangrijk tot niet zo belangrijk (met respondent nummer erop)*
- *Lege kaartjes om in te vullen en een leeg formulier*

Overzicht statements:

- 1) Ik vind dat ik te weinig tijd heb
- 2) Ik vind dat ik te weinig kennis heb over hoe depressieve klachten verlopen
- 3) Ik vind dat ik te weinig kennis heb over de gevolgen van depressieve klachten
- 4) Ik vind vaak dat de focus van het contact anders is, oftewel: Ik kom voor iets anders
- 5) Ik vind dat ik te weinig vaardigheden heb ('Hoe moet ik dit aanpakken')
- 6) Ik vind dat er geen of onvoldoende verwijsmogelijkheden zijn
- 7) Ik vind het moeilijk om verwijsmogelijkheden te vinden
- 8) Ik vind het verwijsaanbod niet gegarandeerd (bijvoorbeeld door wachtlijsten)
- 9) Ik vind dat ik de symptomen van depressieve klachten niet voldoende ken
- 10) Ik vind de follow-up en samenwerking inadequaat
- 11) Ik vind dat patiënten het vaak als een taboe ervaren om over dit onderwerp te praten
- 12) Ik vind het een taboe om over dit onderwerp te praten
- 13) Ik vind het moeilijk om bij cliënten de indruk te wekken dat ze hulp nodig hebben
- 14) Ik vind het een belemmering omdat er vaak anderen aanwezig zijn
- 15) Ik voel mij er ongemakkelijk bij
- 16) Ik vind dat ik onvoldoende scholing heb gehad over dit onderwerp
- 17) Ik heb angst voor weerstand bij de patiënt
- 18) Ik vind dat er gebrek is aan goede hulpinstrumenten zoals een screeningslijst of signaleringsinstrument
- 19) Ik vind dat ik een te hoge workload heb
- 20) Ik vind dat ik geen mogelijkheid heb om advies bij anderen in te winnen
- 21) De kosten die komen kijken na doorverwijzing ervaar ik als een belemmering om het gesprek aan te gaan

Aanvullingen focusgroep 1:

22. De persoon wil niet meewerken
23. Te groot leeftijdsverschil tussen mij en de betreffende persoon
24. Ik heb de veronderstelling dat anderen het al besproken hebben
25. Het komt te dichtbij
26. De patiënt heeft geen netwerk waar ik kan polsen of ik het bij het juiste eind heb
27. Ik vind dat er geen goede klik is
28. Ik vind de intensiteit van het contact te laag
29. Ik vind dat ik er nog maar te kort kom
30. Ik kan het er niet bij hebben

Aanvullingen focusgroep 2:

31. te grote afstand tot naasten
32. ik wil het vertrouwen niet schaden
33. Als de EVV'er al een vertrouwensrelatie heeft (dan kan deze het oppakken)
34. De betreffende persoon gaat me mogelijk claimen in de toekomst

7. Afsluiting (10 min)

- Enkele conclusies
- Afsluiting: 'we hebben nu de belangrijkste barrières in kaart gebracht. In Heumen wil een aantal organisaties iets gaan doen om deze barrières weg te nemen. Als u 1 minuut krijgt om uw coördinator of manager te adviseren hierover, wat zou u dan aanbevelen? Schrijf eerst op een blaadje en licht dan in de groep toe.
- Vervolgstappen
 - Ieder krijgt eind augustus opnieuw alle kaartjes en maakt opnieuw een top. De resultaten gaan naar de GGZ, zij gaan hier een scholing op baseren
- Feedback van deelnemers
- Presentje

Praktische zaken om mee te nemen:

- *Toegang tot kopieermachine voor kopieën van invullijst q-methodology*
- *Presentje (bloemetje o.i.d.?)*

Taakverdeling

Gespreksleider: Voert gesprek

Tweede gespreksleider/ notulist: staat bij flap-over

Bijlage 3. Overzichtstabellen resultaten Q-methodology

Uitkomsten kaartjes in volgorde van rangorde

(plek 1: 5 pnt; plek 2: 4 pnt; plek 3: 3 pnt; plek 4: 2 pnt; plek 5: 1pnt)

Totale groep	Aantal keren genoemd	Rangorde
22. De persoon wil niet meewerken	7	27
2. Ik vind dat ik te weinig kennis heb over hoe depressieve klachten verlopen	6	24
32. ik wil het vertrouwen niet schaden	6	22
5. Ik vind dat ik te weinig vaardigheden heb ('Hoe moet ik dit aanpakken')	6	16
9. Ik vind dat ik de symptomen van depressieve klachten niet voldoende ken	4	14
29. Ik vind dat ik er nog maar te kort kom	7	14
13. Ik vind het moeilijk om bij cliënten de indruk te wekken dat ze hulp nodig hebben	3	12
14. Ik vind het een belemmering omdat er vaak anderen aanwezig zijn	4	12
11. Ik vind dat patiënten het vaak als een taboe ervaren om over dit onderwerp te praten	4	11
16. Ik vind dat ik onvoldoende scholing heb gehad over dit onderwerp	3	11
18. Ik vind dat er gebrek is aan goede hulpinstrumenten zoals een screeningslijst of signaleringsinstrument	4	11
23. Te groot leeftijdstijdsverschil tussen mij en de betreffende persoon	3	11
30. Ik kan het er niet bij hebben	3	9
1. Ik vind dat ik te weinig tijd heb	2	8
3. Ik vind dat ik te weinig kennis heb over de gevolgen van depressieve klachten	3	8
34. De betreffende persoon gaat me mogelijk claimen in de toekomst	3	8
12. Ik vind het een taboe om over dit onderwerp te praten	2	7
27. Ik vind dat er geen goede klik is	3	7
33. Als de EVV'er al een vertrouwensrelatie heeft (dan kan deze het oppakken)	2	7
4. Ik vind vaak dat de focus van het contact anders is, oftewel: Ik kom voor iets anders	3	6
10. Ik vind de follow-up en samenwerking inadequaat	2	6
17. Ik heb angst voor weerstand bij de patiënt	1	5
25. Het komt te dichtbij	3	5
8. Ik vind het verwijsaanbod niet gegarandeerd (bijvoorbeeld door wachtlijsten)	1	4
6. Ik vind dat er geen of onvoldoende verwijsmogelijkheden zijn	3	3
26. De patiënt heeft geen netwerk waar ik kan polsen of ik het bij het juiste eind heb	1	3
31. te grote afstand tot naasten	2	3
7. Ik vind het moeilijk om verwijsmogelijkheden te vinden	1	2
24. Ik heb de veronderstelling dat anderen het al besproken hebben	1	2
28. Ik vind de intensiteit van het contact te laag	2	2
15. Ik voel mij er ongemakkelijk bij	0	0
19. Ik vind dat ik een te hoge workload heb	0	0
20. Ik vind dat ik geen mogelijkheid heb om advies bij anderen in te winnen	0	0
21. De kosten die komen kijken na doorverwijzing ervaar ik als een belemmering om het gesprek aan te gaan	0	0

Vrijwilligers N=4	Aantal keren genoemd	rangorde
30. Ik kan het er niet bij hebben	3	9
10. Ik vind de follow-up en samenwerking inadequa	2	6
18. Ik vind dat er gebrek is aan goede hulpinstrumenten zoals een screeningslijst of signaleringsinstrument	2	6
16. Ik vind dat ik onvoldoende scholing heb gehad over dit onderwerp	1	5
17. Ik heb angst voor weerstand bij de patiënt	1	5
5. Ik vind dat ik te weinig vaardigheden heb ('Hoe moet ik dit aanpakken')	2	4
8. Ik vind het verwijstaanbod niet gegarandeerd (bijvoorbeeld door wachtlijsten)	1	4
9. Ik vind dat ik de symptomen van depressieve klachten niet voldoende ken	1	4
12. Ik vind het een taboe om over dit onderwerp te praten	1	4
22. De persoon wil niet meewerken	1	4
2. Ik vind dat ik te weinig kennis heb over hoe depressieve klachten verlopen	1	3
7. Ik vind het moeilijk om verwijsmogelijkheden te vinden	1	2
34. De betreffende persoon gaat me mogelijk claimen in de toekomst	1	2
6. Ik vind dat er geen of onvoldoende verwijsmogelijkheden zijn	1	1
25. Het komt te dichtbij	1	1
1. Ik vind dat ik te weinig tijd heb	0	0
3. Ik vind dat ik te weinig kennis heb over de gevolgen van depressieve klachten	0	0
4. Ik vind vaak dat de focus van het contact anders is, oftewel: Ik kom voor iets anders	0	0
11. Ik vind dat patiënten het vaak als een taboe ervaren om over dit onderwerp te praten	0	0
13. Ik vind het moeilijk om bij cliënten de indruk te wekken dat ze hulp nodig hebben	0	0
14. Ik vind het een belemmering omdat er vaak anderen aanwezig zijn	0	0
15. Ik voel mij er ongemakkelijk bij	0	0
19. Ik vind dat ik een te hoge workload heb	0	0
20. Ik vind dat ik geen mogelijkheid heb om advies bij anderen in te winnen	0	0
21. De kosten die komen kijken na doorverwijzing ervaar ik als een belemmering om het gesprek aan te gaan	0	0
23. Te groot leeftijdsverschil tussen mij en de betreffende persoon	0	0
24. Ik heb de veronderstelling dat anderen het al besproken hebben	0	0
26. De patiënt heeft geen netwerk waar ik kan polsen of ik het bij het juiste eind heb	0	0
27. Ik vind dat er geen goede klik is	0	0
28. Ik vind de intensiteit van het contact te laag	0	0
29. Ik vind dat ik er nog maar te kort kom	0	0
31. te grote afstand tot naasten	0	0
32. ik wil het vertrouwen niet schaden	0	0
33. Als de EVV'er al een vertrouwensrelatie heeft (dan kan deze het oppakken)	0	0

Huishoudelijk medewerkers N = 5	Aantal keren genoemd	Rangorde
2. Ik vind dat ik te weinig kennis heb over hoe depressieve klachten verlopen	4	16
32. ik wil het vertrouwen niet schaden	3	10
9. Ik vind dat ik de symptomen van depressieve klachten niet voldoende ken	2	9
16. Ik vind dat ik onvoldoende scholing heb gehad over dit onderwerp	2	6
34. De betreffende persoon gaat me mogelijk claimen in de toekomst	2	6
3. Ik vind dat ik te weinig kennis heb over de gevolgen van depressieve klachten	2	4
5. Ik vind dat ik te weinig vaardigheden heb ('Hoe moet ik dit aanpakken')	1	4
13. Ik vind het moeilijk om bij cliënten de indruk te wekken dat ze hulp nodig hebben	1	4
22. De persoon wil niet meewerken	1	3
26. De patiënt heeft geen netwerk waar ik kan polsen of ik het bij het juiste eind heb	1	3
27. Ik vind dat er geen goede klik is	1	3
4. Ik vind vaak dat de focus van het contact anders is, oftewel: Ik kom voor iets anders	1	2
24. Ik heb de veronderstelling dat anderen het al besproken hebben	1	2
29. Ik vind dat ik er nog maar te kort kom	2	2
6. Ik vind dat er geen of onvoldoende verwijsmogelijkheden zijn	1	1
1. Ik vind dat ik te weinig tijd heb	0	0
7. Ik vind het moeilijk om verwijsmogelijkheden te vinden	0	0
8. Ik vind het verwijsaanbod niet gegarandeerd (bijvoorbeeld door wachtlijsten)	0	0
10. Ik vind de follow-up en samenwerking inadequaat	0	0
11. Ik vind dat patiënten het vaak als een taboe ervaren om over dit onderwerp te praten	0	0
12. Ik vind het een taboe om over dit onderwerp te praten	0	0
14. Ik vind het een belemmering omdat er vaak anderen aanwezig zijn	0	0
15. Ik voel mij er ongemakkelijk bij	0	0
17. Ik heb angst voor weerstand bij de patiënt	0	0
18. Ik vind dat er gebrek is aan goede hulpinstrumenten zoals een screeningslijst of signaleringsinstrument	0	0
19. Ik vind dat ik een te hoge workload heb	0	0
20. Ik vind dat ik geen mogelijkheid heb om advies bij anderen in te winnen	0	0
21. De kosten die komen kijken na doorverwijzing ervaar ik als een belemmering om het gesprek aan te gaan	0	0
23. Te groot leeftijdsverschil tussen mij en de betreffende persoon	0	0
25. Het komt te dichtbij	0	0
28. Ik vind de intensiteit van het contact te laag	0	0
30. Ik kan het er niet bij hebben	0	0
31. te grote afstand tot naasten	0	0
33. Als de EVV'er al een vertrouwensrelatie heeft (dan kan deze het oppakken)	0	0

Vrijwilligers en huishoudelijk medewerkers N = 9	vrijwilligers	Huishoudelijk medewerkers	Totaal
2. Ik vind dat ik te weinig kennis heb over hoe depressieve klachten verlopen	3	16	19
9. Ik vind dat ik de symptomen van depressieve klachten niet voldoende ken	4	9	13
16. Ik vind dat ik onvoldoende scholing heb gehad over dit onderwerp	5	6	11
32. ik wil het vertrouwen niet schaden	0	10	10
30. Ik kan het er niet bij hebben	9	0	9
5. Ik vind dat ik te weinig vaardigheden heb ('Hoe moet ik dit aanpakken')	4	4	8
34. De betreffende persoon gaat me mogelijk claimen in de toekomst	2	6	8
22. De persoon wil niet meewerken	4	3	7
10. Ik vind de follow-up en samenwerking inadequaaf	6	0	6
18. Ik vind dat er gebrek is aan goede hulpinstrumenten zoals een screeningslijst of signaleringsinstrument	6	0	6
17. Ik heb angst voor weerstand bij de patiënt	5	0	5
3. Ik vind dat ik te weinig kennis heb over de gevolgen van depressieve klachten	0	4	4
8. Ik vind het verwijstaanbod niet gegarandeerd (bijvoorbeeld door wachtlijsten)	4	0	4
12. Ik vind het een taboe om over dit onderwerp te praten	4	0	4
13. Ik vind het moeilijk om bij cliënten de indruk te wekken dat ze hulp nodig hebben	0	4	4
26. De patiënt heeft geen netwerk waar ik kan polsen of ik het bij het juiste eind heb	0	3	3
27. Ik vind dat er geen goede klik is	0	3	3
4. Ik vind vaak dat de focus van het contact anders is, oftewel: Ik kom voor iets anders	0	2	2
6. Ik vind dat er geen of onvoldoende verwijsmogelijkheden zijn	1	1	2
7. Ik vind het moeilijk om verwijsmogelijkheden te vinden	2	0	2
24. Ik heb de veronderstelling dat anderen het al besproken hebben	0	2	2
29. Ik vind dat ik er nog maar te kort kom	0	2	2
25. Het komt te dichtbij	1	0	1
1. Ik vind dat ik te weinig tijd heb	0	0	0
11. Ik vind dat patiënten het vaak als een taboe ervaren om over dit onderwerp te praten	0	0	0
14. Ik vind het een belemmering omdat er vaak anderen aanwezig zijn	0	0	0
15. Ik voel mij er ongemakkelijk bij	0	0	0
19. Ik vind dat ik een te hoge workload heb	0	0	0
20. Ik vind dat ik geen mogelijkheid heb om advies bij anderen in te winnen	0	0	0
21. De kosten die komen kijken na doorverwijzing ervaar ik als een belemmering om het gesprek aan te gaan	0	0	0
23. Te groot leeftijdsverschil tussen mij en de betreffende persoon	0	0	0
28. Ik vind de intensiteit van het contact te laag	0	0	0
31. te grote afstand tot naasten	0	0	0
33. Als de EVV'er al een vertrouwensrelatie heeft (dan kan deze het oppakken)	0	0	0

verzorgende en verplegende N = 10	Aantal keren genoemd	Rangorde
22. De persoon wil niet meewerken	5	20
14. Ik vind het een belemmering omdat er vaak anderen aanwezig zijn	4	12
29. Ik vind dat ik er nog maar te kort kom	5	12
32. ik wil het vertrouwen niet schaden	3	12
11. Ik vind dat patiënten het vaak als een taboe ervaren om over dit onderwerp te praten	4	11
23. Te groot leeftijdsverschil tussen mij en de betreffende persoon	3	11
1. Ik vind dat ik te weinig tijd heb	2	8
5. Ik vind dat ik te weinig vaardigheden heb ('Hoe moet ik dit aanpakken')	3	8
13. Ik vind het moeilijk om bij cliënten de indruk te wekken dat ze hulp nodig hebben	2	8
28. Ik vind de intensiteit van het contact te laag	2	7
33. Als de EVV'er al een vertrouwensrelatie heeft (dan kan deze het oppakken)	2	7
2. Ik vind dat ik te weinig kennis heb over hoe depressieve klachten verlopen	1	5
18. Ik vind dat er gebrek is aan goede hulpinstrumenten zoals een screeningslijst of signaleringsinstrument	2	5
3. Ik vind dat ik te weinig kennis heb over de gevolgen van depressieve klachten	1	4
4. Ik vind vaak dat de focus van het contact anders is, oftewel: Ik kom voor iets anders	2	4
25. Het komt te dichtbij	2	4
27. Ik vind dat er geen goede klik is	2	4
12. Ik vind het een taboe om over dit onderwerp te praten	1	3
31. te grote afstand tot naasten	2	3
6. Ik vind dat er geen of onvoldoende verwijsmogelijkheden zijn	1	1
9. Ik vind dat ik de symptomen van depressieve klachten niet voldoende ken	1	1
7. Ik vind het moeilijk om verwijsmogelijkheden te vinden	0	0
8. Ik vind het verwijsaanbod niet gegarandeerd (bijvoorbeeld door wachtlijsten)	0	0
10. Ik vind de follow-up en samenwerking inadequaat	0	0
15. Ik voel mij er ongemakkelijk bij	0	0
16. Ik vind dat ik onvoldoende scholing heb gehad over dit onderwerp	0	0
17. Ik heb angst voor weerstand bij de patiënt	0	0
19. Ik vind dat ik een te hoge workload heb	0	0
20. Ik vind dat ik geen mogelijkheid heb om advies bij anderen in te winnen	0	0
21. De kosten die komen kijken na doorverwijzing ervaar ik als een belemmering om het gesprek aan te gaan	0	0
24. Ik heb de veronderstelling dat anderen het al besproken hebben	0	0
26. De patiënt heeft geen netwerk waar ik kan polsen of ik het bij het juiste eind heb	0	0
30. Ik kan het er niet bij hebben	0	0
34. De betreffende persoon gaat me mogelijk claimen in de toekomst	0	0