

De oorspronkelijke publicatie is verschenen in Psyche, het tijdschrift voor de GGZ en kan worden opgevraagd op www.vvvg.be/psyche.

De thuisverpleegkundige, een belangrijke partner in de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg.

Het komende decennium verwacht Vlaanderen een sterke toename van het aantal ouderen: de groep 65-plussers zal met zowat 20 procent groeien tot 1,35 miljoen. Deels hierdoor is er het afgelopen decennium ook een gestage stijging merkbaar van het aantal personen met chronische ziektes zoals lage rugproblemen, allergieën, hoge bloeddruk, artrose en nekproblemen. In 2008 kampte ongeveer 28 procent van de Vlamingen met een van deze aandoeningen. Deze chronische ziektes brengen echter niet alleen lichamelijke problemen met zich mee maar ook psychische problemen, in het bijzonder depressie.

Meer dan enkel het lichaam

Depressie heeft bij chronisch zieke patiënten een invloed op het ziekteverloop via verschillende processen, zowel rechtstreeks via psychofysiologische invloeden op pathogene mechanismen (bv. een rechtstreekse invloed bij diabetes, reuma, hartaandoeningen...) als onrechtstreeks via een invloed op gezondheidsgedrag en zelfmanagement. Omgekeerd heeft een chronische ziekte ook een invloed op depressie. Deze tweerichtingsrelatie leidt tot een negatieve spiraal die zowel een invloed heeft op de prognose van de chronische ziekte als op de depressieve klachten. Dit verhoogt de kans op negatieve evoluties en herval, verminderende therapietrouw, een toename van zorggebruik en medicatie en een verhoogd risico op hospitalisatie en sterfte.

Het is dan ook terecht en nodig dat er in toenemende mate aandacht is voor de geestelijke gezondheid van chronisch zieken en van ouderen in het algemeen. Zo wordt in het Vlaams Ouderenbeleidsplan 2010-2014 benadrukt dat ouderen een belangrijke en specifieke doelgroep zijn. Het helpen vrijwaren van hun psychische gezondheid is een taak waar alle betrokken zorgactoren met hun aanbod dienen toe bij te dragen. Het uitbouwen van een betere samenwerking en netwerking tussen ouderenzorg, thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg (GGZ) speelt daarin een cruciale rol. Verder zullen psychiatrische ziekenhuizen en de centra voor geestelijke gezondheidszorg met de invoering van zorgcircuits en zorgnetwerken een deel van hun budget kunnen aanwenden om het bestaande aanbod in de GGZ verder aan te passen. Het doel is om te streven naar zorg die niet alleen evenwichtig is, maar ook geïntegreerd in de maatschappij. Balanced care staat voor een brede waaier aan zorgvoorzieningen die samen alle zorg aanbieden die een patiënt nodig heeft. De focus van de zorg dient te liggen op de noden van de gebruikers. Dit vergt een "mobiele" zorg die kan aangeboden worden in de natuurlijke omgeving, waardoor opname en het negatieve impact ervan kan vermeden worden. Deze vermaatschappelijking van de zorg is een belangrijke stap naar een efficiëntere en meer kosteneffectieve GGZ, maar brengt ook een aantal uitdagingen met zich mee. Zo wordt er een meer actieve rol verwacht van actoren in de eerste lijn van de algemene gezondheidszorg. Deze zorgverstrekkers zijn goed opgeleid om medische handelingen te stellen en om de fysieke gezondheid van patiënten op te volgen. De meesten hebben echter minder vaardigheden of ervaring in het detecteren van risicopatiënten voor psychische problemen en om hen vervolgens ook te helpen.

Gezondheidszorg met oog voor de geest

Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG) onderzocht daarom de mogelijkheid om

professionals in de eerstelijnsgezondheidszorg meer in te schakelen in de vroegtijdige detectie, doorverwijzing en zorg voor mensen met psychische problemen. Eerdere studies toonden al aan dat ongeveer de helft van de patiënten met depressieve klachten in de eerste lijn niet wordt herkend en dat professionals zelf ook behoefte hebben aan begeleiding om aan de sociale noden van patiënten met depressieve klachten tegemoet te komen. Een belangrijke reden is echter niet alleen een (gebrek aan) kennis, ook een negatieve attitude ten aanzien van psychische problematiek speelt een rol. Zo blijkt dat verpleegkundigen in vergelijking met de algemene bevolking minder optimistisch zijn over de prognose en evolutie op langer termijn van depressie. Ze staan er echter wel positiever tegenover dan andere zorgverstrekkers zoals psychiaters, huisartsen en klinisch psychologen.

Er bestaan ondertussen al diverse interventies die zowel focussen op het veranderen van attitudes als op het verbeteren van kennis. Zo werd in Nederland bijvoorbeeld een training opgezet om verpleegkundigen van rust- en verzorgingstehuizen aan te leren om depressie beter te detecteren. De training bleek ervoor te zorgen dat meer depressieve klachten werden opgemerkt en bewoners die hiervoor een behandeling ondergingen, maakten een meer positieve evolutie door. Soortgelijke interventies voor huisartsen leidden tot een verhoogde kennis, een lichte stijging in het herkennen van psychische problemen en significant meer patiënten van wie de behandeling volgens de richtlijnen verliep. Ook in Vlaanderen bleek dat een actie-onderzoek bij Brugse huisartsen erin slaagde om hun eigen rol bij de detectie, diagnose en behandeling van depressie positief te beïnvloeden.

Minimale interventie voor (maximaal) resultaat?

Op basis van deze bemoedigende resultaten werd in het kader van een ruimere studie door SWVG beslist om een minimale interventie op te zetten, specifiek gericht op professionals in de eerstelijnsgezondheidszorg die op regelmatige basis contact hebben met chronisch zieke patiënten. In nauwe samenwerking met het Wit-Gele Kruis (WGK) van Antwerpen werd deze interventie daarom ontwikkeld voor hun thuisverpleegkundigen en –zorgkundigen en vervolgens lokaal geïmplementeerd. Hierbij werd beroep gedaan op de expertise van een stuurgroep binnen de organisatie en de eigenlijke uitwerking gebeurde in nauwe samenwerking met de stafmedewerker zorgbeleid. Het eindresultaat was een kortdurende training van een uur voor thuisverpleegkundigen en zorgkundigen die aandacht besteedde aan kennis van en attitudes ten opzichte van psychische problematiek. In het eerste deel werd vertrokken vanuit een vertrouwde context: de persoonlijke ervaringen van thuisverpleegkundigen met patiënten met psychische problemen. Interactief werden verschillende psychische problemen en courante psychofarmacologie besproken. Na dit ruime kader werd in het tweede deel vervolgens heel specifiek ingegaan op depressie, waarbij de trainingsmodule voor verpleegkundigen ‘Depressieve patiënten in het algemeen ziekenhuis’ als basis werd genomen. Zo werden de symptomen besproken, de verschillende vormen van depressie, de prevalentie en de comorbiditeit met lichamelijke ziektes. Daarna werd informatie gegeven over de behandelingsmogelijkheden en het concept van getrapte zorg (“stepped care”). Ten slotte werd de driedelige rol van de verpleegkundige in de aanpak van depressie besproken: 1) actief luisteren als vertrouwenspersoon, 2) signalen van depressie detecteren en bespreekbaar maken, en 3) de patiënt motiveren voor deskundige hulp. Tegelijk werd aandacht besteed aan het omgaan met depressieve klachten. Filmpjes met acteurs illustreerden goede en foute invullingen van de verschillende rollen en vormden de basis voor groepsdiscussies. Op het einde van de interventie volgde een korte samenvatting ter afronding.

Wit-Gele Kruis van Antwerpen doet de test

Drie regio's van het WGK van Antwerpen namen begin 2013 deel aan dit onderzoek: de regio Merksem (28 deelnemers), de regio Duffel-Waver (35 deelnemers) en de regio Geel (29 deelnemers). Daarnaast werden ook zes huisartsenkringen geïnformeerd, aangezien zij in deze regio's belangrijke partners zijn van het WGK van Antwerpen. In sommige gevallen werden Lokale Multidisciplinaire Netwerken, Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg, Lokale Kwaliteitskringen en Thuiszorgoverleg op aangeven van deze huisartsenkringen ook op de hoogte gebracht van de studie. Het onderzoek had een dubbele focus: enerzijds de attitudes en gepercipieerde competenties van thuisverpleegkundigen in kaart brengen, anderzijds de effecten van de interventie evalueren. Eerst werden hiervoor alle verpleegkundigen in de drie regio's bevraagd. Vervolgens kregen twee van de drie regio's (Merksem en Duffel-Waver) de kortdurende training en werd er aan de verpleegkundigen in alle drie de regio's gevraagd om hun patiënten proactief te screenen op depressieve klachten. Ten slotte werd er een expertpanel georganiseerd met een aantal betrokken verpleegkundigen en werden de stafmedewerker binnen het betrokken departement zorgbeleid en het dienststiensthoofd zorg van een afdeling bevraagd.

Goede attitude, meer detecties

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat verpleegkundigen een vrij positieve ingesteldheid hebben ten aanzien van depressie. Ze staan open voor patiënten die met depressie kampen en ook over de behandelingsmogelijkheden en het verloop van depressie zijn ze matig positief. Verpleegkundigen blijken wel enigszins weigerachtig te staan tegenover de rol die ze zelf kunnen opnemen in de aanpak van depressieve klachten bij hun patiënten. Wat hun gepercipieerde competenties betreft, blijkt dat ze er sterk van overtuigd zijn dat ze patiënten kunnen aansporen tot het zoeken van professionele hulp, maar dat het herkennen van depressieve klachten een werkpunt is.

De minimale interventie had geen effect op de gepercipieerde competenties of op de meeste attitudes van verpleegkundigen. Uit de procesevaluatie bleek echter dat de verpleegkundigen in de interventiegroep significant meer depressieve patiënten detecteerden en includeerden dan deze in de controlegroep. Mogelijk speelt een toename in motivatie en geregelde herinnering aan het onderzoek hierbij een rol. Opmerkelijk is wel dat de thuisverpleegkundigen uit de interventiegroep ondanks dit relatieve succes een meer afwijzende houding kregen ten aanzien van de rol die zij zelf konden opnemen in het detecteren van en het omgaan met depressie. Thuisverpleegkundigen uit de controlegroep stonden hier na verloop van tijd echter steeds meer voor open. Een mogelijke verklaring die ook naar voor kwam tijdens de interviews, was dat verpleegkundigen wel bereid zijn om zelf aan de slag te gaan met depressie, maar dat er in de praktijk momenteel onvoldoende tijd en ruimte voor is, wat – ondanks succeservaringen – op termijn leidt tot een eerder afwijzende houding.

Van op afstand bekeken

Uit de interviews, expertpanels en de andere data blijkt vooral dat GGZ momenteel moeilijk in te passen is binnen hun huidig takenpakket omdat de huidige nomenclatuur weinig ruimte laat om binnen de thuiszorg te werken rond geestelijke gezondheid. De invulling van het concept "zorggraad" speelt daarin ook een grote rol: zolang deze een enge definitie heeft waarbij fysieke mogelijkheden van patiënten zoals mobiliteit en continentie centraal staan, zal (al dan niet preventief) werken met psychische problemen een moeilijk te realiseren opdracht blijven. Op mesoniveau blijkt niettemin dat thuisverplegingsorganisaties wel veel potentieel hebben om ingezet te worden in dit domein: een uitgebreide samenwerking en ruimte voor overleg en supervisie zijn aanwezig en ook multidisciplinair

werken vindt zijn ingang. De samenwerking met huisartsen gebeurt bijvoorbeeld momenteel voornamelijk informeel: contacten worden wel geregistreerd, maar het initiatief wordt meestal genomen door individuele thuisverpleegkundigen wanneer zij dit vanuit de eigen expertise noodzakelijk achten. Hoewel de keuze voor een eerder gedecentraliseerde aanpak bewust is, is hier wel nog ruimte om zowel de standaard als de urgente communicatie te optimaliseren. Een belangrijk aandachtspunt blijft wel om thuisverpleegkundigen te “empoweren” en ruimte te laten voor eigen initiatief. Op microniveau zijn er ten slotte nog talrijke uitdagingen. Veel thuisverpleegkundigen beschikken over de capaciteiten en willen - omwille van een holistisch patiëntbeeld - vaak meer doen dan het louter fysiek verzorgen van de patiënten. Naast deze kenmerken die van persoon tot persoon kunnen verschillen zijn er een aantal aspecten die het louter individuele overstijgen. De opleiding tot zorgkundige lijkt voornamelijk te focussen op lichamelijke zorg en heeft relatief minder aandacht voor de psychische aspecten van zorg. Verder zijn ook vervangverpleegkundigen minder geschikt omdat ze door hun sterk wisselende patiëntenpopulatie hun patiënten minder goed leren kennen. Globaal genomen geven alle thuisverpleegkundigen echter aan nood te hebben aan meer expertise. Er zijn hiervoor twee verschillende pistes: gespecialiseerde profielen (zoals referentieverpleegkundigen geestelijke gezondheid) of kennisbevordering bij de volledige groep thuisverpleegkundigen. Beide pistes lijken valabel.

Veel potentieel en hoop voor de toekomst

Dit onderzoek toont in elk geval aan dat een minimale interventie die slechts beperkte kennis overdraagt al een significant effect kan hebben. Thuisverpleegkundigen zijn na afloop gemotiveerd om meer aandachtig te zijn rond de geestelijke gezondheid van hun patiënten, detecteren succesvol depressieve klachten bij patiënten en verwijzen hen vervolgens ook door naar de huisarts. Die samenwerking met de huisarts werkt de laatste jaren steeds beter: de luisterbereidheid en bereikbaarheid van de huisartsen is sterk verbeterd en de meeste verpleegkundigen nemen graag het initiatief om hen te contacteren. Zowel het opzetten van dergelijke minimale interventies als het inzetten van thuisverpleegkundigen lijken dan ook een belangrijke bijdrage te kunnen leveren aan de vermaatschappelijking van de GGZ. Dergelijke initiatieven zijn natuurlijk steeds te kaderen binnen een ruimere maatschappelijke context waar er ook (meer) aandacht dient te zijn voor informatie rond en destigmatisering van psychische problemen.

Een gedetailleerde beschrijving van de resultaten van het onderzoek met meer nuances en kanttekeningen is terug te vinden in het rapport “Implementeren van online en GGZ-interventies in de thuiszorg. Uitdagingen en mogelijkheden” gratis te downloaden van de website van SWVG (www.steunpuntwvg.be). De auteurs willen alle betrokkenen binnen het Wit-Gele Kruis van Antwerpen van harte bedanken, in het bijzonder stafmedewerker Rik Brabants en directeur zorgbeleid Hilde Van Loon.

Auteurs

dr. Tom Van Daele

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin & Onderzoeksgroep Gezondheidspsychologie, KU Leuven & Toegepaste Psychologie, Thomas More

dr. Debora Vansteenwegen & Prof. dr. Dirk Hermans

Centrum voor Leerpsychologie & Experimentele Psychopathologie, KU Leuven

Prof. dr. Omer Van den Bergh

Onderzoeksgroep Gezondheidspsychologie, KU Leuven

Prof. dr. Chantal Van Audenhove

*Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin & Onderzoeksgroep Gezondheidspsychologie, KU
Leuven*