

Evaluatieverslag

Signalen van depressieve klachten bespreekbaar maken;

*Evaluatie bijscholing 'depressieve
klachten bespreekbaar maken'*

28 maart 2013

Mieke van der Biezen & Nancy Albertz

Beiden werkzaam bij Academische werkplaats AMPHI en GGD Regio Nijmegen

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. De resultaten van dit onderzoek zijn te vinden in het onderzoeksverslag 'Depressie bespreekbaar maken. Onderzoek naar barrières die professionals <HBO en vrijwilligers ervaren'. Vervolgens is op basis van de resultaten van dit onderzoek een scholing ontwikkeld die is geëvalueerd. De resultaten van deze evaluatie zijn weergegeven in dit rapport.

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

Samenvatting.....	4
Inleiding.....	5
Methode.....	7
Resultaten	9
Conclusie	12
Aanbevelingen.....	13
Literatuur.....	14
Correspondentie adres.....	15
Bijlage 1: Draaiboek scholing.....	16
Bijlage 2: Powerpoint bijscholing deel 1	18
Bijlage 3: Powerpoint bijscholing deel 2	23
Bijlage 4: Voormeting scholing	25
Bijlage 5: Nameting scholing	27

Samenvatting

In dit onderzoek is nagegaan in hoeverre een bijscholing, voor professionals lager opgeleid dan HBO niveau en vrijwilligers, barrières heeft verminderd om depressieve klachten bespreekbaar te maken. Deze bijscholing is ontwikkeld naar aanleiding van eerder onderzoek waarin de belangrijkste barrières om depressieve klachten bespreekbaar te maken in kaart zijn gebracht.

Respondenten kregen een vragenlijst met gesloten vragen waarop zij aangaven in hoeverre diverse barrières op hen van toepassing zijn. Deze vragenlijst hebben zij zowel voorafgaand als na afloop van de scholing ingevuld. In de nameting is tevens, middels open vragen, de kwaliteit van de scholing getoetst. De resultaten zijn onderzocht middels de Wilcoxon signed rank toets.

De resultaten laten significant gunstige effecten van de bijscholing zien op kennistekort. Er zijn geen verschillen waargenomen in de barrières die betrekking hebben op de relatie en vertrouwensband met de cliënt. Respondenten hebben de scholing als positief gewaardeerd, waarbij met name de rollenspellen en de herkenbaarheid tijdens de scholing als prettig werden ervaren. Respondenten hebben het leerzaam gevonden dat de bijscholing een bewustwordingsproces op gang heeft gebracht en dat zij nu weten dat, wanneer zij het gesprek met een cliënt aangaan, zij niet direct de oplossing hoeven te geven.

Aanbevolen kan worden om alle deelnemers aan de scholing tijd te geven ervaring op te doen in het bespreekbaar maken van depressieve klachten in de praktijk en hen na verloop van tijd een intervisie bijeenkomst aan te bieden.

Inleiding

In het voorjaar van 2012 is door ZonMw een subsidie toegekend aan de academische werkplaats AMPHI voor het onderzoek 'signalen van depressieve klachten bespreekbaar maken'. Aanleiding voor dit onderzoek was een praktijkvraag vanuit de gemeente Heumen. Zorgprofessionals en gemeente hebben naar aanleiding van een gemeenteanalyse bepaald dat de aanpak van depressie speerpunt is voor 2012. Hierop doorpratend heeft de projectgroep bestaande uit UMC St. Radboud, ZZG Zorggroep, Gezondheidscentrum de Kroonsteen, Gemeente Heumen en GGD Regio Nijmegen, besloten dit aan te pakken door te richten op twee pijlers: het in kaart brengen van verwijsmogelijkheden voor depressiepreventie en behandeling voor depressie enerzijds en het betrekken van zorgprofessionals bij het signaleren van depressieve klachten anderzijds. Wat betreft dit laatste kwamen er signalen vanuit de praktijk: vooral het bespreekbaar maken van (vermoeden van) depressie wordt als lastig ervaren.

Om deze reden is in de gemeente Heumen onderzoek gedaan naar barrières die bestaan rondom het bespreekbaar maken van depressieve klachten. In dit onderzoek zijn 20 personen middels focusgroepgesprekken ondervraagd. Dit onderzoek richtte zich op professionals met een opleiding lager dan HBO en op vrijwilligers uit de gemeente Heumen. Op basis van de gevonden barrières in de focusgroepen is een scholing voor dezelfde doelgroep ontwikkeld.

Dit verslag beschrijft de evaluatie van deze scholing en is verbonden aan het onderzoeksverslag 'Depressie bespreekbaar maken. Onderzoek naar barrières die professionals <HBO en vrijwilligers ervaren' rapport' (Albertz & Biezen, van der (2013)). In dit hoofdstuk wordt eerst kort ingegaan op de belangrijkste conclusies van dit laatste genoemde onderzoek.

Belangrijkste conclusies onderzoeksverslag

In de focusgroepen zijn twee zaken in kaart gebracht:

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

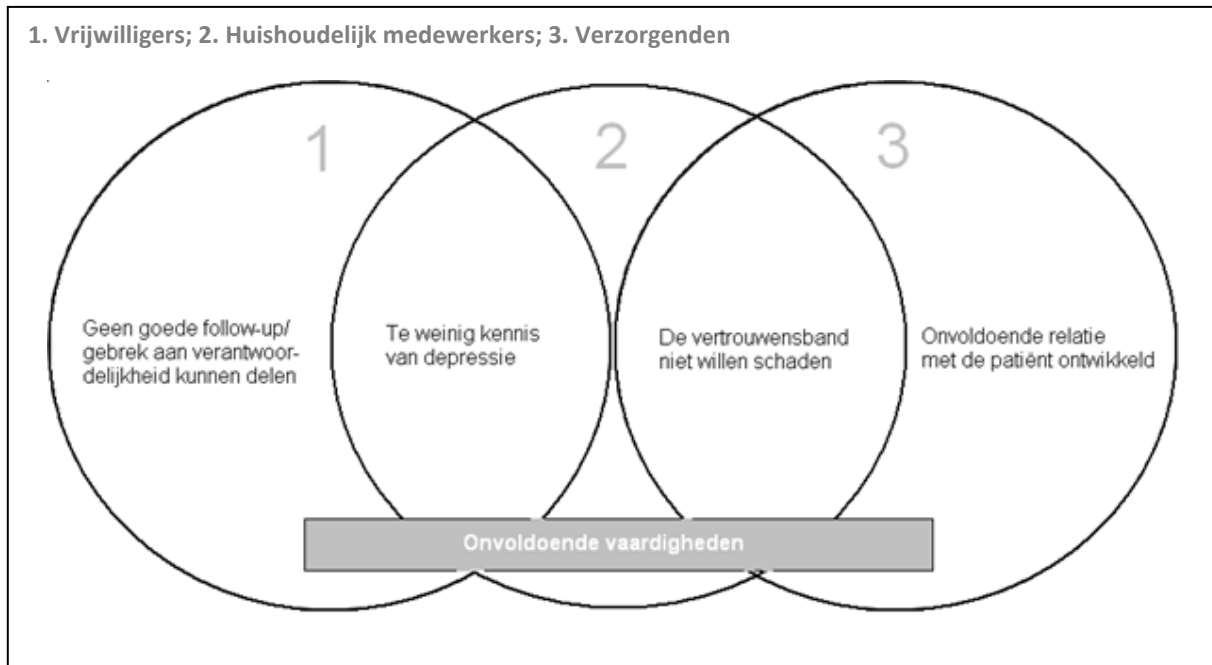
Tabel 1. laat de top 10 aan barrières van de gehele onderzoekspopulatie zien. Met name het gebrek aan kennis en vaardigheden wordt veelvuldig door de respondenten genoemd. Het is echter vooral het contact en de vertrouwensband die hen in de weg lijkt te zitten om het gesprek aan te gaan. Barrières op het gebied van verwijsmogelijkheid/follow up lijken minder belangrijk te zijn.

1	De persoon wil niet meewerken
2	ik wil het vertrouwen niet schaden
3	Ik vind dat ik te weinig kennis heb over hoe depressieve klachten verlopen
4	Ik vind dat ik te weinig vaardigheden heb ('Hoe moet ik dit aanpakken')
5	Ik vind dat ik er nog maar te kort kom
6	Ik vind dat ik de symptomen van depressieve klachten niet voldoende ken
7	Ik vind het een belemmering omdat er vaak anderen aanwezig zijn
8	Ik vind dat ik te weinig kennis heb over de gevolgen van depressieve klachten
9	Ik vind het moeilijk om bij cliënten de indruk te wekken dat ze hulp nodig hebben
10	Ik vind dat ik onvoldoende scholing heb gehad over dit onderwerp

Tabel 1: Top 10 barrières voor het bespreekbaar maken van depressieve klachten in de juiste rangorde.

Echter, er bleken grote verschillen te bestaan tussen respondentengroepen. Waar voor de vrijwilligers de meest belangrijke barrières kennis en gebrek aan goede follow-up bleken te zijn, zagen we bij de verzorgenden en verplegenden meer de nadruk op de rol van de vertrouwensband en relatie met de patiënt. De huishoudelijk medewerkers scoorden hier tussenin. Zij noemden tevens kennis en de

vertrouwensband als meest belangrijk. De vaardigheden om een gesprek aan te pakken werden door allen als belangrijke barrière gezien. In figuur 1 zijn de resultaten van de verschillende groepen schematisch weergegeven. De strikte scheiding tussen de beroepsgroepen moet met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd gezien de kleine onderzoeksgroep.



Figuur 1: Conclusies focusgroep uitgesplitst naar functie.

Opzet scholing

Voor de ontwikkeling van de scholing is Indigo betrokken. Zij bieden generalistische mentale zorg in o.a. de regio Nijmegen. Zij hebben zowel de scholing ontwikkeld als uitgevoerd (Koning & Tazelaar, 2012). De uitkomsten van de focusgroepen zijn als uitgangspunt voor de scholing genomen. Het draaiboek van de scholing is opgenomen in bijlage 1. Voor de scholing zijn zorgprofessionals met een opleiding lager dan HBO niveau en vrijwilligers uitgenodigd. Allen werkzaam in de gemeente Heumen. De scholing werd gegeven in twee dagdelen van 3 uur. Tussen de 2 dagdelen zat gemiddeld twee weken tijd.

Indigo heeft voor deze scholing de volgende doelstellingen geformuleerd:

Na de scholing weet de doelgroep...

- Wat depressie is en wat hieraan te doen is;
- wat de signalen van depressiviteit zijn en zijn ze in staat dit bij cliënten te herkennen;
- wat hun rol is in signaleren en staan ze stevig in deze rol;
- hoe om te gaan met cliënten met depressieve klachten;
- hoe een gesprek aan te gaan met cliënten over depressieve klachten;
- hoe een cliënt te adviseren over te nemen stappen;
- wat de grenzen van hun taak/beroep zijn;
- hoe om te gaan met de belemmeringen die hij/zij voelt om depressieve klachten bespreekbaar te maken.

Onderzoeksvragen

Voor dit onderzoek naar de effectiviteit van de scholing zijn drie onderzoeksvragen geformuleerd:

1. In hoeverre heeft de scholing bijgedragen aan het wegnemen / verminderen van de barrières zoals die zijn genoemd in de focusgroepen?
2. Hoe beoordelen de respondenten de kwaliteit van de scholing en wat hebben zij als meest belangrijk ervaren?
3. Wat hebben de respondenten nu nog nodig om depressieve klachten bij hun cliënten bespreekbaar te maken.

In dit verslag zal beschreven worden welke methode is gebruikt om de scholing te evalueren, welke resultaten dit heeft opgeleverd en welke conclusies hieruit getrokken kunnen worden.

Methode

Onderzoekspopulatie

In totaal hebben 34 personen deelgenomen aan tenminste één dag van de scholing 'depressieve klachten bespreekbaar maken'. Van deze deelnemers hebben 29 personen zowel aan de voormeting als aan de nameting meegedaan. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 53 jaar met een range van 18 tot 80 jaar. Onder de respondenten zijn 23 vrouwen en 6 mannen. Deze personen zijn allen werkzaam in de gemeente Heumen; tabel 2 laat zien bij welke organisaties de respondenten werkzaam zijn. Een kleine meerderheid van de respondenten is werkzaam als vrijwilliger. In tabel 3 zijn alle respondenten uitgesplitst naar functie.

<i>Organisatie</i>	<i>Aantal respondenten</i>
KBO	1
Zonnebloem	2
Kerk	4
Humanitas	3
BOS (gemeente Heumen)	3
Woningadviseur	2
Buddyzorg	1
PKN (Protestantse Gemeente)	2
Malderburch	3
ZZG (Zorggroep Zuid Gelderland)	10
Axxicom	3
Verian	1

Tabel 2: Organisaties waar respondenten werkzaam zijn (sommige respondenten zijn bij meer dan 1 organisatie werkzaam)

<i>Functie</i>	<i>Aantal respondenten</i>
Vrijwilliger totaal	16
Professional totaal; waarvan:	13
Verzorgende niveau 2	2
Verzorgende niveau 3	6
Verplegende 3 IG	2
Verplegende	1
Medewerker dagverzorging	1

Tabel 3: Functie respondenten

Het aantal jaren werkervaring in een soortgelijke functie loopt uiteen van 6 weken tot 29 jaar. Zeven respondenten hebben in de afgelopen 3 jaar een training of bijscholing gehad naar het signaleren en/of bespreekbaar maken van depressieve klachten.

Onderzoekstechnieken

Om het effect van de scholing te meten is gebruik gemaakt van een schriftelijke vragenlijst met zowel open als gesloten vragen. De meting bestond uit 2 meetmomenten. De eerste voor aanvang van de eerste scholingsdag en de tweede aan het einde van de laatste scholingsdag.

De gesloten vragen zijn opgesteld om inzicht te krijgen in hoeverre de scholing heeft bijgedragen aan het verminderen van de belangrijkste barrières uit de focusgroepen. De top 5 aan barrières van de 3 verschillende groepen zijn opgenomen in de vraagstelling. De volgende barrières zijn in de meting meegenomen:

- Ik kan het er niet bij hebben
- Ik vind de follow-up en samenwerking met anderen inadequaaf
- Ik vind dat er gebrek is aan goede hulpinstrumenten zoals een screeningslijst of signaleringsinstrument
- Ik vind dat ik onvoldoende scholing heb gehad over dit onderwerp
- Ik heb angst voor weerstand bij de patiënt
- Ik vind dat ik te weinig kennis heb over hoe depressieve klachten verlopen
- Ik wil het vertrouwen niet schaden
- De betreffende persoon gaat me mogelijk claimen in de toekomst
- Ik vind het een belemmering omdat er vaak anderen aanwezig zijn
- Ik vind dat ik er nog maar te kort kom
- Ik vind dat patiënten het vaak als een taboe ervaren om over dit onderwerp te praten

Middels een 4-punt likert schaal is de respondenten gevraagd aan te geven in hoeverre de barrières op hen van toepassing zijn. De respondenten konden kiezen uit de volgende antwoord mogelijkheden: Erg op mij van toepassing om het gesprek niet aan te gaan; Beetje op mij van toepassing om het gesprek niet aan te gaan; Niet zo op mij van toepassing om het gesprek niet aan te gaan en Helemaal niet op mij van toepassing om het gesprek niet aan te gaan. In de nameting is dit wederom op dezelfde manier gevraagd. De antwoorden zijn middels de Wilcoxon signed-rank test met elkaar vergeleken. Gekeken is in hoeverre de antwoorden op de voormeting significant verschil hadden met de antwoorden op de nameting. De Wilcoxon signed rank toets is een niet-parametrische toets voor het vergelijken van een (semi-)continue variabele tussen twee gepaarde groepen. Gezien de relatief kleine groep respondenten is gekozen voor een test die niet normaal verdeelde data veronderstelt. Daarnaast is deze toets te gebruiken voor data op ordinaal meetniveau.

In de nameting zijn aan de respondenten tevens open vragen voorgelegd. Deze vragen geven verdieping aan de evaluatie van de scholing door respondenten ruimte te geven voor eigen ervaringen en belevingen. De open vragen toetsen op de kwaliteit van de scholing en wat respondenten aangeven nog nodig te hebben. De volgende vragen zijn aan de respondenten voorgelegd:

1. Welk cijfer geeft u deze scholing (1-10)? Toelichting:
2. Het doel van deze scholing was: Verbeteren van signaleren en bespreekbaar maken van depressie.
 - 2a) Heeft de scholing wat u betreft hieraan voldaan?
 - 2b) Welk onderdeel heeft voor u het meest hieraan bijgedragen?
3. Wat is het belangrijkste dat u hebt geleerd voor uw werkzaamheden in de nabije toekomst?
4. Hebt u iets gemist in de scholing? Zo ja, wat?
5. Wat hebt u nu nog nodig om het gesprek daadwerkelijk aan te gaan?

Resultaten

Aan de hand van de onderzoeksvragen zoals geformuleerd in de inleiding zullen de resultaten op de vragenlijsten besproken worden.

In hoeverre heeft de scholing bijgedragen aan het wegnemen / verminderen van de barrières zoals die zijn genoemd in de focusgroepen?

Resultaten uit de Wilcoxon signed rank toets laten zien dat er significante verschillen waar te nemen zijn tussen de voormeting en de nameting. De resultaten zijn weergegeven in tabel 4. Een hogere score is positiever, wat inhoudt dat de barrière minder op hen van toepassing is. De barrières: 'ik vind dat er gebrek is aan goede hulpinstrumenten zoals een screeningslijst of signaleringsinstrument', 'ik vind dat ik onvoldoende scholing heb gehad over dit onderwerp' en 'ik vind dat ik te weinig kennis heb over hoe depressieve klachten verlopen' zijn significant gestegen. Deze significante stijging houdt in dat de respondenten de betreffende barrières na afloop van de scholing minder op hen van toepassing vinden. Op andere barrières zijn geen significante resultaten gevonden. Enkele lijken zelfs nog wat verslechtert, maar gezien de betrouwbaarheidsinterval kunnen hier geen conclusies aan verbonden worden. Alsnog blijven de gemiddelde scores van sommige barrières erg laag en dus ongunstig.

Barrière	Gemiddelde score voormeting*	Gemiddelde score nameting*	<i>p</i>
Ik kan het er niet bij hebben	3,38	3,21	,305
Ik vind de follow-up en samenwerking met anderen inadequaet	3,00	3,10	,935
Ik vind dat er gebrek is aan goede hulpinstrumenten zoals een screeningslijst of signaleringsinstrument	2,26	2,81	,004**
Ik vind dat ik onvoldoende scholing heb gehad over dit onderwerp	1,90	2,86	,001**
Ik heb angst voor weerstand bij de patiënt	2,90	3,24	,118

Barrière	Gemiddelde score voormeting*	Gemiddelde score nameting*	p
Ik vind dat ik te weinig kennis heb over hoe depressieve klachten verlopen	2,14	2,86	,003**
ik wil het vertrouwen niet schaden	2,48	2,90	,173
De betreffende persoon gaat me mogelijk claimen in de toekomst	2,79	2,93	,378
Ik vind het een belemmering omdat er vaak anderen aanwezig zijn	3,14	2,76	,112
Ik vind dat ik er nog maar te kort kom	2,62	2,72	,670
Ik vind dat patiënten het vaak als een taboe ervaren om over dit onderwerp te praten	2,72	2,72	,957

*1 = Erg op mij van toepassing om het gesprek niet aan te gaan; 2 = Beetje op mij van toepassing om het gesprek niet aan te gaan; 3 = Niet zo op mij van toepassing om het gesprek niet aan te gaan; 4 = Helemaal niet op mij van toepassing om het gesprek niet aan te gaan

** Significant verschil voormeting ten opzichte van nameting

Tabel 4. Resultaten Wilcoxon signed rank toets

Hoe beoordelen de respondenten de kwaliteit van de scholing en wat hebben zij als meest belangrijk ervaren?

De scholing is door de deelnemers beoordeeld met gemiddeld een 7,8 met een spreiding van een 6 tot een 10. Niet alle respondenten hebben ook een toelichting op hun cijfer gegeven. De antwoorden zijn samengevat in clusters. Tevens zijn hieraan letterlijke citaten gehangen. Als toelichting van het door hun genoemde cijfer werd genoemd:

- Duidelijke uitleg (7x genoemd)
 - o 'Goede uitleg, duidelijk'
- Niet voldoende tijd (4x genoemd)
 - o 'Het bespreken van 'uitspelen van casussen' boeiend en leerzaam/ tijd vond ik te kort/ had dus langer gemogen'
 - o 'Goed, maar zou 1 extra dag prettiger vinden'
- Informatief (4x genoemd)
 - o 'Theoretisch heb ik er het e.e.a. van opgestoken / duidelijk + informatief en ondersteund door PowerPoint'
- Herkenbaar (3x genoemd)
 - o 'Goed voorbereid en herkenbaar'
- Handvatten gekregen (3x genoemd)
 - o 'Erg veel informatie en handvatten gekregen'
- Wisten veel al (1x genoemd)
 - o 'Ik heb er iets van geleerd en ook weer niet want veel dingen wisten we al maar de oplossingen heb ik veel aan'

Aan de respondenten is de vraag voorgelegd of de scholing het doel (verbeteren van signaleren en bespreekbaar maken van depressie) behaald heeft. Hierop hebben 24 respondenten 'ja' geantwoord. Eén respondent gaf aan 'ik denk het wel' en één respondent 'redelijk tot goed'. In de toelichting kunnen wederom verschillende clusters worden onderscheiden:

- Handvatten gekregen (5x genoemd)
 - o 'Je hebt handvatten nu, om erover te beginnen en evt. door te spelen naar hoger hand'
 - o 'Ik weet nog gerichter waar ik op moet letten'
- Bespreekbaar maken van depressie (4x genoemd)
 - o 'Ik hoop nu beter een gesprek te kunnen gaan voeren'
 - o 'Ik ben bewuster geworden om 'de openingen' te zoeken'
- Behoeft nog praktijk ervaring (3x genoemd)
 - o 'Ik heb het nog niet meegemaakt, dat moet je toch in de praktijk ervaren'
- Oplossingen / valkuilen (3x genoemd)
 - o 'Vooral het doorvragen, te snel oplossingen willen bedenken'
 - o 'Vooral de oplossingen heb ik wat aan anders gaan we voor de mensen denken'
- Herkenbaarheid (2x genoemd)
- Eigen grenzen aangeven (2x genoemd)
 - o 'Je eigen grenzen herkenbaar maken'

Aan de respondenten is gevraagd welk onderdeel voor hen het meeste heeft bijgedragen aan het behalen van het doel van de scholing. De volgende onderdelen zijn hierbij genoemd:

- Rollenspel (11x genoemd)
 - o 'Geeft inzicht hoe je op iets kunt reageren'
 - o 'Denken de andere collega's met je mee en daar heb je ook veel aan'
- Bespreekbaar maken (4x genoemd)
 - o 'Het blijft aftasten, in hoever je dit kunt doen, maar ik ga het nu toch aan!'
- Alles (3x genoemd)
 - o 'Fijn de hand-out om het thuis nog eens na te lezen'
- Signalen herkennen (3x genoemd)
- Theorie (3x genoemd)
 - o 'Scheiding tussen somber, depressief of echte dip'
- Verstandshouding tot cliënt (2x genoemd)
- Do's en don't (1x genoemd)
- Cliënt laten denken (1x genoemd)
- Doorvragen / lichaamshouding (1x genoemd)

Alle respondenten is gevraagd wat zij het belangrijkste vinden dat ze hebben geleerd voor hun werkzaamheden in de nabije toekomst. De antwoorden zijn onder te verdelen in 4 categorieën:

- Bespreekbaar maken (12x genoemd)
 - o 'Hoe je iemand kunt benaderen'
 - o 'tijd nemen om door te vragen'
 - o 'de manier van vragen stellen'
 - o 'lichaamshouding (gespreksvoering)'
- Signaleren (7x genoemd)
 - o 'Alert zijn in mijn werk'
 - o 'Hoe te signaleren, welke signalen de alarmbellen doen rinkelen'
- Grenzen bewaken (5x genoemd)
 - o 'Een goede 'redder' te zijn, maar ook binnen mijn eigen grenzen te blijven'
 - o 'Dat je niet het slachtoffer wordt'
 - o 'uit de 'redder' rol te stappen'

- Niet willen oplossen (4x genoemd)
 - o 'niet voor anderen invullen'
 - o 'proberen om erover te praten en goed te luisteren en net denken dat ik het kan oplossen'

Wat hebben de respondenten nu nog nodig om depressieve klachten bij hun cliënten bespreekbaar te maken?

Op de vraag of de deelnemers wat hebben gemist in de scholing hebben 5 mensen antwoord gegeven. Zij gaven aan graag nog dieper in te gaan op grenzen bewaken; meer tijd om te oefenen en meer uitleg over een behandelplan.

Als laatste is de deelnemers gevraagd wat zij nog nodig hebben om het gesprek daadwerkelijk aan te gaan. De volgende punten zijn genoemd:

- Niets (6x genoemd)
 - o 'Niets, ben altijd het gesprek aangegaan'
 - o 'Niets, kwestie van doen lijkt mij!'
 - o 'Voel me steviger en zal niet schromen om het gesprek aan te gaan'
- Vertrouwen / durf (4x genoemd)
 - o 'Vertrouwen bij cliënt en in jezelf'
 - o 'De moed om met anderen in gesprek te gaan'
- Oefening (3x genoemd)
 - o 'Als je het ziet doordat je er iedere week komt zul je toch een keer bespreekbaar moeten maken'
 - o 'Meer ervaring'
- Tijd (2x genoemd)
 - o 'Rust en ruimtes geven in de gesprekken'
- Gevoel inleven (2x genoemd)
 - o 'Open staan voor de ander'
 - o 'Empathisch vermogen'
- De wil van de cliënt (1x genoemd)
- Het probleem(1x genoemd)
- Theorie (1x genoemd)
 - o 'Meer achtergrondinformatie (bv. verschenen handboeken) of laatste ontwikkelingen'

Conclusie

Gekeken naar de belangrijkste barrières genoemd door de professionals en de vrijwilligers heeft de scholing significante verschillen opgeleverd bij het kennistekort dat tijdens de focusgroepen met name werd genoemd door de huishoudelijk medewerkers en de vrijwilligers. Toch lijkt gezien de gemiddelde scores de barrière van kennistekort nog steeds voor de respondenten het meest van toepassing te zijn op hun redenen om het gesprek niet aan te gaan.

Er zijn geen verschillen waargenomen in de barrières die gaan over de relatie en vertrouwensband met een cliënt. Na de scholing wordt nog steeds ongunstig gescoord op de barrières: 'ik kom er nog maar te kort' en 'ik wil het vertrouwen niet schaden' welke tijdens de focusgroepen vooral op de huishoudelijk medewerkers van toepassing waren. Deze ongunstige score geldt tevens voor de barrières waarbij de respondenten het vooral buiten zichzelf zoeken: 'ik vind het een belemmering omdat er vaak anderen aanwezig zijn' en 'ik vind dat patiënten het vaak als een taboe ervaren om over dit onderwerp te praten'. Met name de verzorgenden en verplegende gaven dit aan als belangrijke barrières. In aansluiting op deze laatste barrière bleek volgens de cursusleider dat de

deelnemers het zelf juist ook vaak als een taboe ervaren, iets wat niet uit de focusgroepen is gekomen.

Deelnemers hebben de scholing zelf als erg positief gewaardeerd. Vooral de rollenspellen werden als zeer prettig ervaren. Daarnaast werd de herkenbaarheid vaak genoemd als positief punt. De respondenten geven zelf aan het meeste gehad te hebben aan de handvatten die ze gekregen hebben om een gesprek aan te gaan en een ingang te vinden. Voor veel respondenten was het een eye opener om dieper in te gaan op gesprekstechnieken en zich ervan bewust te worden dat zij niet voor de cliënt de oplossing hoeven aan te dragen.

Aanbevelingen

De conclusie laat zien dat er in de scholing vooral is gewerkt aan kennistekort en vaardigheden, maar geen verschillen zijn opgetreden in de angst voor het aantasten van de relatie met de cliënt.

Verschillende zaken kunnen hierin mogelijk een rol spelen:

- Scholing is niet het juiste instrument om deze barrière te verminderen
- Deelnemers hebben nog niet kunnen oefenen voordat de nameting heeft plaatsgevonden.
- Het feit dat we met een kleine onderzoeksgroep te maken hebben, kan het moeilijker zijn om resultaten te vinden.

Gezien de tijdsdruk is ervoor gekozen om de nameting direct na de tweede scholingsdag te doen. Om resultaten op lange termijn te toetsen zou een nameting na een langere periode wenselijk zijn. Dan is pas te meten of deelnemers werkelijk wat met de informatie hebben gedaan; of de kennis is blijven hangen en of oefening en de handvatten die ze hebben gekregen wat hebben gedaan in hun vertrouwen om het gesprek aan te gaan zonder angst om de relatie met de cliënt te beschadigen.

Wellicht dat scholing te theoretisch is en teveel gericht op kennis en vaardigheden om deze barrières te verminderen. Aanbeveling zou zijn om alle deelnemers aan de scholing te laten oefenen in de praktijk en na verloop van tijd een intervisie bijeenkomst aan te bieden. Intervisie kan bijdragen aan het vertrouwen krijgen om het gesprek aan te gaan. Het geeft opening om gevoelens en problematische vraagstukken met elkaar te bespreken.

Literatuur

Albertz, N., & Biezen, van der, M. (2013). Signalen van depressieve klachten bespreekbaar maken; Onderzoek naar barrières die professionals <HBO en vrijwilligers ervaren. Onderzoeksverslag. Academische Werkplaats AMPHI.

Koning, de, D. & Tazelaar, A. (2012). Draaiboek 'Signalering en bespreekbaar maken depressieve klachten'. Indigo Nijmegen.

Correspondentie adres

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

UMC St. Radboud
Eerstelijngeneeskunde
Postbus 9101
6500 HB NIJMEGEN

Bijlage 1: Draaiboek scholing

Doelgroep:

3 groepen van 10 á 20 personen:

- vrijwilligers (KBO, Zonnebloem, Rode Kruis e.d.),
- huishoudelijk medewerkers (Axxicom),
- verzorgenden en verpleegkundigen (ZZG, niveau 1 t/m 4).

Doelstelling:

Na de scholing weet de doelgroep:

- wat depressie is en wat hieraan te doen is;
- de signalen van depressiviteit en zijn ze in staat dit bij cliënten te herkennen;
- wat hun rol is in signaleren en staan ze stevig in deze rol;
- hoe om te gaan met cliënten met depressieve klachten;
- hoe ze een gesprek aangaan met cliënten over depressieve klachten;
- hoe een cliënt te adviseren over te nemen stappen;
- wat de grenzen van hun taak/beroep zijn;
- om te gaan met de belemmeringen die hij/zij voelt om depressieve klachten bespreekbaar te maken.

Programma/inhoud:

De scholing bestaat uit 2 bijeenkomsten van 2,5 uur.

Bijeenkomst 1:

Uitleg (via PowerPoint) en gesprek over:

- Het verschil tussen dip en depressie
- Wat is een depressie (klachten/kenmerken)
- Cijfers hoe vaak komt het voor
- Oorzaken, risico en beschermende factoren depressie
- Wat kan je eraan doen? Preventie, behandeling, medicatie
- Hoe werkt hulp, waar moet cliënt heen?
- Signaleren: welke signalen zijn er?
- Signaleren: wat signaleren lastig maakt
- Wat te doen met het signaal

Bijeenkomst 2:

- Omgaan met depressieve klachten:

Als je bij een cliënt depressieve klachten signaleert, wat doe je dan? Hoe ga je hiermee om?

Wat zijn de do's en de don'ts richting cliënt. Hoe maak je het bespreekbaar

(gespreksvaardigheden), welke taal geef je eraan.

Hoe zorg je ervoor dat je niet alleen met het signaal blijft zitten en dat jij er zelf last van gaat krijgen. Hoe bescherm je en zorg je goed voor jezelf?

- Belemmeringen in bespreekbaar maken:

Met de groep bespreken welke belemmeringen er uit het onderzoek gekomen zijn.

Herkennen jullie dit? Heeft de groep nog aanvullingen? Wat vinden ze zelf vooral het meest lastige in het bespreekbaar maken? Waar willen ze nog meer over weten?

Zijn er met de eerste bijeenkomst en het eerste gedeelte van de 2e bijeenkomst al belemmeringen weggenomen?

Welke belemmeringen blijven nog over? Waarom zijn dit belemmeringen? Hoe kan je dit aanpakken, hoe ga je daar tot nu toe mee om? Hier ook met elkaar over in discussie, elkaar tips geven.

- Rollenspellen en discussie:

3 soorten rollenspellen worden uitgespeeld aan de hand van casussen. Er zijn meerdere casussen per soort rollenspel. In de rollenspellen oefenen we met de eerder geleerde signalering, de do's en don'ts, de grenzen van je vak en de gespreksvaardigheden. Ook gaan we tijdens de rollenspellen met de eerder genoemde belemmeringen aan de slag. Rollenspel op:

1. Signaleren: hoe haal je signalen uit een verhaal/gesprek, wat benoemt iemand zelf? hoe link je bijv. de lichamelijke signalen aan psychische klachten? hoe ontdek je de wat meer verborgen signalen? hoe vraag je eventueel signalen uit?

2. Bespreekbaar maken: welke gespreksvaardigheden gebruik je en welke taal gebruik je om de klachten bespreekbaar te maken? Op welk moment maak je het bespreekbaar? hoe ga je om met de vertrouwensband, hoe gebruik je deze? Wat als er ontkenning/taboe is?

3. Verwijzen en verantwoordelijkheid: cliënt adviseren hulp te zoeken, uitleggen dat het goed te verhelpen is en bij wie ze terecht kunnen. Wat als de cliënt niet wil? Wat kan je zelf doen en wanneer schakel je iemand anders in?

Als theorie die we in kunnen zetten bij de uitleg in verschillende rollenspellen hebben we (afhankelijk van wat nodig is):

- de reddersdriehoek
- theorie over grenzen
- GGGG-model
- Roos van Leary

Per rollenspel nabespreken: Wat viel je op? Wat was het effect van de vragen? Wat liep er goed, welke do's heb je gezien? Wat zou eventueel nog anders kunnen, heb je ook don'ts gezien? Heeft hij/zij goed de grenzen van zijn vak in acht genomen en goed voor zichzelf gezorgd? Welke gespreksvaardigheden gebruik je?

- Afsluiten

Belang benadrukken van de rol van de vrijwilligers / verzorgenden-verpleegkundigen / thuishulpverleners in het signaleren van dit soort klachten en wat hiermee te doen. Maar belangrijk: jullie zijn geen psychologen/hulpverleners, weet dat ook van jezelf en houd de grenzen van je vak en je eigen draagkracht in de gaten.

We sluiten af met het herhalen van de belangrijkste thema's: signaleren, do's en don'ts, bespreekbaar maken en belemmeringen. Wat heb je geleerd?

Korte evaluatie

Bijlage 2: Powerpoint bijscholing deel 1

indigo> MENTALE ONDERSTEUNING
DIRECT EN DICHTBIJ

**Depressieve klachten:
Signaleren en bespreekbaar maken**



DIEKE DE KONING & ARNO TRIZELAAR Depressieve klachten / 1

Programma

2 bijeenkomsten, vandaag:

- Wat is depressie?
- Preventie & Behandeling
- Signaleren



indigo> DEPRESSIEVE KLACHTEN / 2

Wat is depressie?

Verskil tussen:

- Sombere bui / dip
- Depressieve klachten
- Depressie



Ik zit in een depressie
Hahaha! Het kan ook een dip zijn

Depressie is een ziekte waarbij de stemming ernstig verlaagd is

indigo> DEPRESSIEVE KLACHTEN / 3

Wat is depressie?

Vergeleken met somberheid is depressie:

- Heviger en langduriger
- Ernstig belemmerend voor het dagelijks functioneren
- Niet duidelijk te herleiden tot bepaalde omstandigheden

indigo> DEPRESSIEVE KLACHTEN / 4

Wat is depressie?

Klachten die altijd voorkomen (DSM IV):

- Sombere stemming of ervaren leegte
- Verlies van interesse en plezier in dingen
- De klachten verstoren het dagelijks functioneren en er is sprake van psychisch lijden

Grootste deel van de dag, (bijna) elke dag

indigo> DEPRESSIEVE KLACHTEN / 5

Wat is depressie?

Plus meerdere van deze klachten:

- Gevoel van waardeloosheid
- Schuldgevoelens
- Slaapproblemen (teveel of te weinig slapen)
- Problemen met eetlust (geen trek of juist veel eten) met gewichtsafname of toename
- Veel piekeren

indigo> DEPRESSIEVE KLACHTEN / 6

Wat is depressie?

Plus meerdere van deze klachten:

- Weinig energie, vermoeidheid
- Concentratieproblemen en/of besluiteloosheid
- Traagheid of onrust
- Terugkerende gedachten aan de dood of zelfdoding

indigo>

DEPRESSIEVE KLACHTEN / 7

Wat is depressie?

Andere voorkomende klachten bij depressie:

- Lichamelijke klachten
- Angst- en paniekgevoelens
- Prikkelbaarheid
- Vergeetachtigheid
- Verminderde seksuele lust
- Zichzelf afzonderen
- Veel huilen of niet kunnen huilen
- Hopeloosheid
- Psychotische belevingen

indigo>

DEPRESSIEVE KLACHTEN / 8

Wat is depressie?

Hoeveel % ouderen heeft vorm van depressie?

- 5-10 %
- 15-25 %
- 30-40 %

Bij wie komt depressie meer voor?

- Vrouwen
- Mannen

indigo>

DEPRESSIEVE KLACHTEN / 9

Wat is depressie?

Cijfers

- 2 tot 3% van de ouderen heeft een ernstige depressie; 15 tot 20 % een lichte vorm van depressie.
- Volwassenen: 13% mannen en 24% vrouwen heeft minstens éénmaal in het leven een depressie
- Ruim half miljoen volwassenen per jaar in NL
- Bij 400.000 mensen wordt depressie niet onderkend!

indigo>

DEPRESSIEVE KLACHTEN / 10

Wat is depressie?

Oorzaken

- De oorzaak is onbekend
- Niemand heeft schuld

Drie soorten oorzaken spelen een rol:

- Lichamelijke en biologische factoren
- Omgevingsfactoren en gebeurtenissen
- Psychische factoren

indigo>

DEPRESSIEVE KLACHTEN / 11

Wat is depressie?

Lichamelijke en biologische factoren

- Erfelijkheid
- Neurotransmitters
- Lichamelijke ziekten
- Bij ouderen: gebruik van bepaalde medicatie

indigo>

DEPRESSIEVE KLACHTEN / 12

Wat is depressie?

Omgevingsfactoren en gebeurtenissen

- Ingrijpende gebeurtenissen
- Sociale verandering
- Verleden

indigo>

DEPRESSIEVE KLACHTEN / 13

Wat is depressie?

Psychische factoren

- Persoonlijke eigenschappen
- Gevoel van controle
- Negatief denken

indigo>

DEPRESSIEVE KLACHTEN / 14

Wat is depressie?

Beschermende factoren

- Gevoel controle over eigen leven
- Zelfvertrouwen
- Lichamelijke gezondheid
- Voldoende lichaamsbeweging

indigo>

DEPRESSIEVE KLACHTEN / 15

Wat is depressie?

Beschermende factoren

- Deelnemen aan plezierige activiteiten
- Kennis van depressie en behandeling
- Sociale steun
- Maatschappelijke netwerken (vrijwilligerswerk, geloofsgemeenschap)

indigo>

DEPRESSIEVE KLACHTEN / 16

Preventie & Behandeling

Preventie:

- Bij lichte tot matige depressieve klachten
- Groepsgericht

Cursusaanbod:

- In de put, uit de put
- Voluit Leven
- Verder na partnerverlies
- Omgaan met depressie (voor omgeving)

indigo>

DEPRESSIEVE KLACHTEN / 17

Preventie & Behandeling

Behandeling

- Goed te behandelen
- Hulp zoeken gaat via de huisarts
- Stepped-care

indigo>

DEPRESSIEVE KLACHTEN / 18

Preventie & Behandeling

Voorbeelden behandeling

- Ondersteunende gesprekken, psycho-educatie
- Mindfulness
- Cognitieve gedragstherapie
- Running-therapie (hardlopen)
- Medicatie

indigo>

DEPRESSIEVE KLACHTEN / 19

Preventie & Behandeling

Beste behandeling bij ernstige depressie:
'Pillen en Praten'

Antidepressiva
+
Gesprekken
+
Doen

indigo>

DEPRESSIEVE KLACHTEN / 20

Preventie & Behandeling

Medicatie

- Meerdere soorten antidepressiva
- Werken op neurotransmitters
- Effect kost 2 à 4 weken
- Effect is afhankelijk van persoon
- Niet verslavend, wel bijwerkingen
- Langzaam afbouwen

indigo>

DEPRESSIEVE KLACHTEN / 21

Signaleren

- Na het bezoek ben je moe, leeggezogen
- Slechtere zelfzorg
- Sombere uitspraken
- Interessesverlies
- Klagen
- Alcoholmisbruik



indigo>

DEPRESSIEVE KLACHTEN / 22

Signaleren

Maar:

- Soms moeilijk herkenbaar
- Vlakke stemming blijft vaak verborgen
- Ouderen praten minder snel over gevoelens
- Verwarring met geheugenproblemen / dementie / rouw / eenzaamheid
- Vaker lichamelijke klachten
- Normale veroudering?
- Dus: ben alert!

indigo>

DEPRESSIEVE KLACHTEN / 23

Signaleren

En dan?

- Zorgen kenbaar maken aan betrokkene
- Adviseren contact huisarts
- Melden bij uw leidinggevende

indigo>

DEPRESSIEVE KLACHTEN / 24

Vragen?



indigo>

DEPRESSIEVE KLACHTEN / 25

Bijlage 3: Powerpoint bijscholing deel 2

indigo> MENTALE ONDERSTEUNING
DIRECT EN DICHTBIJ

**Depressieve klachten:
Signaleren en bespreekbaar maken**



AUTEUR & AUTEUR TITEL / 1

Programma

- Omgaan met depressieve klachten (do's en don'ts)
- Belemmeringen in bespreekbaar maken
- Oefenen rollenspellen:
 - signaleren
 - bespreekbaar maken
 - verantwoordelijkheid / verwijzen

indigo> TITEL / 2

Omgaan met depressieve klachten

Wel doen:

- Ga in gesprek: Hoe voelt u zich?
- Gevoelens laten uiten
- Structuur bieden
- Duidelijke afspraken maken
- Regelmatig bellen of op bezoek gaan
- Samen iets ondernemen
- Praten over leuke dingen (bijv. van vroeger)

indigo>

Omgaan met depressieve klachten

Wel doen:

- Luisteren (actief)
- Begrip tonen en aandacht geven zonder te willen opbeuren
- Gevoel geven op steun te kunnen rekenen
- Tempo respecteren
- Één ding tegelijk
- Doortastend: niet vragen maar doen

indigo>

Omgaan met depressieve klachten

Niet doen:

- Adviezen en goede raad (werkt averechts)
- Gevoelens wegpraten
- Verwijten over weinig energie
- Minimaliseren of overbeschermen
- Hoge eisen stellen
- Ruzie maken over wie gelijk heeft
- Irritatie persoonlijk opvatten

indigo>

Omgaan met depressieve klachten

Zorgen voor uzelf

- Zorg dat u zelf niet overbelast wordt
- Let op uw eigen beperkingen, blijf niet 'geven' tot je 'leeg' bent
- Laat u niet aansteken door het negatieve denken en de sombere stemming
- Zorg voor voldoende toenadering met behoud van afstand
- Respecteer de grenzen van je taak en functie

indigo>

Belemmeringen

Vrijwilligers:

- Te weinig 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

indigo>

Belemmeringen

Huishoudelijk medewerkers:

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

indigo>

Belemmeringen

Verzorgenden/verplegenden:

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

indigo>

Indigo

Indigo Gelderland

026 – 312 4483
info@indigogelderland.nl

indigo>

Bijlage 4: Voormeting scholing

Onderzoek Heumen:

Signaleren en bespreekbaar maken (vermoeden van) somberheid en depressie

Voormeting

Geslacht

- Vrouw
- Man

Leeftijd: . . jaar

Organisatie:

Bij deze organisatie bent u werkzaam als:

- Vrijwilliger
- Professional, nl als:
 - Huishoudelijke dienst
 - Verzorgende niveau 2
 - Verzorgende niveau 3
 - Verpleegkundige niveau 4
 - Anders, nl.....

Aantal jaren werkervaring in soortgelijke functie (of als vrijwilliger in soortgelijke functie):

Heeft u in de laatste 3 jaar een training, bijscholing of iets dergelijks gehad naar het signaleren en/ of bespreekbaar maken van sombere gevoelens, depressieve klachten?

- Nee
- Ja

Voor professionals en vrijwilligers kan het lastig zijn om onderwerpen zoals depressie en somberheid **bespreekbaar te maken** met de cliënt. Er kunnen verschillende redenen bestaan om het gesprek hierover niet aan te gaan met de cliënt. Deze barrières zullen voor iedereen anders zijn. Hieronder staan diverse redenen die kunnen gelden om het gesprek **niet** aan te gaan.

In hoeverre zijn onderstaande redenen op u van toepassing, als het gaat om het **niet bespreekbaar maken** van (vermoeden van) depressie?

	<i>Erg</i> op mij van toepassing om het gesprek niet aan te gaan	<i>Beetje</i> op mij van toepassing om het gesprek niet aan te gaan	<i>Niet zo</i> op mij van toepassing om het gesprek niet aan te gaan	<i>Helemaal niet</i> op mij van toepassing om het gesprek niet aan te gaan
Ik kan het er niet bij hebben				
Ik vind de follow-up en samenwerking inadequaaf				
Ik vind dat er gebrek is aan goede hulpinstrumenten zoals een screeningslijst of signaleringsinstrument				
Ik vind dat ik onvoldoende scholing heb gehad over dit onderwerp				
Ik heb angst voor weerstand bij de patiënt				
Ik vind dat ik te weinig kennis heb over hoe depressieve klachten verlopen				
ik wil het vertrouwen niet schaden				
De betreffende persoon gaat me mogelijk claimen in de toekomst				
Ik vind het een belemmering omdat er vaak anderen aanwezig zijn				
Ik vind dat ik er nog maar te kort kom				
Ik vind dat patiënten het vaak als een taboe ervaren om over dit onderwerp te praten				

Bijlage 5: Nameting scholing

Onderzoek Heumen:

Signaleren en bespreekbaar maken (vermoeden van) somberheid en depressie

Nameting

Voor professionals en vrijwilligers kan het lastig zijn om onderwerpen zoals depressie en somberheid **bespreekbaar te maken** met de cliënt. Er kunnen verschillende redenen bestaan om het gesprek hierover niet aan te gaan met de cliënt. Deze barrières zullen voor iedereen anders zijn. Hieronder staan diverse redenen die kunnen gelden om het gesprek **niet** aan te gaan.

In hoeverre zijn onderstaande redenen op u van toepassing, als het gaat om het **niet bespreekbaar maken** van (vermoeden van) depressie?

	<i>Erg</i> op mij van toepassing om het gesprek niet aan te gaan	<i>Beetje</i> op mij van toepassing om het gesprek niet aan te gaan	<i>Niet zo</i> op mij van toepassing om het gesprek niet aan te gaan	<i>Helemaal niet</i> op mij van toepassing om het gesprek niet aan te gaan
Ik kan het er niet bij hebben				
Ik vind de follow-up en samenwerking met anderen inadequaaf				
Ik vind dat er gebrek is aan goede hulpinstrumenten zoals een screeningslijst of signaleringsinstrument				
Ik vind dat ik onvoldoende scholing heb gehad over dit onderwerp				
Ik heb angst voor weerstand bij de patiënt				
Ik vind dat ik te weinig kennis heb over hoe depressieve klachten verlopen				
ik wil het vertrouwen niet schaden				
De betreffende persoon gaat me mogelijk claimen in de toekomst				
Ik vind het een belemmering omdat er vaak anderen aanwezig zijn				
Ik vind dat ik er nog maar te kort kom				
Ik vind dat patiënten het vaak als een taboe ervaren om over dit onderwerp te praten				

1) Welk cijfer geeft u deze scholing (1-10)?

Toelichting:

.....
.....
.....

2) Het doel van deze scholing was:

Verbeteren van signaleren en bespreekbaar maken van depressie.

2a) Heeft de scholing wat u betreft hieraan voldaan?

.....

Toelichting:

.....
.....
.....

2b) Welk onderdeel heeft voor u het meest hieraan bijgedragen?

.....

Toelichting:

.....
.....
.....

3) Wat is het belangrijkste dat u heeft geleerd voor uw werkzaamheden in de nabije toekomst?

.....

4) Heeft u iets gemist in de scholing? Zo ja, wat?

.....

5) Wat heeft u nu nog nodig om het gesprek daadwerkelijk aan te gaan?

.....
.....
.....

Andere opmerkingen:

.....
.....
.....

Hartelijk dank voor uw medewerking!

De onderzoekers:

Mieke v.d. Biezen
Nancy Albertz

In opdracht van Academische werkplaats AMPHI, eerstelijns geneeskunde UMC St. Radboud.