

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Implementeren van
online en GGZ-interventies in de thuiszorg
Uitdagingen en mogelijkheden**

dr. Tom Van Daele
dr. Deb Vansteenwegen
Prof. dr. Dirk Hermans
Prof. dr. Chantal Van Audenhove
Prof. dr. Omer Van den Bergh



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Kapucijnenvoer 39 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 33 70 70 – Fax 0032 16 33 69 22
E-mail: swvg@med.kuleuven.be
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2013/08
SWVG-Rapport 08
Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Implementeren van online en GGZ-interventies in de thuiszorg. Uitdagen en mogelijkheden

Promotor: Prof. dr. Omer Van den Bergh
Co-promotoren: dr. Deb Vansteenwegen, Prof. dr. Dirk Hermans, & Prof. dr. Chantal Van Audenhove
Onderzoekers: dr. Tom Van Daele

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Promotoren en Partners van het Steunpunt

KU Leuven

Prof. dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG
Prof. dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht
Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers, Dienst Jeugdgezondheidszorg
Prof. dr. Koen Hermans, LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy
Prof. dr. Jozef Pacolet, HIVA onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving

UGent

Prof. dr. Lea Maes, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Prof. dr. Lieven Annemans, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Prof. dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen

VUB

Prof. dr. Johan Vanderfaeillie, Vakgroep Klinische en Levenslooppyschologie

Thomas More

dr. Peter De Graef, Vakgroep Toegepaste Psychologie

Rapport 08

Implementeren van online en GGZ-interventies in de thuiszorg. Uitdagingen en mogelijkheden

Onderzoeker: dr. Tom Van Daele
Promotor: Prof. dr. Omer Van den Bergh
Copromotoren: Prof. dr. Deb Vansteenwegen, Prof. dr. Dirk Hermans en Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Samenvatting

Vlaanderen verwacht in het komende decennium een sterke toename van het aantal ouderen, waardoor het aantal chronisch zieken sterk zal toenemen. Het is daarom belangrijk om te anticiperen op deze verhoogde druk op ons gezondheidszorgsysteem en op de hogere kosten die hierbij zullen komen kijken. Ook nu is een van de voornaamste uitdagingen echter al om met dezelfde middelen betere en meer toegankelijke zorg te creëren. De technologische vooruitgang biedt hier een aantal mogelijkheden. In de geestelijke gezondheidszorg is online hulpverlening voor psychische problemen bijvoorbeeld een piste die aan belangstelling wint. Naast dergelijke e-mental health interventies is er ook in toenemende mate aandacht voor de rollen die professionals in de gezondheidszorg kunnen opnemen binnen de geestelijke gezondheidszorg. De introductie van nieuwe technologieën en een herdefiniëring rol van professionals zijn dan ook twee belangrijke evoluties die kunnen bijdragen aan een betere vermaatschappelijking van de zorg en aan de verdere uitbouw van balanced care.

Dit onderzoek focust specifiek op de rol van thuisverpleegkundigen in dit proces. Een eerste doel is het in kaart brengen van hoe zij staan ten aanzien van depressie, een courante psychische stoornis bij chronische zieke patiënten en hun mantelzorgers. Een tweede doel is evalueren of een minimale interventie kan bijdragen aan de competenties en attitudes van thuisverpleegkundigen in het omgaan met depressie. Een derde doel is om onderbouwde antwoorden te formuleren op een aantal algemene onderzoeksvragen. Deze staan enerzijds stil bij de rol die thuisverpleegkundigen kunnen opnemen in de vermaatschappelijking van de GGZ en anderzijds bij hoe men tegenover e-mental health staat in de thuiszorg en in de huisartsenpraktijken.

Om deze doelen te realiseren implementeerden de onderzoekers verbonden aan het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin de online cursus Kleur je Leven in drie afdelingen van het Wit-Gele Kruis van Antwerpen. Op drie tijdstippen konden 92 verpleegkundigen hierbij een vragenlijst invullen die peilde naar hun attitudes en competenties ten aanzien van depressie. In twee van de drie regio's namen verpleegkundigen verder ook deel aan een minimale interventie die als doel had om deze attitudes en competenties te beïnvloeden. Ten slotte werd er ook een info-avond georganiseerd voor huisartsen in Leuven.

De resultaten toonden aan dat de minimale interventie slechts een beperkt effect had op de attitudes en de gepercipieerde competenties van de thuisverpleegkundigen. Zij slaagden er echter wel in om significant meer patiënten met depressieve klachten te detecteren. Een expertenpanel met de verpleegkundigen en twee interviews met het diensthoofd zorg van een afdeling en een stafmedewerker GGZ brachten verder meer inzicht in de sterktes, zwaktes, uitdagingen en bedreigingen van e-mental health en de inzetbaarheid van verpleegkundigen in de vermaatschappelijking van de GGZ. Een expertenpanel met huisartsen stond daarnaast ook stil bij de visie van deze beroepsgroep op de inzetbaarheid van e-mental health in de eerste lijn.

De onderzoekers kwamen tot de conclusie dat er een aantal basisvoorwaarden moeten worden gerealiseerd om e-mental health en geestelijke gezondheidsinterventies succesvol te implementeren in de thuiszorg. Ten eerste is er binnen het takenpakket van de thuisverpleegkundige nood aan ruimte om preventieve handelingen of ondersteunende taken te stellen die niet enkel op de louter fysieke gezondheid van patiënten betrekking hebben. Dit lijkt een *conditio sine qua non* om bijkomende vervolgacties kunnen worden ondernomen. Een tweede stap heeft betrekking op kwaliteitsgaranties van interventies. Wanneer thuisverpleegkundigen doorverwijzen naar huisartsen, hebben deze nood aan een volledig en degelijk overzicht van beschikbare GGZ-interventies. Voor e-mental health is het aanbod nu nog beperkt, maar het blijkt nu al een uitdaging om het overzicht te houden en geïnformeerd te blijven. In Nederland werd eind 2012 hiervoor bijvoorbeeld de 'online hulpstempel' ingevoerd. Deze keuring geeft een indicatie dat het online hulpaanbod goedgekeurd is door GGZ-professionals. Interventies worden hierbij doorgelicht met onder meer aandacht voor de wetenschappelijke evidentie, de gebruiksvriendelijkheid en techniek en veiligheid. In Vlaanderen zou een goede veiligheidsgarantie dan bijvoorbeeld een integratie kunnen omvatten met Vitalink, het platform voor elektronische gegevensdeling tussen verschillend zorg- en welzijnsactoren. Daarnaast is kennisbevordering bij professionals ook noodzakelijk. Thuisverpleegkundigen moeten worden geïnformeerd en gemotiveerd om responsief te zijn voor psychische problemen. Verschillende tools en inspiratiebronnen zijn momenteel al voorhanden. Deze focussen op succesvol detecteren, bespreken, motiveren en doorverwijzen. Hoewel huisartsen een centrale plaats innemen als doorverwijspersoon, heeft niet elke huisarts echter de tijd of de ruimte om een volledige kennis van het (online) GGZ-aanbod. Mogelijk ligt hier dan ook een rol weggelegd voor eerstelijnspsychologen, die niet alleen als taak hebben om laagdrempelige geestelijke gezondheidszorg aan te bieden, maar ook andere GGZ-professionals te informeren en op de hoogte te houden van het beschikbare aanbod en te helpen bij het matchen van patiënten met interventies.

In Bijlage 1 bij dit rapport is ten slotte ook nog een praktische gids terug te vinden. Deze heeft als doel heeft om organisaties in de eerste lijn een eerste houvast te geven bij eventuele plannen om met online hulpverlening aan de slag te gaan. De inhoud is gebaseerd op de internationale literatuur en de praktijkervaringen in het kader van het onderzoek.

Inhoud

Inleiding	9
1 Een verouderende bevolking en chronische ziekte	9
2 Meer aandacht voor geestelijke gezondheid en balanced care	10
3 Toegankelijkheid van de zorg en e-mental health	10
Hoofdstuk 1 Duiding van de interventies: een kortdurende opleiding voor verpleegkundigen in de thuiszorg en een e-mental health interventie	13
1 De kortdurende training	13
2 De online interventie	14
2.1 De voordelen: het ontwijken van drempels	15
2.2 De effectiviteit van e-mental health	15
2.3 Het probleem van de therapietrouw: is de computer als therapeut wel acceptabel voor de patiënt?	18
2.4 De eerste stap in getrapte zorg	18
2.5 Kleur je Leven, de online interventie in dit onderzoek	19
2.6 Conclusie	20
Hoofdstuk 2 Focus van het onderzoek	21
1 De aanvankelijk geplande studie: effectiviteit van e-mental health in de thuiszorg	21
1.1 De oorspronkelijke opzet	21
1.2 Het verloop	21
1.3 De initiatieven tot bijsturing	22
2 De feitelijk gerealiseerde studie: SWOT-analyse van de implementatie	22
3 De onderzoeksvragen	23
3.1 Specifieke onderzoeksvragen	23
3.2 Algemene onderzoeksvragen	23
Hoofdstuk 3 Nieuwe opzet en methode	25
1 De regio's	25
Regio A. In deze controleregio werd	25
2 Werving en selectie	26
2.1 De patiënten	26
2.2 De thuisverpleegkundigen	26
2.3 De huisartsen	26
3 Methode	27
3.1 De vragenlijsten	27
3.2 De procesevaluatie	28
3.3 De SWOT-analyses op basis van expertenpanels en interviews	28
4 Analysemethoden	29
4.1 Kwantitatieve data-analyse	29

Hoofdstuk 4	Resultaten	31
1	De attitudes en competenties van thuisverpleegkundigen ten aanzien van depressie	31
1.1	De algemene attitudes en competenties	31
1.2	De effecten van de minimale interventie	35
2	Analyses van de expertenpanels	36
2.1	Het potentieel van online interventies	37
2.2	De rol van de thuisverpleegkundige in de vermaatschappelijking van de GGZ	39
2.3	De samenwerking met de huisarts	43
2.4	E-mental health in de huisartsenpraktijk	47
Hoofdstuk 5	Conclusie en aanbevelingen	55
1	Hoe staan thuisverpleegkundigen tegenover depressie?	55
2	Kan een training bijdragen aan de competenties en attitudes van thuisverpleegkundigen in het omgaan met depressie?	55
3	Rol van de thuisverpleegkundige in de vermaatschappelijking van de GGZ	55
4	E-mental health in de thuiszorg en in de huisartsenpraktijken	56
5	Beleidsaanbevelingen	57
Referenties		59
Bijlagen		65
1	Een praktische gids	65
2	De overzichtslijst van chronische aandoeningen in de Gezondheidsenquête	69
3	De onderzoeks fiche	71
4	De vernieuwde onderzoeksopzet	75
5	De uitnodiging van de info-avond rond e-mental health voor huisartsen	79
6	De bevraging van de thuisverpleegkundigen	81
7	Het formulier voor de procesevaluatie	89
8	De leidraden van de expertenpanels	91

Lijst Tabellen

Tabel 1	Karakteristieken van het personeel van het Wit-Gele Kruis van Antwerpen. deelnemend aan de Kleur je Leven studie (N = 92)	31
Tabel 2	Vergelijking attitudes tussen thuisverpleegkundigen en apothekers (op basis van data van Scheerder et al.. 2009)	32
Tabel 3	Evolutie attitudes thuisverpleegkundigen over tijd	34
Tabel 4	Karakteristieken deelnemers expertenpanel en interviews verpleegkundigen	36
Tabel 5	Resultaten SWOT-analyse expertenpanel en interviews thuisverpleegkundigen	46
Tabel 6	Karakteristieken deelnemers expertenpanel huisartsen	47
Tabel 7	Resultaten SWOT-analyse e-mental health volgens huisartsen.	53

Lijst Figuren

Figuur 1	Betrokken afdelingen van WGK	25
----------	------------------------------	----

Inleiding

1 Een verouderende bevolking en chronische ziekte

Het komende decennium verwacht Vlaanderen een sterke toename in het aantal ouderen. De groep van 65-plussers groeit er van 1.13 miljoen in 2010 tot bijna 1.35 miljoen in 2020. Dit is een toename van bijna 20 procent (Federaal Planbureau & FOD Economie – Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, 2008). Daarnaast is er het afgelopen decennium ook een gestage stijging merkbaar van het aantal personen met een chronische ziekte van 23.8 procent van de bevolking in 1997 naar 27.2 procent in 2008. Hoewel deze stijging niet enkel te wijten is aan de veroudering van de bevolking speelt deze hierin wel een grote rol (Van der Heyden, 2010). Het is dan ook belangrijk om te anticiperen op een toename aan personen met chronische ziektes.

Wat er echter exact onder chronische ziekte wordt verstaan, is niet altijd even duidelijk. Bij de definitie van chronische ziekte wordt er namelijk niet alleen uitgegaan van de eigenlijke pathologie, maar deels ook van het zorggebruik. Zo wordt in 2013 normaalgezien het statuut van de persoon met een chronische aandoening ingevoerd. De definitie ervan luidt als volgt: *“Worden officieel erkend als « persoon met een chronische ziekte: Alle personen die in het kader van de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, vergoedingen ontvangen of elke andere vorm van tegemoetkoming voor een chronische ziekte; Alle personen die lijden aan een zeldzame/weesziekte (ziekte die minder dan een persoon op 2000 treft); Alle personen die lijden aan een ongeneeslijke en degeneratieve chronische ziekte waarvoor de criteria door het College van Geneesheren-directeuren van het Riziv zullen worden uitgewerkt.”* (Kabinet van de Vice-Eerste Minister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 2008, p. 5). Er bestaat echter een uitgebreide lijst van aandoeningen die ondermeer in het kader van de Gezondheidsenquête worden gehanteerd (Bijlage 2). Bij mannen zijn de meest courante aandoeningen lage rugproblemen (14.5%), allergieën (11.5%), hoge bloeddruk (11.0%), artrose (8.4%) en nekproblemen (6.5%). Dezelfde aandoeningen komen ook bij vrouwen terug, maar in een andere volgorde: lage rugproblemen (18.9%), artrose (16.8%), allergieën (14.5%), hoge bloeddruk (14.4%) en nekproblemen (12.2%). De prevalenties van chronische aandoeningen liggen bij 65-plussers echter vaak dubbel zo hoog, vooral ziektes zoals diabetes en chronisch longlijden spelen hierbij een belangrijke rol (Van der Heyden, 2010).

Chronische ziektes brengen echter niet alleen lichamelijke problemen met zich mee. Er is namelijk vaak ook sprake van comorbiditeit met psychische aandoeningen, in het bijzonder met depressieve klachten (Renn, Feliciano, & Segal, 2011). Die comorbide depressie interageert met verschillende ziekteprocessen, zowel op het psychofysiologisch niveau (bv. bij diabetes, reuma, hartaandoening, longlijden...) als op het niveau van gezondheidsgedrag en zelfmanagement (Fava, 2003; Wong & Licinio, 2001). Deze tweerichtingsrelatie leidt tot een negatieve spiraal die zowel de prognose van de chronische ziekte beïnvloedt, als de depressieve klachten. Dit verhoogt onder meer de kans op negatieve evoluties en herval, verminderende therapietrouw, een toename van zorggebruik en medicatie en een verhoogd risico op hospitalisatie en sterfte (Katon, 2011).

2 Meer aandacht voor geestelijke gezondheid en balanced care

Het is dan ook niet verwonderlijk dat er in toenemende mate aandacht is voor geestelijke gezondheid bij chronisch zieken specifiek en ouderen in het algemeen. Zo wordt in het Vlaams Ouderenbeleidsplan 2010-2014 (Vandeuren, 2010) 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 op in te spelen. Het uitbouwen van een betere samenwerking en netwerking tussen ouderenzorg, thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg 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 voor een verdere aanpassing van het bestaande aanbod in de GGZ. Dit omvat ook een betere afstemming van de zorgvragen. De nadruk zal hierbij liggen op preventie, vroegdetectie, ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische problemen en revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie (Vlaams Ouderenbeleidsplan 2010-2014). Ook in het tweede Vlaams actieplan voor de preventie van zelfdoding 2012-2020 (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2011) wordt er expliciete aandacht geschonken aan de preventie van depressie bij ouderen.

Het doel is hierbij 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 in de maatschappij aanwezig die samen alle zorg aanbieden die een patiënt nodig heeft. Deze gecoördineerde zorg is gericht op beperkingen en symptomen en specifieke zorg wordt aangeboden voor welomschreven diagnoses en problemen. De zorg wordt hierbij gefocust op de prioriteiten van de gebruikers, is vaak mobiel en kan daardoor worden aangeboden in de natuurlijke omgeving. Hierdoor vermijdt men de negatieve impact van een opname (Thornicroft & Tansella, 2009). 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 ook een meer actieve rol verwacht van actoren in de eerste lijn van de algemene gezondheidszorg, die minder vertrouwd zijn met de GGZ. Deze zorgverstrekkers in de eerste lijn zijn goed opgeleid om medische handelingen te stellen en de fysieke gezondheid van patiënten op te volgen. De meeste zijn echter beperkt opgeleid risicopatiënten voor psychische problemen te detecteren en vervolgens ook te helpen (Redelmeier, Tan, & Booth, 1998).

3 Toegankelijkheid van de zorg en e-mental health

De uitdaging bestaat er tegenwoordig meer dan ooit in om door middel van een efficiënte en effectieve werking met dezelfde middelen meer, betere en toegankelijke zorg aan te bieden. Vooral de toegankelijkheid van de zorg is momenteel suboptimaal: minder dan een op drie van de personen met een of meerdere psychische stoornissen in het afgelopen jaar zocht professionele hulp (Bruffaerts, Bonnewyn, Van Oyen, Demarest, & Demyttenaere, 2004). Een loutere toename van het aantal professionals lijkt echter geen valide oplossing: zowel voor kortdurende als voor meer intensieve begeleiding zijn er namelijk veel meer hulpbehoevenden dan hulpverleners (Hoge, Morris, Daniels, Stuart, Huey, & Adams, 2007), waardoor zelfs een verdubbeling van het aantal professionals slechts weinig effect zou hebben (Kazdin & Blase, 2011). Om die reden is het uitbouwen van een meer uitgebreid en alternatief aanbod ook belangrijk, onder meer via de elektronische weg. Aan welzijnsvoorzieningen wordt onder meer expliciet de vraag gesteld om de mogelijkheden van online hulpverlening te onderzoeken (Vandeuren, 2009).

Het doel van dit onderzoek is dan ook tweeledig: uitzoeken welke rol zorgverstrekkers in de eerste lijn kunnen opnemen in de vermaatschappelijking van de zorg en daarnaast de meerwaarde van online interventies onderzoeken voor de huidige en toekomstige patiëntenpopulatie binnen de eerste lijn. Om de eerste vraag te beantwoorden werd gekozen om samen te werken met een dienst voor thuiszorg, meer bepaald het Wit-Gele Kruis van Antwerpen (WGK). De overgrote meerderheid van hun patiënten zijn chronisch ziek en de thuisverpleegkundigen hebben frequent contact met hen in hun thuisomgeving. Naast het in kaart brengen van hun attitudes en gepercipieerde competenties werd ook het effect van een minimale interventie geëvalueerd. Om de mogelijkheden van e-mental health interventies te overwegen, werd gekozen voor een onderzoek naar de effectiviteit en implementatiemogelijkheden van de interventie Kleur je Leven, een online behandeltool voor milde tot matige depressieve klachten, aangepast aan de Vlaamse situatie (ISW Limits, 2009). In het volgende hoofdstuk worden eerst de beide interventies in detail toegelicht. Daarna worden de gehanteerde methoden opgelijst en staan we stil bij het onderzoeksverloop. Hierna worden de behaalde resultaten besproken en wordt er afgesloten met een algemene conclusie en beleidsaanbevelingen.

Hoofdstuk 1

Duiding van de interventies: een kortdurende opleiding voor verpleegkundigen in de thuiszorg en een e-mental health interventie

Het doel van dit onderzoek was om twee interventies te implementeren: een kortdurende training voor verpleegkundigen en de e-mental health interventie Kleur je Leven. In dit hoofdstuk wordt een overzicht geboden van de inhoud van elke interventie en wordt er ook stilgestaan bij de achtergrond van en beschikbare onderzoeksevidentie voor beide aanpakken.

1 De kortdurende training

Professionals in de eerste lijn zoals verpleegkundigen hebben een belangrijke rol in de vroegtijdige detectie, doorverwijzing en zorg voor mensen met psychische problemen. Dit vereist wel enige kennis en vaardigheden die bij sommige beroepsgroepen echter onvoldoende aanwezig zijn. Zo hebben een aantal studies al aangetoond dat ongeveer de helft van de patiënten met depressieve klachten niet herkend wordt in de eerste lijn (Cepoui et al., 2008) en dat professionals in de eerste lijn zelf ook behoefte hebben in begeleiding om aan de sociale noden van patiënten met depressieve klachten tegemoet te komen (Barley, Murray, Walters, & Tylee, 2011). (Gebrek aan) kennis is echter niet alleen een belangrijke reden, ook negatieve attitude speelt een rol. Zo blijkt bijvoorbeeld dat verpleegkundigen in vergelijking met de algemene bevolking minder optimistisch zijn over de prognose en evolutie op langer termijn. Ze staan hier echter wel positiever tegenover dan andere zorgverstrekkers zoals psychiaters, huisartsen en klinisch psychologen (Caldwell & Jorm, 2001). Er bestaan ondertussen al diverse interventies die zowel focussen op het veranderen van attitude en het verbeteren van de kennis. Zo ontwikkelden Eisses et al. (2005) bijvoorbeeld een training voor verpleegkundigen binnen rust- en verzorgingstehuizen om depressie beter te detecteren. De training bleek ervoor te zorgen dat meer depressieve klachten werden gedetecteerd en bewoners die hiervoor een behandeling ondergingen, bleken een positievere evolutie door te maken. Soortgelijke interventies werden ook ontwikkeld ter ondersteuning van huisartsen (van Os et al., 2002) wat leidde 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 (De Coster, Van Audenhove, Van den Ameele, De Fruyt, & Goetinck, 2003). Recent bracht het Trimbos-instituut ook een e-learning tool uit, Signaleren van Depressie. Deze online cursus richtte zich specifiek op HBO-professionals, het equivalent van professionele bachelors, die hun vaardigheden voor het signaleren van depressie willen verbeteren. Uit de pilootstudie bleek dat kennis over depressie en preventiegedrag verbeterde en dat er meer aandacht was voor klachten en risico's bij cliënten (Crone et al., 2012).

In het kader van dit onderzoek werd daarom beslist om een minimale interventie op te zetten specifiek voor het personeel van het WGK. Deze interventie werd ontwikkeld en geïmplementeerd in samenwerking met de stafmedewerker zorgbeleid. De training duurde een uur, richtte zich op thuisverpleegkundigen en besteedde zowel aandacht aan hun kennis als aan hun attitude. In het eerste deel werd vertrokken vanuit een vertrouwde context: de persoonlijke ervaringen van thuisverpleegkundi-

gen met patiënten met psychische problemen. Interactief werden verschillende psychiatrische ziektebeelden en courante psychofarmacologie besproken. Na dit ruime kader werd in het tweede deel vervolgens heel specifiek ingegaan op depressie. Als vertrekpunt werd hierbij uitgegaan van de trainingsmodule voor verpleegkundigen 'Depressieve patiënten in het algemeen ziekenhuis' (Schalenbourg, De Coster, & Van Audenhove, 2011). Zo werden de symptomen besproken, de verschillende vormen, de prevalentie en de comorbiditeit met lichamelijke ziekten. Daarna werd informatie gegeven over de behandelingsmogelijkheden en het concept van getrapte zorg. Ten slotte werd stilgestaan bij de driedelige rol van de verpleegkundige in de aanpak van depressie: 1) de vertrouwenspersoon die actief luistert, 2) het detecteren en bespreekbaar stellen van depressie en 3) het motiveren voor deskundige hulp. Hierbij was ook veel aandacht voor het omgaan met depressie. 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 nog een korte samenvatting ter afronding.

2 De online interventie

De laatste jaren is internetgebruik wereldwijd aan een hoog tempo toegenomen. Ook voor gezondheidszorg wordt het web meer en meer aangewend. Zo zou 35 procent tot zelfs 80 procent van de gebruikers het internet wel eens consulteren in verband met gezondheidsproblemen (Donker, van Straten, Riper, Marks, Andersson, & Cuijpers, 2009).

Dezelfde trend valt ook op te merken in het zorgaanbod. Steeds vaker vinden toepassingen van ICT de weg naar de gezondheidszorg, zoals klinische- en niet-klinische informatiesystemen, telezorg, zorgnetwerken en applicaties van de sociale media. Dit fenomeen heet eHealth. Naar het gebruik van informatie- en communicatietechnologie in de geestelijke gezondheidszorg wordt dan gerefereerd als e-mental health. E-mental health programma's kunnen louter informatie en praktische tips verstrekken of zijn meer geavanceerd en baseren zich op meer conventionele 'offline' psychologische begeleiding of psychotherapie. Wat depressie betreft zijn de meeste tools gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT) of bevatten deze gedragstherapeutische technieken (Ruwaard, 2013).

Er bestaan drie types van online psychotherapeutische interventies. Bij een eerste type, online zelfhulp wordt er geen begeleiding van een therapeut voorzien. Het zijn tools die volledig zelfstandig zijn te doorlopen. De bedoeling is om zelfstandig aan de slag te gaan en via praktische tips en aangereikte handvatten te leren op een goede manier om te gaan met problemen. De online therapie kan bestaan uit filmpjes, opdrachten, informatie over de aandoening, getuigenissen en soms zelfs discussiefora. Een tweede type van online therapie is begeleide zelfhulp. Bij deze interventies gaan deelnemers ook zelfstandig aan de slag, maar wordt er toch nog enige vorm van begeleiding door een coach voorzien. De mate van begeleiding kan binnen dit type van interventie sterk variëren. Ten slotte kan er nog een derde type van online therapie onderscheiden worden: online psychotherapie. Deze vorm voorziet nog meer begeleiding door een therapeut en benadert zo de oorspronkelijke face-to-face psychotherapie. De therapeut introduceert elke volgende stap in de therapie, geeft feedback en evalueert regelmatig het proces. De begeleiding bestaat hier dus niet enkel uit aanmoediging tot volhouden en patiënten bij problemen weer op weg helpen. De computer is bij deze therapievorm slechts een medium om problemen van afstand en tijd te overbruggen.

2.1 De voordelen: het ontwijken van drempels

Internet kan de weg naar professionele begeleiding faciliteren. Een online interventie heeft verschillende voordelen: 1) aangezien deze methode geen of weinig inbreng van opgeleide therapeuten vraagt, is eHealth over het algemeen relatief goedkoop en behoren lange wachttijden tot de verleden tijd. Cognitieve gedragstherapie is dus niet langer een privilege van enkele goedverdieners met tijd en veel geduld, maar is dankzij eHealth toegankelijk voor een veel groter publiek. Door het 2) anonieme karakter is het taboe dat rond hulp zoeken voor psychische problemen heerst niet langer een probleem. Een ander groot voordeel is dat het 3) op eigen tempo en eigen tijdstip kan. Therapie is beschikbaar 24 uur op 24. Kantooruren zijn geen hindernis. Verder gaan gebruikers van internetinterventies 4) zelfstandig aan de slag en leren ze zelf hun problemen aan te pakken. Vooruitgang wordt meer een eigen verdienste en niet de verdienste van de therapeut. Dit zou enigszins preventief kunnen werken naar herval toe. Dankzij de 5) anonimiteit en het laagdrempelige karakter kan men sneller geneigd zijn om stappen te ondernemen. Het is een veelbelovende techniek om de kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod te dichten (Andrews, Cuijpers, Craske, Evoy, & Titov, 2010).

2.2 De effectiviteit van e-mental health

Verschillende studies tonen aan dat internetinterventies werken. Toch kan de mate van effectiviteit die deze studies vinden behoorlijk variëren. Dit heeft te maken met een aantal factoren: zo wordt er 1) niet steeds dezelfde therapievorm onderzocht en 2) varieert het of er al dan niet begeleiding bij een tool wordt aangeboden en waaruit deze begeleiding dan bestaat. Verder 3) beïnvloeden de inclusiekarakteristieken van deelnemers de onderzoeksresultaten en ten slotte 4) bepaalt ook de keuze van de controlegroep vaak de uitkomst van een studie. Ter verduidelijking worden deze vier aspecten van onderzoek hieronder verder uitgediept.

2.2.1 De therapievorm

Een eerste belangrijk onderscheid in de resultaten van de studies zijn de therapievormen die als internetinterventie worden bestudeerd. De meeste interventies baseren zich op cognitieve gedragstherapie, de meest courant toegepaste therapie in klassieke face- to-face interventies voor stemmingsstoornissen en bij angstklachten (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Griffiths, Farrer, & Christensen, 2010). Enkele studies onderzochten recent ook het effect van 'psychodynamic psychotherapy' (PDT) en 'problem-solving treatment' (PST). Johansson et al. (2012) vonden bijvoorbeeld dat internet-based psychodynamic guided self-help treatment effectief is bij meer ernstige depressies. PST zou ook zijn nut bewezen hebben als zelfhulptool. Zo rapporteerden Warmerdam, van Straten, Twisk, Riper, en Cuijpers (2010) dat deze therapievorm zelfs sneller resultaten boekte in het bestrijden van depressieve symptomen dan reguliere cognitieve gedragstherapie.

2.2.2 De begeleiding

Een tweede onderscheid is of er al dan niet begeleiding bij een internetinterventie wordt aangeboden. Er is een duidelijke tendens dat interventies met begeleiding meer werkzaam zijn dan zelfhulpinterventies (Bendelin, Hesser, Dahl, Carlbring, Nelson, & Andersson, 2011; Berger, Hämmerli, Gubser, Andersson, & Caspar, 2011; Donker, van Straten, Riper, Marks, Andersson, & Cuijpers, 2009; Titov, Andrews, Davies, McIntyre, Robinson, & Solley, 2010). Therapietrouw zou hierbij een belangrijke rol spelen. Hoewel dit natuurlijk van belang is bij elke type behandeling en bij elke problematiek, blijkt thera-

pietrouw vooral bij online interventies een groot probleem. De drop-out is aanzienlijk, tot ruim tachtig procent (Eysenbach, 2010). Vooral online interventies die zich richten op depressie dergelijke lage therapietrouw te kennen (Christensen, Griffiths, & Farrer, 2009). Dit is niet verwonderlijk gezien ook eerder traditionele behandelingen met gelijkaardige problemen kampen (Mohr et al., 2010a). Vanuit die optiek kan de extra stimulans van persoonlijke begeleiding en opvolging kan dan ook zeker een meerwaarde betekenen. Therapietrouw is echter niet de enige reden waarom begeleide interventies over het algemeen betere resultaten vaststellen dan zelfhulpinterventies. Zo vonden Berger, Hämmerli, Gubser, Andersson, en Caspar (2009) na bevraging bij de deelnemers aan hun studie die het effect van beperkte therapeutische begeleiding bij de zelfhulpinterventie Deprexis onderzocht, dat het merendeel van de deelnemers ook daadwerkelijk enig contact met een begeleider wenste. Therapie die louter bestond uit een interventie op de computer kon bij weinig deelnemers op appreciatie rekenen. Tussentijds contact met een begeleider kwam de tevredenheid van de deelnemers meestal ten goede (Cuijpers, Donker, Johansson, Mohr, van Straten & Andersson, 2011).

De hierboven aangehaalde argumenten tonen aan dat begeleide interventies een aantal voordelen kunnen bieden ten opzichte van zelfhulpinterventies. Maar waar moet die begeleiding dan uit bestaan? Hoe uitgebreid moet een interventie worden ondersteund en wie mag de functie van begeleider opnemen? Is deze enkel weggelegd voor hoog opgeleide therapeuten? Uit de literatuur bleek dat de frequentie van begeleiding niet zo belangrijk is. Meer begeleiding zou niet noodzakelijk leiden tot betere resultaten. Een wekelijkse ondersteuning via mail of telefoon om deelnemers aan te moedigen lijkt namelijk voldoende (Mohr et al., 2010b). De gemiddelde tijdsinvestering is ongeveer tien minuten per patiënt per week. Een interventie van zes weken vraagt zo zestig minuten tijd van een begeleider. Wat de professionele achtergrond is van de persoon die als begeleider wordt aangesteld, blijkt ook niet zo veel verschil te maken. Een 'technicus' bereikt even goede resultaten als een professionele hulpverlener, zelfs vergelijkbaar met face-to-face-interventies. De begeleider hoeft dus niet getraind te zijn in een welbepaalde therapievorm. Wel moet het iemand zijn die betrouwbaarheid en expertise uitstraalt, duidelijk is over de te verwachten uitkomsten en de deelnemers regelmatig aanspoort om de therapie vol te houden (Titov, Andrews, Davies, McIntyre, Robinson, & Solley, 2010). Indien de begeleiding echter heel oppervlakkig is en enkel een wekelijkse aansporing omvat om deelname verder te zetten, lijkt het verschil met de zelfhulpinterventies vaak eerder beperkt. Een optimale interventie voorziet dus wekelijkse, kortstondige begeleiding van een tiental minuten door een betrouwbare, aanmoedigende professional. Belangrijk hierbij is dat er persoonlijke feedback wordt gegeven en dat de vragen van de deelnemers individueel worden beantwoord. Deze persoon heeft daarbij ook aandacht voor hoe deelnemers de interventie ervaren en helpt hen wanneer er eventueel problemen optreden (Perini, Titov, & Andrews, 2009).

Dit impliceert echter niet dat er geen plaats is voor zelfhulp interventies binnen de zorg. Begeleiding is namelijk niet de enige mogelijkheid om de therapietrouw van een interventie te bevorderen. Zo zijn er verschillende andere aspecten die hieraan kunnen bijdragen, waaronder 1) de mogelijkheid tot interactie voorzien, zoals een online discussieforum, 2) het aanbieden van een grote waaier aan technieken en behandelingsopties, 3) een deadline voorzien en 4) een schema opstellen waaraan participanten zich dienen te houden (de Graaf, Hollon, & Huibers, 2010). Therapie zonder begeleiding heeft bovendien ook zijn voordelen: het is gemakkelijker te organiseren, minder kostelijk en er is geen limiet op het aantal deelnemers. (Songprakun & McCann, 2012) De significante effecten van dergelijke interventies zijn vaak eerder klein, maar ze worden wel in verschillende studies consequent teruggevonden. Deze beperkte effectiviteit kan verder ook nog worden gerelativeerd. Zo spreken Cuijpers et al. (2011)

in een kwantitatieve meta-analyse over het effect van zelfhulpinterventies bijvoorbeeld van een number needed to treat van 6.41. Dit staat voor het aantal patiënten dat moet worden behandeld om een depressie te voorkomen. Zelfs face-to-face psychotherapeutische interventies scoren hier niet beter op. Als men verder vergelijkt met behandeling bij de huisarts is het effect van zelfhulpinterventies niet superieur, maar leidt het wel tot minder consumptie in de gezondheidszorg (Warmerdam, Smit, van Straten, Riper, & Cuijpers, 2010).

2.2.3 De karakteristieken van deelnemers

Een derde belangrijke variabele in de effectiviteit van internetinterventies zijn de karakteristieken van de deelnemers aan de studies. Zo is in heel wat studies enige vorm van selectiebias vast te stellen. Internetinterventies hebben bijvoorbeeld een groter effect op angst. Studies die zowel personen met angst als personen met depressie includeren, geven vaak aan dat de internettherapie meer kans heeft op slagen (Andrews et al., 2010). Angst en depressie zijn natuurlijk vaak comorbide, wat het bestuderen van het therapeutisch effect op depressie alleen bemoeilijkt. Ook de mate van depressie bij de proefpersonen is een bepalende factor in het al dan niet slagen van een interventie: internetinterventies zijn over het algemeen minder werkzaam bij ernstige depressies. Deze categorie vraagt meer gespecialiseerde hulp. Verder stellen we vast dat deelnemers zowat altijd vrijwilligers zijn. Hierdoor includeren studies al gauw proefpersonen met een bestaande interesse voor internetinterventies, zeker wanneer inclusies gebeuren via online advertenties, medische websites of discussiefora. Sommige studies stelden bovendien vast dat wanneer men beroep doet op vrijwilligers, er zich verhoudingsgewijs meer mannen zich aanmeldden dan wat er op basis van epidemiologische gegevens van depressie werd verwacht. Dit doet het vermoeden rijzen dat internetinterventies meer aantrekkelijk zouden zijn voor mannen (Bendelin et al., 2011; Cuijpers et al., 2011; Spek, 2008).

Ten slotte zijn er nog een aantal resterende bepalende factoren, inherent aan deelnemers die maken dat een interventie meer slaagkans heeft. Zo is motivatie bijvoorbeeld een belangrijke voorwaarde: deelnemers moeten echt bereid zijn deze vorm van therapie te volgen, is enige computervaardigheid vereist en mag men slechts kampen met een milde vorm van depressie. Een laatste belangrijke voorwaarde is dat personen zelfstandig kunnen en willen werken en dat ze de aangeleerde principes daadwerkelijk integreren in hun dagelijkse leven. Vooral personen die zelf hun verantwoordelijkheid opnemen voor de behandeling en succes aan zichzelf toe schrijven (in plaats van aan de therapeut), zijn gebaat met dit soort van interventies en hebben minder kans op herval. (Meyer et al., 2009; Cuijpers et al., 2011). Geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, voorgaande therapieën, medicatie of comorbiditeit hebben geen invloed op de effectiviteit van een interventie (de Graaf, Hollon, & Huibers, 2010).

2.2.4 De controlegroep

Een vierde en laatste variabele die de resultaten van een studie bepaalt, is de keuze van de controlegroep. Sommige studies vergelijken verschillende internetinterventies met elkaar: bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie met oplossingsgerichte therapie, 'watchful waiting' (afwachten) of met een traditionele behandeling door de huisarts. Andere studies maken de vergelijking tussen online zelfhulp en begeleide zelfhulp. Cognitieve gedragstherapie blijkt in de meeste vergelijkingen voor te komen en weinig onderzoeken maken de vergelijking met een medicamenteuze behandeling. De Graaf et al. vergeleken online cognitieve gedragstherapie met behandeling bij de huisarts en vonden geen superioriteit van online zelfhulp. Uiteraard had een huisarts de mogelijkheid om door te verwijzen, waardoor een aantal proefpersonen uit de controlegroep in deze studie vermoedelijk face-to-face psychothera-

pie ondergingen (de Graaf, Gerhards, & Arntz, 2011; Moritz, Schilling, Hauschildt, Schröder, & Treszl, 2012).

2.3 Het probleem van de therapietrouw: is de computer als therapeut wel acceptabel voor de patiënt?

Een van de voornaamste problemen waar internetinterventies voor depressie mee kampen is lage therapietrouw. Drop-out percentages zijn namelijk hoog: naargelang de studie beëindigen 2 procent tot 83 procent van de deelnemers hun deelname na één sessie en gemiddeld genomen voltooit 65 procent een volledige interventie (Melville, Casey, & Kavanagh, 2010). Interventies die enige vorm van begeleiding voorzien, rapporteren een hogere therapietrouw (Cheng & Dizon, 2012).

Niettemin kan de vraag worden gesteld of dit soort van therapie wel aanvaardbaar is voor deelnemers en hoe zij tegenover een online benadering staan. Een aantal studies hebben hier al aandacht aan besteed. Zo stelden Titov et al. (2010) vast dat de tevredenheid van deelnemers aan de online interventie 'The Wellbeing Program' zeer hoog was. Een belangrijke nuance hierbij is dat het om een begeleide interventie ging: ook uit andere onderzoeken waarin de tevredenheid van deelnemers werd nagegaan, bleek namelijk dat de meerderheid toch enige vorm van begeleiding of contact met een coach wenste. Loutere online zelfhulp lijkt dan ook slechts weggelegd voor een specifieke subgroep, door Bendelin et al. (2011) omschreven als 'doeners'. Zij verkiezen zelfstandig aan de slag te gaan, hebben een praktische aanpak en gaan geleerde behandelingsprincipes actief in het dagelijkse leven gaan toepassen. Voor hen is de computer een meer dan aanvaardbare therapeut. Met deze conclusies moet er echter voorzichtig worden omgesprongen aangezien er tot op heden nog relatief weinig studies naar aanvaardbaarheid terug te vinden zijn (Bendelin et al., 2011).

Er is wel onderzoeksevidentie voorhanden die de lage therapietrouw enigszins kan relativeren. Zo stelden Meyer et al. (2009) vast dat een heel aantal van hun deelnemers aan de internetinterventie Deprexis blijvende positieve effecten van de therapie ondervonden, ondanks het feit dat zij maar een beperkt aantal lessen hadden gevolgd. Dit effect is ook binnen psychotherapie niet ongekend: veel patiënten ervaren namelijk het grootste therapeutische effect tijdens de eerste sessies van een psychotherapie. Wanneer men dan voldoende beterschap heeft bereikt, stopt men de behandeling, niet-tegenstaande dat deze in de ogen van de therapeut nog niet is afgerond. Sommige onderzoekers beschouwen dit als een vorm van zelfmonitoring. Zoals eerder aangehaald, is het probleem ook enigszins eigen aan depressie, een stoornis gekenmerkt door weinig motivatie en anhedonie. Dit gebrek aan therapietrouw manifesteert zich dan ook in andere therapievormen, zoals het nemen van antidepressiva of behandeling bij de huisarts (Van Audenhove, De Coster, van den Ameele, Fruyt, & Goetinck, 2007). Het probleem is dus niet enkel inherent aan het interventietype. Bovendien hoeft er niet veel begeleiding te zijn om het uitvalspercentage te doen verminderen. Internetinterventies met wekelijkse ondersteuning via telefoon kunnen betere resultaten behalen dan face-to-face therapie, een behandelingsmethodiek die zelf te kampen heeft met uitvalspercentages tot 50 procent (Cuijpers et al., 2010)..

2.4 De eerste stap in getrapte zorg

De effecten van zelfhulp variëren sterk naargelang de interventies en zijn over het algemeen matig. Zoals Spek (2009, p. 41) stelt: *“Door de grote overlap tussen de mate van ondersteuning en het probleem waar de interventie op was gericht [interventies voor angst boden vaker professionele onder-*

steuning aan], was het erg lastig om harde conclusies te trekken over de oorzaak van de verschillen in effectiviteit.” Toch kunnen deze therapievormen nuttig zijn om de wachtperiode tot meer gespecialiseerde zorg te overbruggen. Als eerste stap zijn deze interventies ook perfect in te passen in het concept van getrapte zorg (Everaert, Scheerder, De Coster, & Van Audenhove, 2007).

2.5 Kleur je Leven, de online interventie in dit onderzoek

2.5.1 Beschrijving van de tool

In het kader van dit onderzoek werd gewerkt met *Kleur je Leven*, een internetcursus voor volwassenen om zelfstandig depressieve klachten aan te pakken. De cursus bestaat uit acht lessen en één opfrisles. De lessen kunnen zelfstandig via het internet gevolgd worden. De interventie bestaat uit acht lessen en één terugkomles. Elke les bestaat uit vijf vaste onderdelen: 1) introductie, 2) vragenlijst over het huiswerk van de vorige les, 3) lesstof met opdrachten, 4) instructies voor komend huiswerk 5) evaluatie van de les. De lessen worden zelfstandig via het internet gevolgd en bevatten schriftelijke en gesproken informatie. Daarnaast worden er ook korte filmpjes getoond van drie voorbeeldcursisten, zijn er animaties en worden de lessen aangevuld met enkele opdrachten. Tijdens de cursus leren de cursisten meer over wat depressieve klachten zijn en wat ze zelf kunnen doen om de klachten te verminderen. De volgende vaardigheden worden aangeleerd: 1) inzicht in het ontstaan van depressieve klachten en het verband tussen denken, doen en voelen, 2) technieken om beter te ontspannen, 3) technieken om meer plezierige activiteiten te ondernemen en te plannen, 4) technieken om piekeren te verminderen, 5) vaardigheid in het constructief denken: opsporen van gedachten die de stemming verslechteren, en deze veranderen in gedachten die de stemming verbeteren, 6) vaardigheid in het omgaan met problemen die mogelijk worden ondervonden in contacten met anderen, 7) meer assertiviteit door gedachten en gevoelens te uiten, op te komen voor zichzelf en daarbij rekening te houden met anderen. Gebruikers worden aangeraden om één les per week te volgen. Na de les volgen huiswerkopdrachten om het geleerde te oefenen in het dagelijks leven. De lessen worden gevolgd op eigen tempo, op de dag die het beste past, en het tijdstip dat het iemand schikt. Gemiddeld duurt een les 30 minuten en de huiswerkopdrachten één uur per dag.

2.5.2 Onderzoeksevidentie

De cursus is ontwikkeld door het Trimbos-instituut en herwerkt door ISW Limits. Deze is gebaseerd op de principes van de cognitieve gedragstherapie, meerbepaald de psycho-educatieve interventie ‘Coping with Depression’. Deze interventie wordt al dertig jaar geïmplementeerd en de effectiviteit is al onderzocht in 25 randomized controlled trials. Een meta-analyse vond een bescheiden effect (Cohen’s $d = .28$) vergelijkbaar met andere vormen van psychotherapie (Cuijpers, Muñoz, Clarke, & Lewinsohn, 2009). *Kleur je Leven* zelf is ook al geëvalueerd in een aantal studies. Spek, Cuijpers, Nyklíček, Riper, Keyzer, en Pop (2008) vergeleken de effectiviteit van *Kleur je Leven* met een groepsinterventie en een wachtlijstcontrolegroep. Voor deze studie werden 301 vijftigplussers met milde depressieve klachten gerandomiseerd toegekend aan *Kleur je Leven* ($N = 102$), de groepsinterventie ($N = 99$) en de wachtlijstcontrolegroep ($N = 100$). Pre-post metingen van de scores op de Beck Depression Inventory (BDI; Beck, 1961) toonden na tien weken een vermindering van de klachten in alle drie de groepen. Het effect (gemeten aan de hand van Cohen’s d was .45 voor de wachtlijstcontrolegroep, .65 voor de groepsinterventie en 1.00 voor *Kleur je Leven*. Contrastanalyse toonde aan dat de beide interventies het significant beter deden dan de wachtlijstcontrolegroep, $p = .04$. Verder werd er geen significant verschil teruggevonden tussen de groepsinterventie en *Kleur je Leven*, $p = .62$. Een jaar na follow-up

werden gelijkaardige verschillen teruggevonden met effectgroottes van .69, .62 en 1.22. Enkel Kleur je Leven deed het op dat moment nog significant beter dan de wachtlijstcontrolegroep, $p = .03$ (Spek, Cuijpers, Nykliček, Smits, Riper, Keyzer, & Pop, 2008). Warmerdam, van Straten Twisk, Riper, en Cuijpers (2008) vergeleken bij 263 personen de effectiviteit van de Kleur je Leven interventie ($N = 88$) met een online interventie gebaseerd op kortdurende probleemoplossende therapie (PST; $N = 88$) en een wachtlijstcontroleconditie ($N = 87$). Acht weken na aanvang lagen de depressieve symptomen zowel bij Kleur je Leven als bij PST significant lager in vergelijking met de controlegroep, Kleur je Leven: $t(598) = -3.64$, $p < .001$, PST: $t(596) = -2.89$, $p = .004$. Deze tendens zette zich verder door na twaalf weken, Kleur je Leven: $t(635) = -4.73$, $p < .001$, PST: $t(650) = -4.34$, $p < .001$. Tussen de online interventies werd op beide momenten geen verschil gevonden in effectiviteit.

Verder is er ook al onderzoek gebeurd naar voorspellers van de behandelresultaten. In een studie van Spek, Nykliček, Cuijpers, en Pop (2008) werden 130 personen gerandomiseerd toegekend aan een groepsinterventie ($N = 63$) of Kleur je Leven ($N = 67$). Aan de hand van voor- en nametingen met de BDI bleek dat volgende kenmerken een betere behandeluitkomst konden voorspellen: 1) hogere score voor depressieve klachten bij aanvang van de interventie, $F(1, 111) = 52.88$, $p < .01$, 2) van het vrouwelijke geslacht zijn, $F(1, 111) = 6.45$, $p = .01$ en 3) een lage score hebben op neuroticisme, $F(1, 111) = 3.94$, $p = .05$.

Het gebruik en de aanvaardbaarheid van Kleur je Leven zonder bijkomende ondersteuning werd ook al onderzocht. Hierbij werd er ook specifiek gekeken naar de invloed op effectiviteit. De Graaf, Huibers, Riper, Gerhards, en Arntz (2009) bezorgden 200 personen met depressieve klachten logins om deel te nemen aan Kleur je Leven zonder bijkomende begeleiding. Van wie deelnam, maten ze de evolutie na drie maanden en na zeven maanden follow-up. De onderzoekers vonden dat er voldoende hoge deelname was, maar aanzienlijke drop-out. Frequent gebruik van de tool was indicatief voor een verbetering van depressieve klachten op korte termijn, $OR = 2.07$ (range 1.13 – 3.78), $p < .05$. Enkel het uitvoeren van de huiswerkopdrachten bleek echter verbetering te voorspellen op langere termijn, $OR = 2.34$ (range 1.09 – 5.03), $p < .05$. De algemene conclusie werd gemaakt dat de tool geschikt en aanvaardbaar is voor de behandeling van personen met milde tot matige depressieve klachten, maar dat het vooral belangrijk is om manieren te zoeken om vroegtijdige uitval te voorkomen.

2.6 Conclusie

In conclusie is Kleur je Leven op dit moment de meest interessante online interventie in het eigen taalgebied. Het is namelijk 1) relevant voor de preventie van depressie, 2) bewezen effectief bevonden en 3) in het Nederlandstalig beschikbaar met specifieke aanpassing aan de Vlaamse context. Deze aspecten waren dan ook sturend bij de keuze voor deze interventie.

Hoofdstuk 2

Focus van het onderzoek

1 De aanvankelijk geplande studie: effectiviteit van e-mental health in de thuiszorg

1.1 De oorspronkelijke opzet

De oorspronkelijke opzet staat beschreven in de onderzoeks fiche van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (zie Bijlage 3). Het doel van de studie was om de meest geschikte methode te bepalen voor het implementeren van Kleur je Leven, waarbij we ons specifiek richtten op het reduceren van depressieve klachten bij chronisch zieke patiënten en hun mantelzorgers. Dit vereiste een nauwe samenwerking met een thuisverplegingsorganisatie. We zouden daarbij de effectiviteit van de interventie bepalen door deelnemers at random te verdelen over een interventie- of een wachtlijstcontrole-groep. Verder was het ook de bedoeling om attitudes en vaardigheden van thuisverpleegkundigen ten aanzien van depressie in kaart te brengen en te evalueren of het niveau van implementatie-ondersteuning een invloed had op het succes van de interventie.

1.2 Het verloop

We planden de studie als volgt: een eerste stap bestond uit het kiezen van een partnerorganisatie. Het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen was bereid om het onderzoek voor te leggen aan haar autonome provinciale afdelingen. Na verkennende gesprekken met het Wit-Gele Kruis van Antwerpen en het Wit-Gele Kruis van Limburg, bleek dat er met de eerste een consensus mogelijk was over de invulling van het onderzoek. In twee regio's (Afdelingen Duffel en Merksem) werd afgesproken om het onderzoek op te zetten met volledige implementatieondersteuning. Dit impliceerde een opleiding van verpleegkundigen, telefonische support en de mogelijkheid tot bijsturing ter plaatse. In één regio (Afdeling Geel) werd met minimale implementatieondersteuning gewerkt: geen specifieke opleiding, enkel een toelichting van het onderzoeksprotocol en ondersteuning via e-mail. In een tweede stap contacteerden we op aangeven van het WGK zes huisartsenkringen, als belangrijke partners van het WGK in deze regio's. Deze huisartsenkringen ontvingen de algemene informatie rond het onderzoek eerst via mail. Vervolgens brachten we hen ook telefonisch of tijdens overlegmomenten gedetailleerd op de hoogte van de inhoud van het onderzoek. In sommige gevallen informeerden we op aangeven van de huisartsenkringen ook Lokale Multidisciplinaire Netwerken, Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg, Lokale Kwaliteitskringen en Thuiszorgoverleg.

In de daaropvolgende periode concretiseerden we het onderzoek in nauwe samenwerking met het WGK. Zo realiseerden we een informatiefolder voor deelnemers, een website met informatie voor professionals en vragenlijsten voor deelnemers en verpleegkundigen. Daarnaast werd er een opleiding georganiseerd rond depressie voor de verpleegkundigen en een protocol uitgewerkt dat door de verpleegkundigen kon worden gebruikt om mogelijke deelnemers te detecteren en te includeren. Een stand van zaken werd op dit moment ook toegelicht op de thematische stuurgroep van 20 september 2012. Om het effect van de opleiding voor de verpleegkundigen te evalueren, werden een pre- en postmeting opgezet. Deze opleiding ging in september 2012 vijf maal door. Na afloop kregen de ver-

pleegkundigen de opdracht mogelijke deelnemers aan te spreken om aan het onderzoek deel te nemen; het RCT-luik van het onderzoek kon van start gaan.

Midden november 2012 hadden de thuisverpleegkundigen een beperkt aantal weigeringsformulieren ingediend (= registratie van thuisverpleegkundigen die patiënten aanspraken die niet konden of wens-ten deel te nemen). Er was echter nog geen enkele inclusie gerealiseerd. Verder vielen ook de postme-ting bij de verpleegkundigen sterk tegen. Slechts 20 van de verpleegkundigen die aan de premeting hadden deelgenomen ($N = 92$), nam ook de tijd om de postmeting in te vullen.

1.3 De initiatieven tot bijsturing

In overleg met het WGK werd besloten om in november 2012 de verantwoordelijken van de drie afde-lingen opnieuw te contacteren om na te gaan welke barrières voor deelname aan het onderzoek zijn en om deze te remediëren. Alle verpleegkundigen werden in eerste instantie via een stafmedewerker van WGK herinnerd aan de postmeting, samen met de vraag om deze toch in te vullen. Begin decem-ber 2012 stuurden we ook vanuit SWVG een gepersonaliseerde brief naar alle verpleegkundigen. Hier-in werden benadrukt het belang van hun persoonlijke bijdrage aan het onderzoek.

Daarnaast ontvingen ze in de brief ook feedback op maat over: 1) het invullen van de postmeting, 2) het indienen van weigeringsformulieren, 3) het includeren van deelnemers, 4) en het belang om zowel op patiënten als mantelzorgers te focussen. Het aantal weigeringsformulieren nam hierdoor toe ($N = 43$) en uiteindelijk vulden 62 van de 92 verpleegkundigen de postmeting in. Er vond echter slechts één inclusie plaats. De patiënt vulde de premeting in, maar startte – ondanks een herinnering – niet met de cursus. Deze gepersonaliseerde mailing werd nog eenmaal herhaald in februari 2013.

Een deel van de aanvankelijk geplande studie bleek niet haalbaar: de evaluatie van de effectiviteit van de interventie was door een gebrek aan inclusies van niet mogelijk. Vandaar dat er een nieuwe onder-zoeksoptzet werd geformuleerd die werd besproken op de thematische stuurgroep van 27 februari 2013, waarna deze werd gefinaliseerd op 19 april 2013, zie (Bijlage 5) en goedgekeurd werd op de beleidsraad van 29 april 2013. Deze vernieuwde onderzoeksoptzet wordt in de volgende paragrafen in detail besproken.

2 De feitelijk gerealiseerde studie: SWOT-analyse van de implementatie

Een realistische onderzoeksoptzet bleek om verder te gaan met het in kaart brengen van de attitudes en vaardigheden van thuisverpleegkundigen. Daarnaast was het ook nog mogelijk om het effect van de kortdurende training te evalueren en kon het onderzoek nog steeds een bijdrage leveren aan de opti-malisatie van de implementatie van online en/of GGZ-projecten in de thuiszorg.

Na afstemming op de thematische stuurgroepen werd er daarom besloten om de resterende maanden van het onderzoek in te zetten op het in kaart brengen van sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen (SWOT-analyse) in het implementeren van online en/of GGZ-interventies in de thuiszorg. Hiervoor organiseerden we de bovenvermelde interviews met de staf van het WGK en de focusgroep met de thuisverpleegkundigen zelf. Daarnaast werden ook de opmerkingen en bedenkingen van beleidsma-kers in het eindrapport opgenomen. Op basis van de feedback tijdens de thematische stuurgroep werd daarom ten eerste nog meer aandacht besteed aan de (mogelijkheden tot) interactie tussen huisart-sen en verpleegkundigen. De huisarts neemt namelijk een centrale positie in binnen de eerstelijnszorg.

Gerichte aanbevelingen geven aan het beleid over hoe de relatie met verschillende andere actoren – zoals de thuisverpleegkundige – kan worden bevorderd, geeft handvatten om de eerstelijnszorg verder te optimaliseren. Daarnaast werd ook de rol die huisartsen zelf konden spelen in het aanreiken van en omgaan met e-mental health in meer detail bekeken. Hiervoor werden twee huisartsen in opleiding, Linde Wyseur en Yoo-Na Choi aangetrokken. In het kader van hun masterproef onderzochten ze onder begeleiding van dr. Tom Van Daele en Prof. dr. Chantal Van Audenhove of er plaats is voor e-mental health tools voor mild depressieve klachten binnen de Vlaamse huisartsenpraktijken. Zij voerden onder meer een literatuuronderzoek uit die bijdroeg tot de bovenstaande inleiding en ze zetten daarnaast een expertenpanel op met Leuvense huisartsen, waarvan de resultaten ook in dit rapport zijn verwerkt.

3 De onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen die dit project uiteindelijk probeert te beantwoorden kunnen inzicht geven en inspiratie bieden voor beleidsmakers op actuele en relevante vragen voor de eerstelijns (geestelijke) gezondheidszorg in Vlaanderen. Er valt een onderscheid te maken tussen onderzoeksvragen met een eerder enge en een meer brede focus.

3.1 Specifieke onderzoeksvragen

- Hoe staan thuisverpleegkundigen tegenover depressie?
- Kan een training bijdragen aan de competenties en attitudes van thuisverpleegkundigen in het omgaan met depressie?

3.2 Algemene onderzoeksvragen

- De rol van de thuisverpleegkundige in de vermaatschappelijking van de GGZ
 - ♦ Zijn thuisverpleegkundigen inzetbaar als actoren in de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg?
 - ♦ Kan de samenwerking met andere eerstelijnsactoren, in het bijzonder de huisartsen, worden geoptimaliseerd?
- E-mental health in de thuiszorg en in de huisartsenpraktijken
 - ♦ Hoe staan thuisverpleegkundigen ten aanzien van online interventies?
 - ♦ In welke mate kunnen online interventies een meerwaarde bieden aan de huidige en toekomstige patiëntenpopulatie van thuisverplegingsorganisaties?
 - ♦ Hoe staan huisartsen tegenover het gebruik van e-mental health tools in de Vlaamse huisartsenpraktijken?

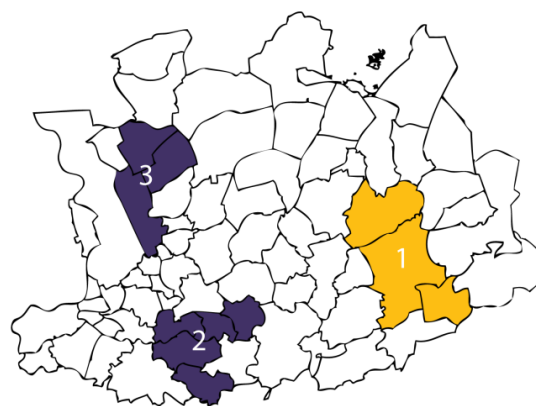
Hoofdstuk 3

Nieuwe opzet en methode

De implementatie van de cursus Kleur je Leven in drie afdelingen van WGK bood de mogelijkheid om de rol van de thuisverpleegkundigen te evalueren in het kader van de vermaatschappelijking van zorg en om ook het potentieel van online interventies te evalueren. In alle drie de regio's werd de Kleur je Leven interventie aangeboden, in twee van de drie regio's volgden de thuisverpleegkundigen eerst nog een kortdurende training die hen in staat moest stellen om beter patiënten met depressieve klachten te detecteren.

1 De regio's

Regio A. In deze controleregio werd KJL beschikbaar gemaakt via de website van de thuiszorgorganisatie. Thuiszorgverpleegkundigen worden via een brochure en een kort opleidingsmoment geïnformeerd over KJL. Er werden brochures voor patiënten ontworpen en deze werden ook verdeeld onder de andere zorgverstrekkers van de patiënten. De afdeling Geel werd hiervoor gekozen (1 op Figuur 1). Deze omvat de gemeenten Geel, Kasterlee, Lichtaart, Meerhout en Tielen. In deze regio zijn de huisartsenkring Regio Turnhout en de Huisartsenkring Zuiderkempen actief.



Figuur 1 Betrokken afdelingen van WGK

Regio B. In deze interventieregio werd KJL beschikbaar gemaakt via de website van de thuiszorgorganisatie. Thuisverpleegkundigen volgden een korte opleiding waarin KJL werd uitgelegd en waarbij ook aandacht wordt besteed aan hoe (vroeg) signalen van depressie te detecteren en hoe patiënten te motiveren om gebruik te maken van de interventie. Brochures werden beschikbaar gemaakt voor patiënten en deze werden ook verdeeld onder de andere zorgverstrekkers van de patiënten. De afdelingen Duffel-Waver en Merksem werden hiervoor gekozen (2 & 3 op Figuur 1). De afdeling Duffel-Waver omvat de gemeenten Berlaar, Bonheiden, Duffel, Koningshooikt, O.LV.-Waver, Rijmenam en Sint-Katelijne-Waver. In deze afdeling zijn de huisartsenkring Dijle & Netevallei en de Huisartsenkring Pallieterland & Omgeving actief. De afdeling Merksem omvat Brasschaat, Deurne Centrum, Deurne Noord, Ekeren, Luchtbal, Merksem en Schoten. In deze afdeling zijn de Geneesherenkring Merksem-Schoten, de Huisartsenkring Brasschaat, de Huisartsenkring Deurne-Borgerhout en de HuisArtsenKring Antwerpen Noord actief.

2 Werving en selectie

2.1 De patiënten

Patiënten werden door de thuisverpleegkundigen gescreend aan de hand van de screeningsvragen van Whooley et al. (1997) aangevuld met de hulpvraag van Arroll et al. (2005).

1. Heb je gedurende de voorbije maand vaak last gehad van
 - ♦ neerslachtigheid, een depressief of hopeloos gevoel?
 - ♦ een gebrek aan interesse of plezier bij wat je doet?
2. Is dit iets waarvoor je hulp zou willen?

Om deel te nemen aan het onderzoek moest een patiënt verder: 1) het Nederlands voldoende beheersen, 2) ouder zijn dan 18 jaar, 3) beschikken over een computer met internetverbinding en 4) over basis computervaardigheden beschikken. De opdracht voor verpleegkundigen was om in elke regio patiënten die wensen deel te nemen en hiervoor in aanmerking komen, beurtelings toe te wijzen aan een interventie- en een wachtlijstcontrolegroep. Patiënten in de interventiegroep konden meteen starten, in de wachtlijstcontrolegroep met vier maanden uitstel. Patiënten bij wie depressieve klachten werden gedetecteerd, maar die niet in aanmerking kwamen voor de interventie, werden aan de hand van een brief naar de huisarts doorverwezen. Bij elke patiënt die met depressieve gevoelens kampte, hier iets aan wou doen, maar niet in aanmerking kwam voor het onderzoek, verwees de thuisverpleegkundige aan de hand van een brief door naar de huisarts van deze patiënt. In deze context was er sprake van vroegdetectie en kon de huisarts deze patiënt vervolgens verder helpen of naar de meest adequate vorm van hulp doorverwijzen.

2.2 De thuisverpleegkundigen

De verpleegkundigen werden geïnccludeerd tijdens informatiesessies op drie lokale afdelingen. Binnen WGK zijn zowel thuisverpleegkundigen als zorgkundigen actief. Thuisverpleegkundigen kunnen twee diploma's hebben: 1) een diploma gegradueerde verpleegkundige van het Hoger Beroepsonderwijs of 2) het professioneel bachelor diploma verpleegkunde. Zorgkundigen kunnen drie diploma's hebben: 1) tweede jaar van de derde graad van het secundair onderwijs, richting 'personenzorg', onderafdeling 'hulp aan de personen' en de opleiding van zorgkundige van een jaar, 2) sociale promotie of beroepsopleiding, gelijkgesteld aan de opleiding van zorgkundige van een jaar of 3) eerste jaar verpleegkunde (gebrevetteerd, gegradueerd, bachelor). Gemakkelijkheidshalve wordt in dit rapport naar de volledige groep als 'thuisverpleegkundigen' verwezen, tenzij er onderscheiden worden besproken gebaseerd op opleidingsniveau. Verder maakte het hierbij ook niet uit of hun patiëntenronde dezelfde bleef (vast verpleegkundige) of variabel was (vervangend verpleegkundige).

2.3 De huisartsen

Huisartsen uit de regio Leuven werden gecontacteerd voor een navormingsmoment in het kader van de masterproef van twee huisartsen in opleiding. Deze stond stil bij de mogelijkheden van e-mental health in de huisartsenpraktijk (Bijlage 5). De infoavond was geaccrediteerd door het RIZIV voor het onderdeel 'Ethiek en Economie' en telde mee voor anderhalf punt. De aanwezige huisartsen kregen eerst algemene informatie rond e-mental health, waarna de Kleur je Leven interventie werd gedemon-

streerd. Na deze voordracht namen de huisartsen deel aan een expertenpanel aan te koppelen die stilstond bij (de mogelijkheden van) het gebruik van e-mental health in hun huisartsenpraktijken.

3 Methode

Voor de dataverzameling werd een beroep gedaan op verschillende methodes die in de volgende paragrafen worden opgelijst en besproken.

3.1 De vragenlijsten

De thuisverpleegkundigen vulden driemaal een korte reflectiebevraging in: bij aanvang van het project, na drie maanden en na zeven maanden. De bevraging omvatte twee vragenlijsten. De eerste was de *Depression Attitude Questionnaire* (DAQ; Botega, Mann, Blizard, & Wilkinson, 1992) die oorspronkelijk was bedoeld voor huisartsen, maar door Scheerder, De Coster en Van Audenhove (2008) werd aangepast voor apothekers. In het huidig onderzoek zijn de vragen identiek aan die van Scheerder et al. (2008), maar werd gekozen voor de thuisverpleegkundigen als protagonist, in plaats van de apothekers. De vragenlijst telt 24 stellingen die volgens een 5-punten Likert-schaal worden beoordeeld met een verloop van 1 'Helemaal mee akkoord' tot 5 'Helemaal niet mee akkoord'.

Naast het interpreteren van de individuele stellingen, is het ook mogelijk om vier subschalen (met lage tot goede interne consistentie ($.54 < \alpha < .70$) te berekenen. De eerste subschaal is 'Houding ten aanzien van therapie'. Een hoge score op deze schaal wijst op het niet serieus nemen van depressie. Hierbij wordt er onder meer van uitgegaan dat depressie geen echte ziekte is, maar dat de aandoening onder de controle van de patiënt is en geen professionele behandeling vereist. Wie een lage score heeft neemt depressie ernstiger en is overtuigd van de noodzaak van professionele hulp. De tweede subschaal is 'Verloop' en staat stil bij het (onvermijdelijke) verloop van depressie. Hoge scores zijn hierbij een indicatie van een meer pessimistische houding: er is een sterke focus op de biochemische oorzaak van depressie, een geloof in het ongeneeslijke karakter en de opvatting dat de aandoening normaal is op oudere leeftijd. Een lage score wijst dan weer op een meer optimistische houding waarbij men er ook van uitgaat dat volledige genezing een reële optie is. De derde subschaal is 'Rol' en staat stil bij de rol die thuisverpleegkundigen zichzelf toekennen in de zorg voor de depressieve klachten van patiënten. Een hoge score wijst op het afwijzen van de eigen rol, waarbij er wordt van uitgegaan dat patiënten alle nodige informatie hieromtrent al van andere professionals zoals de huisarts of psychiater ontvangen. Wie een lage score heeft, ziet hierin echter ook een sterke rol weggelegd voor thuisverpleegkundigen. De vierde en laatste schaal is 'Patiënten' en staat stil bij de houding van thuisverpleegkundigen ten aanzien van depressieve patiënten. Hoge scores wijzen hierbij op een negatieve houding: depressieve patiënten worden als een zware belasting ervaren, zijn onbetrouwbaar en de antidepressiva kunnen een effect hebben op hun persoonlijkheid. Lage scores zijn indicatief voor een meer positieve houding.

De *Confidence scale van Morriss (1999)* onderging een eigen back-translation en hieruit werden twee items geselecteerd die stilstaan bij professionele competentie en gepercipieerde vaardigheden in het omgaan met depressieve patiënten. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een 10-punten Likertschaal die gaat van 'Helemaal niet zeker' tot 'Uitermate zeker'. De eerste vraag 'Herkennen' staat stil bij hoe thuisverpleegkundigen zelf hun capaciteiten inschatten in het herkennen van depressie. De tweede vraag 'Motiveren' focust op de eigen inschatting van verpleegkundigen of ze over voldoende capacitei-

ten beschikken om begrip op te brengen voor een depressief persoon en hem of haar tot kunnen aanzetten tot het zoeken van hulp.

Afsluitend werden er ook een aantal socio-demografische gegevens en het beroepsprofiel bevroegd. Deze bevraging is terug te vinden in Bijlage 6.

3.2 De procesevaluatie

Bij de procesevaluatie wordt er ruimer gekeken dan enkel naar de vooropgestelde einddoelen (d.i. effectevaluatie), maar ook naar de manier waarop deze doelen (al dan niet) worden bereikt. Voor dit onderzoek werd er daarom systematisch data verzameld rond het inclusieproces van patiënten door de thuisverpleegkundigen. Aan hen werd gevraagd om bij elke inclusiepoging een ‘weigeringsformulier’ in te vullen. Op dit document (Bijlage 7) konden ze met minimale inspanning aangeven wat de aanleiding was voor de non-inclusie. De redenen voor weigering zijn in vier grote categorieën in te delen: 1) verkeerde inschatting van depressieve klachten bij de patiënt, 2) patiënt niet te motiveren voor hulpverlening, 3) persoon voldoet niet aan de inclusiecriteria, 4) persoon heeft geen interesse voor deelname.

3.3 De SWOT-analyses op basis van expertenpanels en interviews

Om een antwoord te formuleren op de onderzoeksvragen met een bredere focus, werd beroep gedaan op expertenpanels en interviews. Op de bekomen data werden vervolgens SWOT-analyses uitgevoerd.

3.3.1 Het concept SWOT-analyse

De SWOT-analyse is een richtinggevende analyse die duidelijk maakt waar kansen en bedreigingen liggen voor organisaties of interventies binnen organisaties en dit zowel op intern als extern niveau. Het opzetten van een dergelijke analyse maakt uitdagingen of problemen inzichtelijk. Doelen die op basis van deze analyse worden opgesteld hoeven hierbij niet alleen aandacht te hebben voor punten die niet of minder goed gaan, maar kunnen zeker ook gericht zijn op het versterken van krachten die binnen de organisatie al aanwezig zijn. Tijdens zo een analyse wordt achtereenvolgens bij vier aspecten stilgestaan: 1) sterktes: wat is goed, wat zien anderen als sterke punten, 2) zwaktes: wat gaat niet goed en is vatbaar voor verbetering, wat zien anderen als zwakke punten, 3) kansen: welke verbeteringen zijn mogelijk, waar liggen er mogelijkheden om gebruik te maken van onze sterke punten, zijn er momenteel gunstige ontwikkelingen en 4) bedreigingen: welke belemmeringen zijn er voor verbetering, zijn er zwaktes die een echte bedreiging vormen, welke tegenwerking kunnen we verwachten, beschikken we over de capaciteiten om deze bedreigingen aan te pakken (Trimbos Instituut, 2010).

In dit onderzoek werd de SWOT-analyse buiten de organisatie, door een externe partner opgezet. Dit bood de mogelijkheid om zowel management als de professionals te betrekken en op basis van hun visies en ervaringen kritische reflecties te formuleren en aan de leden van de organisatie mogelijk ook eyeopeners te bieden. Daarnaast liet een dergelijke casestudie ook toe om bevindingen te generaliseren, de specifieke context te overstijgen en meer algemene aanbevelingen voor het beleid te formuleren. Als input voor de SWOT-analyse bij het Wit-Gele Kruis maakten we gebruik van twee verschillende bronnen: het expertenpanel en interviews. Informatie wordt dus verzameld op twee verschillende niveaus: 1) op het niveau van directie en stafmedewerkers en 2) op het niveau van het diensthoofd

zorg en de thuisverpleegkundigen. De SWOT-analyse over het gebruik van e-mental health in de huisartsenpraktijk werd uitgevoerd op de data van het expertenpanel met de huisartsen. Voor de kwalitatieve data-analyse werd gebruik gemaakt van Nvivo (Nvivo 10, QSR International).

3.3.2 De expertenpanels

Een expertenpanel bestaat uit een beperkt aantal deelnemers met een gelijkaardige achtergrond, een getrainde moderator en een persoon die notities neemt. Net zoals in groepsinterviews wordt data verzameld via en over meerdere personen. Het fundamentele verschil is echter dat sociale processen een grotere rol spelen. Er zijn een aantal typische kenmerken van dergelijke panels die ook terug te vinden zijn bij focusgroepen (Kidd & Parshall, 2000; Parys, 2002): 1) geïnterviewden hebben allen een bepaald kenmerk met elkaar gemeen, bijvoorbeeld hun beroep of het meegemaakt hebben van een bepaalde gebeurtenis 2) voorafgaand aan het expertenpanel doet de onderzoeker een situationele analyse, waarbij er wordt nagedacht over significante elementen, patronen en processen. Zo kunnen op voorhand een aantal hypothesen worden opgesteld. 3) Deze analyse leidt tot een duidelijk afgelijnde topiclijst die tijdens het expertenpanel wordt overlopen. Kwesties die enige polemieken kunnen uitlokken zoals het uitbreiden van de professionele focus van thuisverpleegkundigen en het gebruik van nieuwe technieken zoals e-mental health zijn hierbij dankbare onderwerpen om in expertenpanels te behandelen.

In dit onderzoek werd een eerste expertenpanel opgezet binnen het WGK Merksem met de thuisverpleegkundigen. Volgende onderwerpen werden hierbij behandeld: 1) het potentieel van online interventies in de thuiszorg zowel nu als in de toekomst, 2) de rol van de thuisverpleegkundige in de vermaatschappelijking van de GGZ en 3) de optimalisatie van samenwerking met andere eerstelijnsactoren, in het bijzonder de huisartsen. Vijf ervaren, vrouwelijke thuisverpleegkundigen en hun dienst-diensthoofd zorg werden uitgedaagd om hierrond met elkaar in discussie te gaan en over deze onderwerpen te reflecteren op basis van hun praktijkervaring. Het tweede expertenpanel ging door in Leuven met zes huisartsen (drie mannen, drie vrouwen) en een huisarts in opleiding (vrouw) uit de regio. Hier stond één vraag centraal, namelijk hoe huisartsen staan tegenover het gebruik van e-mental health tools in de Vlaamse huisartsenpraktijken? De leidraden van beide expertenpanels zijn terug te vinden in Bijlage 8.

3.3.3 De interviews

Om ook de visies van medewerkers met een meer aansturende rol binnen de thuiszorgorganisatie aan bod te laten komen, werden er verder ook Interviews opgezet met de stafmedewerker binnen het betrokken departement zorgbeleid en het dienst-diensthoofd zorg van de afdeling Merksem. De semi-structureerde interviews verliepen aan de hand van dezelfde leidraad als die van het expertenpanel voor de thuisverpleegkundigen.

4 Analysemethoden

4.1 Kwantitatieve data-analyse

Er werd gebruik gemaakt van kwantitatieve data-analyse van de vragenlijsten met behulp van SPSS (SPSS 16.0, IBM) om de aanvangsattitude en competenties van thuisverpleegkundigen in kaart te brengen. Verder werd er ook gekeken naar een mogelijke evolutie hierin naar aanleiding van de kort-

durende interventie. Naast descriptieve statistieken maakten we hiervoor gebruik van lineaire mixed model analyses met beperkte meest aannemelijke schatting (REML). Hierbij werd gekeken naar het interactie-effect tussen beide groepen over de drie meetmomenten heen. Deze analysetechniek is vooral interessant wanneer er sprake is van ongebalanceerde data: deelnemers hoeven niet noodzakelijk op alle drie de meetmomenten deel te nemen om gebruik te kunnen maken van hun antwoorden. Ontbreekt er namelijk een respons dan kan de score hiervan op basis van de andere beschikbare data worden geschat (Sterne et al., 2009).

Ook voor de data bekomen uit de procesevaluatie werd op kwantitatieve data-analyse beroep gedaan. We maakten meer bepaald gebruik van descriptieve statistieken om inzicht te krijgen in de redenen van non-participatie. Verder maakten we gebruik van de chi-kwadraattoets om na te gaan of er een onderscheid was tussen beide groepen wat betreft het aantal succesvolle detecties en doorverwijzingen van patiënten door de thuisverpleegkundigen. Alle analyses gebeurden aan de hand van SPSS 19.0.

Hoofdstuk 4

Resultaten

In de volgende paragrafen worden de resultaten van voorgaand onderzoek opgelijst. Hierbij wordt zowel aandacht besteed aan de kwantitatieve analyses van de specifieke onderzoeksvragen, als aan de kwalitatieve analyses van de algemene onderzoeksvragen.

1 De attitudes en competenties van thuisverpleegkundigen ten aanzien van depressie

1.1 De algemene attitudes en competenties

Tabel 1 Karakteristieken van het personeel van het Wit-Gele Kruis van Antwerpen. deelnemend aan de Kleur je Leven studie (N = 92)

	Groep						Bereik
	Duffel-Waver		Merksem		Geel		
	(N = 35)		(N = 28)		(N = 29)		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Attitude (DAQ)							
Behandeling	22.95	4.07	24.76	4.24	22.71	4.24	8-40
Verloop	9.97	3.03	10.61	3.75	10.64	3.75	4-20
Rol	17.11	3.81	17.84	3.71	18.30	3.71	6-30
Patiënten	14.09	3.85	16.07	3.34	15.63	3.34	5-25
Competentie (MCS)							
Herkennen	3.74	1.93	4.11	2.32	3.90	2.21	1-10
Motiveren	7.09	1.95	7.54	1.73	6.66	2.18	1-10
Socio-demografisch							
Leeftijd	41.17	10.05	42.46	12.08	38.70	9.91	22-64
	%		%		%		
Geslacht (% vrouwen)	97.10		85.70		79.30		
Beroepsprofiel							
Opleiding							
Verpleegkundige HBO	48.60		35.70		69.00		
Bachelor Verpleegkunde	34.30		42.90		20.70		
Andere	17.10		17.90		6.90		
Functie							
Vast	68.60		70.40		72.00		
Vervangend	31.40		29.60		28.00		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Ervaring							
Jaren	12.11	12.20	13.99	10.81	10.96	8.92	0-36
	%		%		%		
Psychiatrisch	28.60		14.30		48.30		

M = Gemiddelde. *SD* = Standaarddeviatie. % = Procent

Tussen 5 september en 24 september 2012 werden op vijf momenten, telkens voorafgaand aan informatiesessies rond het Kleur je Leven onderzoeksprotocol, in het totaal 92 werknemers van het Wit-Gele Kruis van Antwerpen bevestigd.

1.1.1 De socio-demografische gegevens en het opleidingsniveau

De resultaten staan opgesplitst naar afdeling weergegeven in Tabel 1. In deze toelichting wordt de groep als geheel besproken ($N = 92$). Uit de socio-demografische gegevens komt naar voor dat het personeel overwegend vrouwelijk is (93% vrouwen) en gemiddeld genomen 40 jaar oud ($SD = 10.60$, bereik = 22-64). Binnen de hulpverlenergroep is echter sprake van vrij veel variatie in leeftijd. Wat het beroepsprofiel betreft, heeft de helft hoger beroepsonderwijs verpleegkunde gevolgd, een derde een Bachelor in de verpleegkunde en de meerderheid van de categorie 'anders', zo'n 10 procent van de volledige groep, is zorgkundige. Gemakkelijkheidshalve wordt verder ook naar de volledige groep als 'thuisverpleegkundigen' verwezen. Slechts 5 procent heeft een specialisatie of bijkomende opleiding in de psychiatrische verpleegkunde gevolgd, maar 30 procent geeft wel aan professionele ervaring te hebben met psychiatrisch patiënten. Zo'n 70 procent van de thuisverpleegkundigen is een vast verpleegkundige, wat inhoudt dat hij of zij altijd dezelfde patiënten verzorgt, bij de andere 30 procent, vervangend verpleegkundigen, wisselt hun patiëntendoelgroep heel regelmatig. Ten slotte heeft de gemiddelde thuisverpleegkundige 12 jaar ervaring ($SD = 10.80$, bereik = 0-36), al is er ook hier – naar analogie met de leeftijd – sprake van een sterke variatie binnen de groep.

1.1.2 De attitudes

De attitudes van professionals ten aanzien van depressieve patiënten kunnen op twee manieren worden geïnterpreteerd. Een eerste is absoluut. Hierbij kan op basis van de score op elke subschaal een specifieke uitspraak worden gedaan over de gemeten attitude. Een tweede manier is relatief: er zijn momenteel nog maar weinig normgegevens beschikbaar, maar de scores van de thuisverpleegkundigen kunnen wel vergeleken worden met deze van de apothekers uit het onderzoek van Scheerder et al. (2008).

Tabel 2 Vergelijking attitudes tussen thuisverpleegkundigen en apothekers (op basis van data van Scheerder et al., 2009)

	Groep				
	Thuisverpleegkundigen ($N = 92$)		Apothekers ($N = 69$)		Middelpunt
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Attitude (DAQ)					
Behandeling	23.43	4.21	23.24	4.83	24.00
Verloop	10.38	3.38	12.01	2.64	12.00
Rol	17.71	4.18	16.49	3.62	18.00
Patiënten	15.18	3.72	17.62	2.47	15.00

M = Gemiddelde. *SD* = Standaarddeviatie.

Bij de absolute interpretatie kan gekeken worden of de score bij elke schaal boven dan wel onder het middelpunt van de schaal te situeren is. Daarnaast kunnen de standaarddeviaties iets zeggen over de variatie binnen de groep. Op de schaal 'Behandeling' scoren thuisverpleegkundigen net onder het schaalgemiddelde. De attitude ten aanzien van de behandeling van depressie is dus neutraal. Op de

schaal 'Verloop' is de gemiddelde score ruim twee punten onder het schaalgemiddelde. Hier neigen thuisverpleegkundigen iets meer naar een positieve visie op het verloop van depressie. Al is hun mening over depressie bij ouderen wel eerder neutraal. Indicatie hiervoor is te vinden in de score op het schaalitem 'In de ouderdom is het normaal dat depressieve klachten voorkomen'. Dit item is vooral relevant omdat de patiëntenpopulatie van het Wit-Gele Kruis van Antwerpen overwegend uit ouderen bestaat. Met een itemscore van 3.37 ($SD = 1.18$) ligt deze toch iets hoger dan het middelpunt op deze vijfpuntenschaal. De derde schaal is 'Rol'. De score ligt rond het schaalgemiddelde, wat op een neutrale houding wijst. De vierde en laatste schaal is 'Patiënten'. De thuisverpleegkundigen scoren ook hier rond het schaalgemiddelde. Een meer gedetailleerde inspectie van de verschillende items wijst verder uit dat er wel enige variatie is: er zijn wel negatieve ervaringen, maar deze slaan eerder op hun gebrekkig opvolgen van advies rond medicatiegebruik 3.03 ($SD = .94$) dan dat depressieve patiënten een bijkomende belasting zouden zijn voor de thuisverpleegkundigen 2.41 ($SD = 1.17$).

Worden de scores van de verpleegkundigen vergeleken met die van de apothekers (Tabel 2), dan valt op dat deze in grote lijnen gelijklopen. In vergelijking met apothekers staan thuisverpleegkundigen iets meer weigerachtig tegen de rol die ze kunnen spelen in de aanpak van depressie. Daartegenover staat dan weer dat ze wel positiever staan ten aanzien van patiënten met depressieve klachten.

1.1.3 De gepercipieerde competenties

Wanneer gekeken wordt naar de gepercipieerde competenties, dan valt op dat thuisverpleegkundigen momenteel sterk overtuigd zijn dat ze begrip kunnen opbrengen voor iemand die lijdt aan depressie en dat ze hem/haar zou kunnen aanzetten tot het zoeken van hulp ($M = 7.09$, $SD = 1.97$). De herkenning blijkt echter iets moeilijker. Ook al is de stelling vrij ambitieus geformuleerd 'Na een eenmalig contact met een persoon, ben ik zeker dat ik een persoon met depressie zou herkennen', toch is een score van 3.90 ($SD = 2.12$) laag op een 10-punten schaal. Dit impliceert dat er – zeker wat detectie betreft – nog ruimte is voor verbetering.

Tabel 3 Evolutie attitudes thuisverpleegkundigen over tijd

Attitude	Groep											
	Interventiegroep						Controlegroep					
	Pre		Post		Follow-up		Pre		Post		Follow-up	
	(N = 63)		(N = 46)		(N = 30)		(N = 29)		(N = 14)		(N = 16)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Behandeling	23.75	4.20	24.16	4.30	24.25	3.85	22.72	4.24	21.68	4.49	24.22	4.71
Verloop	10.25	3.21	10.26	3.53	10.42	2.70	10.64	3.75	9.76	2.76	11.25	3.52
Rol	17.43	4.38	16.56	4.50	17.79	3.10	18.30	3.71	16.54	4.26	15.23	3.90
Patiënten	14.97	3.89	15.68	3.72	15.60	3.74	15.63	3.34	15.56	2.89	15.90	3.18
CS												
Herkennen	3.90	2.10	5.00	1.90	5.50	2.30	3.90	2.21	4.36	2.21	4.50	1.67
Motiveren	7.29	1.85	7.70	1.79	7.57	1.85	6.66	2.18	6.79	2.05	6.75	1.98

M = Gemiddelde. *SD* = Standaarddeviatie. CS = Confidence scale

1.2 De effecten van de minimale interventie

1.2.1 De effecten op attitudes en competenties

De nameting vond plaats in de eerste week van november 2012, de follow-up meting ging door in de laatste week van maart 2013. Een overzicht voor interventie- en controlegroep over de drie meetmomenten heen is terug te vinden in Tabel 3.

Bij aanvang vulden 92 thuisverpleegkundigen de vragenlijst in: 63 in de interventiegroep en 29 in de controlegroep. De interventiegroep bestond uit 58 vrouwen, de controlegroep telde er 23. Thuisverpleegkundigen in de interventiegroep waren gemiddeld genomen 41.70 jaar oud ($SD = 10.84$, bereik = 22-64) en hadden 11.60 jaar professionele ervaring. Thuisverpleegkundigen in de controlegroep waren gemiddeld genomen 38.70 jaar oud ($SD = 9.91$, bereik = 23-58) en hadden 13.99 jaar ervaring ($SD = 10.81$, bereik = <1 – 36). Er waren geen significante verschillen op de meeste baselinekarakteristieken. Niettemin hadden meer thuisverpleegkundigen in de controlegroep ervaring met psychiatrisch patiënten, $\chi^2(1, n = 87) = 6.511, p = .011$, en was hun opleidingsniveau lager, $\chi^2(1, n = 90) = 8.10, p = 0.47$, in vergelijking met de interventiegroep. Daarnaast was er een randsignificant verschil in het aantal mannen in beide groepen. Om te controleren voor mogelijke verschillen tussen beide groepen die te wijten zijn aan deze factoren, werden deze drie variabelen als bijkomende, controlerende ‘fixed factors’ opgenomen in de lineaire mixed model analyses.

Attitudes. De mixed model analyses geven aan dat er op geen van de attitudeschalen een significante evolutie is vast te stellen bij de interventiegroep. Niet voor de groep-over-tijd interactie voor ‘Behandeling’, $F(2, 103) = 1.718, p = .185$, noch voor ‘Verloop’ $F(2, 93) = 1.46, p = .237$, noch voor ‘Patiënten’, $F(2, 89) = .359, p = .699$. Er werd echter wel een significante verandering teruggevonden op de ‘Rol’ schaal, $F(2, 109) = 3.10, p = .049$, waarbij de scores van de thuisverpleegkundigen in de interventiegroep stegen, terwijl deze in de controlegroep daalden.

Gepercipieerde competenties. Gelijkaardige effecten worden teruggevonden bij de gepercipieerde competenties. Geen significante verandering in het opbrengen van begrip voor iemand die lijdt aan depressie en het kunnen aanzetten tot zoeken van hulp, $F(2, 202) = .30, p = .75$ en daarnaast ook geen significante verandering wat betreft de herkenning van personen met depressieve klachten $F(2, 202) = .79, p = .46$.

1.2.2 Het effect op het aantal detecties van depressieve patiënten

De thuisverpleegkundigen bezorgden over een periode van twee maanden 43 weigeringsformulieren. De patiënten die werden benaderd waren overwegend vrouwen ($N = 27$) en chronisch ziek ($N = 29$). Hoewel minder frequent gerapporteerd (33% ontbrekende waarden) ging het in de meerderheid van de gevallen om patiënten ($N = 18$), maar bleek er daarnaast ook aandacht te zijn voor de mantelzorgers ($N = 11$).

De redenen voor weigering. Er waren verschillende redenen waarom een patiënt niet kon deelnemen. Een eerste reden was een onterecht vermoeden van depressieve klachten door de thuisverpleegkundige. Dit bleek in 1 van de 43 ondernomen pogingen het geval. Verder wensten 11 patiënten geen hulp bij hun depressieve klachten. Het ontbreken van een computer ($N = 30$) bleek bij de resterende patiënten de voornaamste reden om niet deel te kunnen nemen, gezien 6 personen expliciet aangaven geen € 10 te willen betalen voor deelname aan het onderzoek.

De detecties. Verder bleek dat wanneer de interventie- en controlegroep met elkaar werden vergeleken, er significant meer thuisverpleegkundigen uit de interventiegroep correct patiënten met depressieve klachten detecteerden in de twee maanden volgend op de kortdurende training. In de interventiegroep detecteerden 16 van de 63 thuisverpleegkundigen depressieve patiënten, in de controlegroep 2 van de 29 thuisverpleegkundigen, $\chi^2 (1, n = 92) = 4.45, p = .035$.

2 Analyses van de expertenpanels

De SWOT-analyse op basis van het expertenpanel en interviews bij het Wit-Gele Kruis van Antwerpen staat stil bij drie onderwerpen: 1) het potentieel van online interventies in de thuiszorg zowel nu als in de toekomst, 2) de rol van de thuisverpleegkundige in de vermaatschappelijking van de GGZ en 3) de optimalisatie van samenwerking met andere eerstelijnsactoren, in het bijzonder de huisartsen. Voor elk van deze onderwerpen worden de sterktes, zwaktes, uitdagingen en bedreigingen opgelijst. Een schematische voorstelling is terug te vinden in Tabel 4. De SWOT-analyse op basis van het expertenpanel met de huisartsen wordt ten slotte als vierde en laatste topic toegelicht. Een schematische voorstelling hiervan is terug te vinden in Tabel 6.

Tabel 4 Karakteristieken deelnemers expertenpanel en interviews verpleegkundigen

ID	Geslacht	Leeftijd	Ervaring	Beroep
V1	V	58	34	T
V2	V	23	2	T
V3	V	51	30	T
V4	V	48	27	T
V5	V	27	7	Z
DZ	V	42	17	-
S	M	-	-	-

T = thuisverpleegkundige, Z = zorgkundige, S = stafmedewerker, DZ = diensthoofd zorg, M = Man, V = Vrouw

Over de verschillende onderwerpen werden bij de analyses een aantal generieke thema's teruggevonden. Deze komen courant voor, al zijn deze niet telkens bij elke SWOT-component terug te vinden. Een eerste is gelabeld 'structuur'. Dit thema verwijst naar eigenschappen die inherent zijn aan de interne en externe werking van organisaties of de conceptualisatie en uitwerking van interventies. Een tweede thema is 'attitude', wat verwijst naar de opvattingen van de professional zelf, maar ook van de patiënten en andere professionals waarmee ze in aanraking komen. Een derde thema is 'capaciteiten', wat verwijst naar de mogelijkheden en vaardigheden waarover professionals en hulpverleners beschikken. Een vierde en laatste thema is 'beleid': hierbij wordt er verwezen naar aspecten die het individuele of de specifieke organisatiecontext overstijgen en waarbij de rol van de overheid als (gepercipieerde) bevoegde instantie wordt aangehaald.

2.1 Het potentieel van online interventies

Een eerste SWOT-analyse focust op het potentieel van online interventies in de thuiszorg zowel nu als in de toekomst. Via het onderzoek waren de personeelsleden van het Wit-Gele Kruis van Antwerpen in aanraking gekomen met een specifieke interventie, Kleur je Leven, maar er werd hen expliciet gevraagd om ook ruimer te denken: over andere interventietypes en bij uitbreiding ook andere vorming van technologische vooruitgang die op korte of lange termijn een rol in hun dagdagelijkse praktijk zouden kunnen betekenen.

2.1.1 Sterktes

Een grote sterkte van online interventies is het 'just in place, just in time' concept dat frequent wordt aangehaald. Thuisverpleegkundigen zien in het gebruik van online en digitale applicaties (bijvoorbeeld aan de hand van een tablet) voordelen voor zichzelf die hun werk als professional kan faciliteren.

DZ: Enerzijds gebruiken om protocollen op te zoeken, maar anderzijds ook vooral de toegang tot het internet: gewoon op het moment kunnen opzoeken wat je nodig hebt, op die plaats, op dat moment toegang hebben en er iets mee kunnen doen.

V4: ... als je dat op het moment zelf kan laten zien, en als patiënten zaken lezen waar ze niet goed aan uitraken, dan kan je hen dat uitleggen. Ook wanneer mensen vragen hebben over iets: online kan je alles vinden.

Daarnaast vermoeden ze dat het in de toekomst, met meer toegankelijke applicaties en verdere technologische vooruitgang, gemakkelijker en minder abstract zal worden om als thuisverpleegkundige interventies aan te prijzen. Het visuele aspect speelt hierbij ook een grote rol.

V3: Maar ook als je aan de mensen Kleur je Leven wou aanbevelen, dat kwam allemaal zo wazig over. Tegenover als je meteen kan tonen hoe het eruit ziet en wat je ermee kan doen, de mensen dan eerder iets zouden hebben van: o, dat kan ik misschien wel, dat moet wel lukken.

DZ: En ik denk, als je verder gaat met het concept van eHealth en je zit met je patiënt en je hebt de tijd en ruimte van gewoon te kunnen demonstreren: 't is eigenlijk niet zo moeilijk hoor, we gaan eens kijken, we gaan het even openen. Niet zeggen: surf daar eens heen en bekijk dat even... Zet een tool op de tablet, klik het open en hup... dat is wat je moet doen. Ik denk dat dit beter zal zijn?

V4: Visueel [is] iets [ook] beter uitleggen, [dan] begrijpen ze het ook beter, door dat te laten zien.

Ten slotte zien verpleegkundigen ook wel een rol voor zichzelf weggelegd binnen e-mental health. De twee voornaamste functies die ze zelf aanhalen zijn het aanreiken van informatie enerzijds en het opnemen van de rol als zorgpartner: een nabije professional die behandeling of begeleiding helpt faciliteren.

V4: Je kan de website aanreiken.

V1: [de rol van de verpleegkundige is] om het aan te reiken.

DZ: Ik zet het [= een online tool] even open, een proefversie, probeer dit even! En beslis dan. Ik ben zeker dat al onze verpleegkundigen dit kunnen.

S: Als die patiënt op voorhand [voor een gepland consult] een vragenlijst kan invullen en er zit daar ergens een verpleegkundige die de vragenlijst analyseert, dat doorgeeft aan die arts, waarna die arts kan beslissen: dat ziet er hier allemaal goed uit, die hoeft niet te komen.

2.1.2 Zwaktes

Voor de huidige doelgroep van het Wit-Gele Kruis is een interventie als Kleur je Leven te technisch. Ook het mobiele ICT-systeem waar het Wit-Gele Kruis zelf beroep op doet, voldoet niet aan de hedendaagse technische eisen (al wordt dit systeem begin 2014 vervangen).

V4: Hier kan je dat inderdaad op opzoeken, maar dat gaat zo traag.

DZ: [na verloop van tijd gebeurde de screening van patiënten] puur en alleen op depressieve stemming ... detectie was meestal zo van: 't Is niemand voor Kleur je Leven, want die heeft geen computer.

Daarnaast geven verpleegkundigen aan dat er momenteel geen tijd beschikbaar is tijdens hun dagelijkse bezoeken om veel aandacht te hebben voor aspecten naast hun strikte taakinving, zoals e-mental health interventies.

V1: We hebben natuurlijk niet de tijd om dit bij iedereen te gaan doen.

V3: Als je eigenlijk nog voldoende mobiel bent en niet incontinent, dan krijg je moeilijk hulp: twee maal per week in douche steken en verder is geen ruimte om hulp aan te bieden.

V3: Nu zou je moeilijk even bij iemand kunnen gaan zitten en zeggen: kom we gaan hier die website even samen bekijken.

2.1.3 Uitdagingen

Er zijn echter ook kansen voor de toekomst. Zo wordt er wel de nood ervaren om bezoeken meer nuttig in te vullen en worden e-mental health interventies of het gebruik van een tablet met relevante informatie voor patiënten hierbij wel als een mogelijk gezien. Daarnaast beseffen ze ook dat zelfs de huidige generatie ouderen hier misschien voor open staat en dat dit in de toekomst alleen maar zal toenemen.

DZ: Als je bijvoorbeeld pilletjes aan het klaarzetten bent: we hebben een groot deel van onze patiëntenpopulatie waar we enkel daarvoor langskomen.

V1: Je moet die mensen van tachtig ook niet onderschatten, er zijn er die dat kunnen.

DZ: De mensen van 60, 70 zijn binnen tien jaar ook tachtig en die zitten ondertussen al duchtig op de computer, dus...

Ten slotte zien verpleegkundigen in e-mental health interventies ook een mogelijke oplossing om aan een courante verzuchting tegemoet te komen: dat ze vroegtijdig moeten afhaken en dat ze momenteel niet veel verder kunnen gaan dan de 'oppervlakkige' lichamelijke zorg.

DZ: Ik ben er zeker van onze verpleegkundigen dat ze dit allemaal kunnen, maar dat ze daar momenteel gewoon de tijd niet voor hebben en dat vind ik wel jammer. Omdat ze ... het zo belangrijk dat ze [= de patiënten] niet alleen globaal geholpen zijn, maar dat ze ook hun toilet krijgen, dat die in hun geheel in orde. Ik ervaar zelf dat ze vooral dat als een minpunt van hun beroep beschouwen: dat ze te vroeg moeten afhaken.

2.1.4 Bedreigingen

De grootste bedreiging die bij de thuisverpleegkundigen worden gezien voor het succesvol inzetten van e-mental health interventies in de thuiszorg, is dat dergelijke interventies momenteel geen officieel deel uitmaken van het takenpakket.

V2: Als er niet voldoende punten zijn, kunnen we niet meer zorgen bieden, dat is eigenlijk wel spijtig. Eigenlijk zou je ook bij mensen moeten kunnen langsgaan waar het nog niet zo erg mee is gesteld.

V4: Ik ben er wel van overtuigd dat we in de toekomst meer van die technologie gebruik zullen kunnen maken, als de ruimte er ook voor is

V3: Nu zou je moeilijk even bij iemand kunnen gaan zitten en zeggen: kom we gaan hier die website even samen bekijken.

DZ: Preventie is momenteel nu ook geen deel van ons takenpakket... we schuiven van residentieel ... naar meer thuiszorg, maar dan is er ook meer nood aan aandacht voor preventie. Dan zie ik hier zeker ook een rol voor weggelegd van eHealth.

S: Nu is echter het moment nog niet: er is een te grote 'gap' in heel dat systeem. Ik denk dat als er daar een stuk van het budget zou kunnen vrijkomen, het voor heel veel mensen een verschil zou kunnen maken.

2.2 De rol van de thuisverpleegkundige in de vermaatschappelijking van de GGZ

Een tweede SWOT-analyse gaat ruimer dan e-mental health en kijkt naar de rol die thuisverpleegkundigen kunnen opnemen in de vermaatschappelijking van de zorg. Hoe zien zij hun rol in het creëren van meer en toegankelijke geestelijke gezondheidszorg?

2.2.1 Sterktes

Het Wit-Gele Kruis van Antwerpen heeft door haar organisatiestructuur een aantal troeven om zich flexibel op te stellen rond geestelijke gezondheid en ook haar personeelsleden een kader te bieden om hiermee aan de slag te gaan. Zo zijn er frequente patiëntenteams waarop de geestelijke gezondheid van de patiënten als aandachtspunt kan worden geagendeerd.

DZ: 't Was, 't was wel een hele goeie sensibilisatie wat we nu hebben meegedaan, want we hebben dat wel op elk team meegenomen.

DZ: ... We hebben dat ook altijd wel afgetoetst als we ergens zagen: gho, 't was een moeilijke mens of dit of dat. Nu hebben we dat even opengetrokken: is er niets meer aan de hand? En

dat vond ik wel... daar is wel heel veel uitgekomen. En dat is wat soms misschien wel wat ontbreekt. Dat we misschien denk ik, niet iedereen zo diep gaat kijken. Denk ik.

V1: Met die vergaderingen wordt dat [=alert zijn voor depressieve klachten bij patiënten] dan wel door iemand anders gevraagd...

Men werkt ook in teams waar zowel formeel en informeel contact is (en dus mogelijkheid tot inter- en supervisie).

V5: Ik kan 't sowieso doorzeggen, brieven aan mijn collega's. Zou ik wel doen.

V2: En ook, je zegt dat je dat even op een team opentrekt. Zo van: komt daar nog iemand? Wat vind jij daar van? Alle, dat je...

De organisatie is ook goed ingebed in het lokale zorglandschap wat doorverwijzen vlot mogelijk maakt.

DZ: Maar daar werd wel iets mee gedaan: er werd mee gesproken, er werd met de huisarts contact opgenomen, dat werd hier genoteerd, er werd een verpleegconsult van gemaakt ... dat werd echt wel iets mee gedaan.

Verder beschikken de verpleegkundigen zelf ook over een aantal capaciteiten die hen ook goed inzetbaar maken om psychische problemen bij hun patiënten te detecteren. Zo hebben ze een sterke, persoonlijke band met hun patiënten.

V1: Weet je, als die gestorven is, ben ik naar de begrafenis geweest en was ik helemaal alleen in de kerk.

DZ: Dat zijn dikwijls ook mensen aan de rand van de maatschappij, het zijn ook dikwijls de mensen waar wij als enige over de vloer komen

V3: Ik kom daar denk ik al tien jaar.

Daarnaast geven ze zelf aan ook heel alert te zijn voor veranderingen in gedrag bij patiënten of kleine problemen die mogelijk ervaren, maar ze zelf niet aangeven.

V1: En praktisch gezien, sommige depressies kunnen we allé ... als dat maar neerslachtig is, zal ik zeggen, voor een depressie, dan kan je dat wel onderscheppen ...

DZ: en des te meer denk ik dat het belangrijk is dat we zo'n dingen detecteren en wat we ermee doen, dat we er inderdaad wel iets mee doen. Je kan het niet allemaal oplossen, dat kan je niet, maar je kan er wel iets mee doen. En de eerste stap is dikwijls al een goeie stap...

S: Het principe van: ik ben eigenlijk goed geplaatst om die dingen te merken, ik observeer dat iedere dag enzovoort ...

Ten slotte komen ze in aanraking met veel diverse problematieken, maar benaderen ze de persoon meestal wel vanuit een holistisch patiëntbeeld. Hierbij is er zowel aandacht is voor lichamelijke als voor fysieke gezondheid.

S: ... dat thuisverpleegkundigen eigenlijk heel laagdrempelig zijn en dat die sowieso al vanuit de reguliere zorg heel veel in contact komen met mensen met soms een heel gamma aan problematieken.

DZ: als het op gebied aankomt van de patiënt in z'n totaliteit te zien en dieper te gaan dan alleen het zorgkundige of het verpleegkundige aspect, dan zit dat wel goed, denk ik. Dat is trouwens ook een aspect van een goede thuisverpleegkundige: je patiënt in z'n geheel gaan zien.

2.2.2 Zwaktes

De voornaamste zwaktes hebben enerzijds te maken met de verschillende opleidingsprofielen van de thuisverpleegkundigen en anderzijds met de individuele attitudes. Zo lijkt het dat zorgkundigen iets minder openstaan voor de psychische gezondheid van patiënten. Omwille van de sterke variatie onder de patiënten die ze verzorgen hebben vervangverpleegkundigen verder ook een minder goede band met patiënten dan vast verpleegkundigen.

DZ: Dat was een zorgkundige en die is daar niet mee bezig ... en ligt dat aan de opleiding? Ik denk het wel, een stuk aan opleidingsniveau.

S: Neem iemand die afstudeert als reguliere verpleegkundige: die gaat wel wat hebben meegekregen rond psychische ziektebeelden enzo, maar toch niet zoals een psychiatrisch verpleegkundige dat heeft, die is daar echt in opgeleid. Plus ja, ook heel wat mensen voelen zich niet bekwaam ...

V3: Nee, zeker geen vervangverpleegkundige, want da zou hij [= de patiënt] zeker niet appreciëren...

Los van opleiding is het natuurlijk ook zo dat de persoonlijke attitude een rol kan spelen.

DZ: De ene vindt dat ook belangrijker dan andere, de andere is puur en alleen bezig met de verpleegtechnische zorgen.

DZ: de ene persoon ziet gewoon verder en bekijkt een patiënt vanuit een heel ander referentiekader dan de collega's. En ligt dat aan de opleiding? Ik denk het wel, een stuk aan opleidingsniveau, maar ook een stuk aan empathisch zijn. Het willen zien, het kunnen zien.

S: Dat is soms de perceptie die een aantal verpleegkundigen die bij ons hebben of in het algemeen hebben: mijn taak is goede zorg geven, zien dat men van boven tot onder 'opgeblonken' is. Dat is ook belangrijk uiteraard, maar dan mag je ook de rest niet vergeten.

2.2.3 Uitdagingen

Om thuisverpleegkundigen succesvol in te zetten in de vermaatschappelijking van de GGZ zijn er echter wel nog een aantal uitdagingen. Een eerste bestaat in het stimuleren van multidisciplinair werken. Hoewel thuisverpleegkundigen hier zeker voor open staan, dient er hier nog explicieter aandacht aan te worden besteed.

V2: Want met verschillende rond de tafel, dan kan je tot een besluit komen, alleen gaat dat niet.

DZ: Dan moet er ook een besluit zijn dat gedragen wordt door het hele team en dan heeft dat veel meer kracht, naar hem toe geeft dat ook veel meer vertrouwen dan wanneer er telkens iemand anders komt, en dan zijn eigen mening heeft en iets anders verkondigt ofzo.

V4: En dat gaat ook altijd ja, dezelfde dingen doen, niet anders, dan ben je beter op elkaar ingespeeld.

S: Er zouden uiteraard heel wat mogelijkheden kunnen zijn, als je binnen het systeem van de thuisverpleging inderdaad ook een stukje geestelijke gezondheidszorg zou kunnen inpakken, uiteraard in nauwe samenwerking met anderen, want ik bedoel dat solo gaan doen als thuisverpleging dat is waanzin.

Daarnaast is het ook belangrijk om de capaciteiten van thuisverpleegkundigen verder uit te breiden. Aandacht voor GGZ tijdens supervisiemomenten is een zaak, daarnaast kan er aan expertisebevorderingen worden gedaan: bij de groep thuisverpleegkundigen in zijn geheel, maar evengoed door specialisten binnen de verschillende teams aan te stellen bij wie thuisverpleegkundigen met hun vragen terecht kunnen.

DZ: We hebben daar echt wel wat tijd extra aan besteed binnen de teams. Dat kost tijd, maar als we ons engageren wilden we daar ook wat extra tijd in investeren.

V1: Eigenlijk zou dat een speciaal team moeten zijn. Die psychologische verpleegkundigen. Of een team dat zich aangesproken voelt, want je kan niet bij een gewone toer psychiatrische patiënten bijnemen.

V2: Daar is toch ook iets van opleiding voor nodig.

V4: Die visie van iemand die gespecialiseerd is, die zou toch een extra ondersteuning bieden hé

DZ: Als daar toevallig iemand zou kunnen bijzitten met een expertise in geestelijke gezondheidszorg, dan is dat wel meegenomen.

2.2.4 Bedreigingen

Ten slotte zijn er nog een aantal aspecten die mogelijk een bedreiging vormen voor thuisverpleegkundigen om succesvol een rol op te nemen in de GGZ. Een eerste heeft te maken met de huidige werkdruk en de focus van een bezoek door de thuisverpleegkundige. Op dit moment is het namelijk zo dat thuisverpleegkundigen weinig ruimte hebben, zowel in termen van tijd, als in termen van handelingen om sterk af te wijken van hun vooropgesteld takenpakket, die vooral focust op het aanbieden van fysieke zorg.

V3: Wij hebben heel veel zorgen te doen.

V1: En psychiatrie is toch wel iets speciaal, allé, je moet daar kunnen bijna zitten, je moet echt wel luisteren naar wat ze zeggen, maar ook luisteren naar wat ze niet zeggen. En daar hebben we eigenlijk geen tijd voor.

DZ: Ik denk dat het een heel belangrijk punt is: niet dat we een extreem zware werkdruk hebben, maar dat het soms wel te zwaar is om dat op een goede manier erbij te kunnen nemen. Want het is niet voldoende om even dat onderwerp aan te snijden, als we specifiek focussen op de depressieve stemmingen, want daar zijn we mee gestart: het is niet voldoende om dat even aan te snijden en dat dan te laten, dan is 't gedaan. En dat is dikwijls wat nu wel gebeurt bij onze verpleegkundigen omdat dat gewoon te druk is: ze hebben zoveel patiënten die hun fysieke zorgen nodig hebben, dat dit op de voorgrond komt en de rest eigenlijk jammer genoeg eraan toe schiet omdat ze geen tijd hebben.

S: En er is natuurlijk het aspect tijd. Dat is heel relatief, maar als je weet dat je gemiddeld een kwartier, twintig minuten hebt om een bezoekje af te leggen, dan ga je niet even rustig even ...

Voor een oplossing wordt er vooral gekeken naar het beleid (zowel Vlaams als federaal). Aspecten als de invulling van de zorggraad, de financiering en de handelingen die mogen worden gesteld kunnen een aanzienlijke invloed hebben op de ruimte die er voor thuisverpleegkundigen wordt gecreëerd om goede (psychische) zorg aan te bieden.

DZ: De diensten waar we momenteel vergoed voor worden is [afhankelijk van] de zorggraad. Maar wat scoor je daarin: mobiliteit en incontinentie. Dat zijn er twee die heel zwaar doorwegen. Als je bijvoorbeeld rolstoelgebonden bent en incontinent, dan kunnen wij maximale zorg leveren. Maar, daartegenover, iemand – en dan heb ik het over de grootste groep waarmee wij worden geconfronteerd – dat zijn de dementiepatiënten. Dementie wordt bij ons bijna niet gescoord. Het wordt alleen gescoord om er dagelijks te mogen komen, maar dat is dan ook maar de minimumvergoeding

S: Je weet dat een belangrijke akte in de thuisverpleging is het hygiënisch toilet ... dat toilet is vaak nog wel eens de vertaling van eigenlijk andere problemen die een verpleegkundige kan oppakken, maar die geen andere mogelijkheid heeft dan zeggen: dan zal ik u moeten wassen, want anders kan ik hier niet komen.

DZ: We gaan nu alleen maar ingrijpen als de situatie zodanig is dat de verpleegkundigen in huis moeten komen, omwille van grote zelfzorgtekorten, maar ik denk dat we gewoon vroeger moeten kunnen ingrijpen. Maar daar moet ruimte, geld voor zijn, want anders lukt dat niet.

2.3 De samenwerking met de huisarts

Een derde en laatste SWOT-analyse had als focus de samenwerking tussen thuisverpleegkundige en huisarts, zowel in het kader van geestelijke gezondheidszorg, als in de reguliere gezondheidszorg. Er werd stilgestaan bij de huidige situatie, maar ook naar toekomstvooruitzichten.

2.3.1 Sterktes

Thuisverpleegkundigen beschikken over een aantal capaciteiten die de samenwerking met de huisarts faciliteren. Zo zijn ze goed geïnformeerd over de situatie van hun patiënten, kunnen inschatten wanneer bijkomende hulp nodig is en hebben een diensthoofd zorg om op terug te vallen als back-up, wanneer ze problemen ervaren in de communicatie met de huisarts.

V2: En als hij bijkomende informatie nodig heeft, dan weet je 't wel. Als ik tegen jou [= diensthoofd zorg] zegt: 'Dat is het probleem, kan jij er eens naar bellen' en die [huisarts] begint andere dingen te vragen die jij niet weet, wel dan moet jij weer naar die verpleegkundige gaan bellen: 'Hoe zit het daar nu mee', terug bellen naar de huisarts...

V1: Ik bel zelf, ik bel zelf naar de huisarts. Als het nu moeilijk gaat, dan bel ik naar mijn diensthoofd zorg.

S: Daar zijn we ook een weg mee opgegaan rond communicatievaardigheden: het diensthoofd zorg is daar ook een hele serieuze steunpilaar in die goed kan inschatten: ja, wie pakt het nu op en wanneer. Waarbij wij de visie hebben: in principe moet de verpleegkundige dat kunnen opnemen.

Ook de algemene attitudes zijn positief: verpleegkundigen worden bekrachtigd om zelf initiatief te nemen.

DZ: Ik denk, wij hebben zo een goed team van verpleegkundigen dat de meeste dat echt wel zelf doen.

V4: Ik denk ook dat je met de huisarts kan afspreken. Als je zo vaste huisartsen hebt, wanneer kan ik u het best contacteren en dat je ook op die moment belt wanneer ze veel tijd hebben om dat te bespreken.

DZ: Ik merk dat dit het vlugste in orde komt wanneer de verpleegkundige zelf contact opneemt.

DZ: Hoe gaan we dat doen, gaan we dat centraliseren, neemt het diensthoofd zorg dat op? Maar ik heb gewoon heel sterke mensen die al jaar en dag gewoon zijn om zelf contact op te nemen, om eigenlijk het nodige te kunnen doen, dus hebben we voor de meeste – buiten een paar uitzonderingen – hebben we geopteerd om die taak aan hen over te laten.

S: Die stap naar de huisarts met die klacht en die symptomen: ja, bij ouderen is het vaak toch de verpleegkundige die het initiatief neemt, want alle, wij proberen ook zoveel mogelijk de mensen zelf te bewegen van: "Zeg, we zitten hier met dat probleem, daar moet je met je huisarts over praten, zeg dat ik je gestuurd heb".

De verpleegkundigen geven aan dat de attitude van de huisartsen wat betreft het samenwerken met

thuisverpleegkundigen heel positief is. Ze zien hier ook een positieve evolutie en stellen vast dat er tegenwoordig een betere bereikbaarheid en een grotere luisterbereidheid is bij de huisartsen.

V2: Mijn huisartsen, die zijn allemaal goed tegenwoordig. Die jongere huisartsen, alle, jonger, diegene die nu op pensioen zijn, die waren eigenlijk moeilijker te bereiken dan die jongere artsen. Ik vind daar toch een verschil in.

DZ: Maar ik merk dat zelf ook wel dat als je al lang in het werkveld staat, dan merk je dat de huisartsen in het algemeen meer open minded zijn naar de verpleegkundigen toe en dat vroeger minder...

V4: En ze hebben echt tijd voor je als je belt, ze maken ook tijd. Ik ben diabeteseducator en bel daarom meestal op vaste momenten dat de dokters zelf verkiezen.

V2: En die aarzelen ook niet om aan ons iets te vragen. Zo een oudere dokter die ... zou dan nog liever iets anders zeggen dan dat hij het aan een verpleegster moet gaan vragen

S: Eigenlijk is dat ons basisprincipe wanneer het gaat over overleg, op medisch vlak dan. Ja, dan is de huisarts onze gesprekspartner.

2.3.2 Zwaktes

Een eerste zwakte is de aard van de contacten tussen de thuisverpleegkundigen en de huisartsen. Deze verlopen vrij informeel. Hoewel de algemene perceptie van thuisverpleegkundigen is dat dit een sterktepunt is, kan een informeel kader mogelijk op tot problemen lijden, wanneer communicatie minder goed loopt.

DZ: Iedereen vindt daar ook een beetje zijn weg in en dat is ook wel belangrijk.

DZ: En dat loopt eigenlijk wel goed, die hebben echt wel goede contacten. En dat is vrij informeel, ja.

Hoewel de capaciteiten van de verpleegkundigen zijn globaal genomen goed zijn, is het voor vervangverpleegkundigen een grotere uitdaging om met huisartsen samen te werken.

V2: Ik zou zelfs niet weten wanneer die geschikte momenten hebben. Ik ben ook vervangverpleegkundige, dus dan zou ik van iedere patiënt de huisarts moeten kennen.

Verder is er natuurlijk veel variatie tussen de verschillende personen, de ene thuisverpleegkundige is hierbij meer capabel dan de ander. Dat geldt zowel voor capaciteiten, als voor attitudes.

DZ: Dat hangt natuurlijk af van je mondigheid, van je verpleegkundigen af.

S: Dus, ja: ik denk dat we nu meer de professionele toer zijn op gegaan en we hebben nu ook recent heel expliciet in de functieomschrijving van een verpleegkundige gezet dat, ja overleg met andere zorgverleners en in het bijzonder de huisarts een van de taken is die ze moeten kunnen opnemen. En iemand die zegt van ja maar, maar ik kan dat niet, ik doe dat niet, ik wil dat niet ... omwille van welke reden dan ook... die gaat toch wel een stuk in de problemen komen om als thuisverpleegkundige bij ons te blijven werken.

2.3.3 Uitdagingen

De voornaamste uitdagingen naar de toekomst toe lijken dan ook vooral om de contacten toch enigszins te structureren of hier een meer expliciete leidraad rond uit te bouwen. In sommige gevallen lijkt centraliseren van contacten meer aangewezen, in andere mag het eigen initiatief worden benadrukt. Een mogelijk onderscheid hierbij is wat te doen bij urgente en standaard communicatie.

DZ: Als je natuurlijk iets kan groeperen rond een aantal patiënten, dan is het natuurlijk meer aangewezen om een bepaald moment uit te kiezen dat ze het liefst hebben, maar dat zijn dan natuurlijk de niet urgente zaken.

V1: Ik bel gewoon (lacht) ... op het moment dat ik ze nodig heb.

DZ: Plus ook als het dringend is, dan kan je soms niet wachten.

V4: In noodgevallen durf ik ook wel bellen gewoon, hoor.

2.3.4 Bedreigingen

De grootste bedreiging voor een positieve evolutie ligt volgens de thuisverpleegkundigen niet op voor- al bij de attitudes van de individuele huisartsen.

V3: Dat hangt ervan af welke huisarts dat is. Die van [plaatsnaam] trok zich van niets aan, maar als je naar [naam huisarts] of [naam huisarts]belt, die antwoordden altijd meteen.

V3: [de huisarts is een belangrijk persoon in de zorg voor een patiënt] ... als het 'een goeien' is.

S: Dan komen we op het vlak, algemeen, van dé relatie met de huisarts. Het zijn altijd personen, de persoonlijkheden en de manier van communiceren enzovoort. Dat speelt een rol, uiteraard.

Tabel 5 Resultaten SWOT-analyse expertenpanel en interviews thuisverpleegkundigen

	SWOT-component			
	Sterkte	Zwakte	Uitdagingen	Bedreigingen
E-mental health	structuur <i>just in place, just in time</i> <i>visueel</i> capaciteiten <i>aanreiken informatie</i> <i>zorgpartner</i>	structuur <i>techniek</i> <i>te moeilijk</i> <i>geen (tijd om) ondersteuning te bieden</i>	structuur <i>bezoeken meer nuttig invullen</i> <i>barrières bij gebruikers wegwerken</i> attitude <i>willen zelf minder vroeg afhaken</i>	beleid <i>geen deel takenpakket</i>
Rol thuisverpleging in GGZ	structuur <i>agendapunt op vergadering</i> <i>doorverwijzingen</i> <i>teamwerking</i> capaciteiten <i>alert</i> <i>holistisch patiëntbeeld</i> <i>sterke band patiënten</i>	capaciteiten <i>minder geschikte profielen</i> <i>zorgkundige</i> <i>vervangverpleegkundige</i> attitude <i>persoon verpleegkundige</i>	structuur <i>multidisciplinair werken</i> capaciteiten <i>nood aan specialisatie</i> <i>expertise</i> <i>ruimte intervisie</i>	structuur <i>werkdruk</i> <i>focus bezoek & takenpakket</i> beleid <i>niet in systeem inpasbaar</i> <i>invulling zorggraad</i> <i>te beperkte middelen</i>
Samenwerking huisarts	capaciteiten <i>goed geïnformeerd</i> <i>diensthofdzorg als back-up</i> attitude <i>initiatief thuisverpleegkundige</i> <i>bereikbaarheid & luisterbereidheid</i> <i>HA</i>	structuur <i>informele contacten</i> capaciteiten <i>minder geschikte profielen</i> <i>vervangverpleegkundige</i> <i>persoon verpleegkundige</i> attitude <i>persoon verpleegkundige</i>	structuur <i>centraliseren vs. zelf contact opnemen</i> <i>communicatie optimaliseren</i> <i>standaard</i> <i>urgent</i>	attitude <i>persoon HA</i>

2.4 E-mental health in de huisartsenpraktijk

Deze laatste, aanvullende SWOT-analyse stond stil bij de rol die e-mental health kan spelen in de huisartsenpraktijk. Huisartsen komen niet alleen zelf frequent in contact met de beoogde doelgroep, maar kunnen als belangrijke betrokken partner ook een grote rol spelen in de thuiszorg. In deze analyse worden daarom hun meningen, visies en (voor)oordelen gedetailleerd in kaart gebracht. Het profiel van elk van deze deelnemers is terug te vinden in Tabel 6.

Tabel 6 Karakteristieken deelnemers expertenpanel huisartsen

ID	Geslacht	Leeftijd (in jaar)	Ervaring	Achtergrond
H1	V	60	35	G
H2	V	27	1	HAIO
H3	V	30	5	G
H4	V	58	33	S
H5	M	30	5	G
H6	M	60	35	S
H7	V	40	15	G

V = vrouw, M = man, G = groepspraktijk, S = solopraktijk, HAIO = huisarts-in-opleiding

2.4.1 Sterktes

Huisartsen beschouwen een aantal interventiekenmerken als inherente sterktes van online interventies. De laagdrempeligheid, anonimiteit en relatief lage kostprijs zijn er daar twee van.

H2: En ze kunnen snel terecht.

H5: Ja, natuurlijk, dat verlaagt de drempel. Mensen die daar geschikt voor zijn... Ze zijn wel niet allemaal zo, maar je hebt er zo...

H6: Ik denk dat dit toch voor een groep patiënten kan werken, voor hen die face to face als een drempel ervaren. En dit als iets anoniemer kunnen ervaren en toch hun ding kunnen neerschrijven en dan vind ik dat je als huisarts niet alles moet kunnen meelezen. Ik denk dat je dat therapeutisch proces moet laten zoals het is, want bij face to face psychotherapie weet je ook niet wat er gezegd wordt. Dus ik denk dat die twee dus wel naast elkaar kunnen staan. Tenzij dat je je als huisarts echt als coach wilt opstellen. Maar ik denk dat er wel een groep is die zich daar net veiliger bij voelt. En bij face to face misschien zou afhaken en schrik hebben: 'ik moet straks weer naar die therapeut en ik voel me daar niet comfortabel bij'.

H2: En als ik dan hoorde dat ze er moesten voor betalen dacht ik 'Dat is al een drempel extra', maar misschien is dat ook een extra motivatie om het af te maken want ze hebben er in geïnvesteerd. En zoals je zei, in vergelijking met een therapeut kost dat eigenlijk niets. Ik zou het inderdaad interessant vinden voor mensen die niet het budget hebben en wel de mogelijkheden om het online te doen.

Daarnaast leveren dergelijke interventies ook de mogelijkheid om de evolutie van patiënten beter op te volgen en te objectiveren en kunnen patiënten ook gemakkelijker de aangereikte informatie her-nemen.

H3: Wat ik nuttig vind, is weten wat de patiënt heeft ingevuld omdat je kan zeggen: ‘van die vijf dingen...dat wil ik eens bespreken’. Ik gebruik dikwijls zo'n depressieschaal om te zien of je al dan niet kan spreken van een depressie. Ik doe dat eigenlijk vooral om dat dat een hoop vragen zijn die alles beslaan en waar ik dan uithaal waar ik met mijn patiënt wil over praten. Ik zou hetzelfde kunnen doen met de antwoorden die ze geven [in een online tool].

H2: En dat lijkt mij ook echt wel goed, dat ze met deze module kunnen zien dat hun stemming echt wel betert, of dat hoop ik dan toch. Terwijl dat is echt iets dat je niet kunt objectiveren, en mensen laten inzien over een periode van acht weken, van “Kijk, je voelt u toch beter dan in ‘t begin”. Terwijl dat dat toch wel interessant is, en ik denk dat het goed is van dat er zo bij te kunnen nemen.

H5: Ik vind het ook gewoon al interessant van te horen van wat de mensen ervan oppikken. Al-lez ja, als ze naar de therapeut gaan, doe ik dat ook hé, zo van, wat wordt er daar gezegd. Als ik ze dan toch mee blijf begeleiden. En dat kan je wat kleuren, of dan kan je wat bijschaven he. Zo van, dat heb je precies een beetje verkeerd begrepen, of dat heeft u precies wel goed ge-holpen. Ik zou dit dus op dezelfde manier gebruiken. En dat maakt het voor u, als begeleidende huisarts, ja, gemakkelijker toch.

Ten slotte zijn de huisartsen ook de mening toegedaan dat dergelijke interventies een bijdrage kunnen leveren om de tijdsdruk van hun consulten aan te pakken.

H3: Ik heb nu bijvoorbeeld één patiënt in mijn hoofd, waarbij dat ik denk dat zo een tool mij wel tijd zou besparen. Dat is inderdaad een jonge vrouw die mild depressief is, die perfect op het internet met zulk een tool kan omgaan, die nog een goede drive heeft om daarmee bezig te zijn. Dus bij haar ben ik er redelijk van overtuigd dat het haar sneller zou vooruit helpen, en mij dus tijd zou besparen. Ik zie die nu ook om de twee weken, dus dat is ideaal om te coachen en te laten volhouden. Ik denk dat ik haar echt wel eens ga voorstellen omdat eens te doen.

H5: Ik herinner mij zo twee patiënten die, online zo cd-roms hebben gekocht en dat ging dan over angst. En dat ging heel goed he, die kwamen dan alletwee bij mij, en ik wist eigenlijk niet wat die aan het doen waren, maar ik kreeg dan wel feedback, en dan vroeg ik ‘oké, waar ben je deze week mee bezig geweest, en lukt het nog, en wanneer zie ik u terug?’ En dan zo ge-woon, het proces begeleiden. Dat ging eigenlijk vlotter, want je moet het dan allemaal niet meer zelf [opnemen].

H1: Ja, ik denk ook, als je zelf de mensen begeleidt, dat je dan tijd wint. Ik reik ook wel gemak-kelijk een boek aan. Ik heb hem dan ook gelezen, en dan kunnen we daarover praten. En ja, dat is eigenlijk een alternatief hé.

H2: Maar gewoon inderdaad om te vragen hoe dat het gaat, om te zien hoe dat het lukt, of om te peilen of ze verslechteren, maar meer hebt je dan eigenlijk niet te doen. Uw consultaties zijn dan veel beperkter, omdat je heel de uitleg van die principes niet zelf moet doen aan uw pati-enten.

2.4.2 Zwaktes

Een van de zwaktes die huisartsen aangeven rond het gebruik van online tools in het algemeen en Kleur je Leven in het bijzonder, is dat de individualisatie vrij moeilijk is. Verder vrezen ze dat dergelijke interventies ook een vrij hoge werkbelasting met zich kunnen meebrengen.

H5: Dat is één van mijn opmerkingen. Als ik het zo zie, en dat is ook wat mijn vraag van daar-juist was: als je zelf aangeeft: 'ik wil daar en daar rond werken', dan kan dat best in les zeven pas aan bod komen, terwijl als je naar de therapeut gaat en in de eerste sessie komt aan bod van 'daar en daar zijn mijn problemen', dan zijn dat de aangrijpingspunten waarrond je als arts kan beginnen. Dat vind ik wel een beetje jammer precies. Daarom mijn vraag: past dit zich dan aan?

H3: Dat impliceert dan wel dat je jezelf als coach moet aanmelden en jezelf als coach moet opgeven. Indien je de informatie van de website wilt kunnen gebruiken, dan moet je ook een stukje van de rol van coach op je nemen. Dat stoort me wel een beetje. Ik wil me niet engageren als coach. Ik heb drie patiënten momenteel waarbij ik dit zou kunnen doen, maar ik zie het niet zitten om drie patiënten te coachen.

H7: Ik denk dat het meer tijd vraagt. Want ik denk, dat als de tool succes heeft, dat je de patiënt dan toch wel gaat moeten begeleiden, anders gaat die afhaken vrees ik. Dus, in die zin is het waarschijnlijk geen tijdsbesparing. Want anders stuurt je die naar de therapeut, en dan ben je ervan af. Het ligt in handen van de therapeut.

Een andere zwakte is dat online interventies momenteel vrij onbekend zijn bij huisartsen en er een aantal vooroordelen rond zijn, al is een terechte bekommernis wil dat de effectiviteit sterk afhangt van de motivatie bij de deelnemers.

H2: Ik dacht ook: je moet al mensen vinden die gemotiveerd zijn om dit te doen en bij een depressie is dat dikwijls een probleem om mensen gemotiveerd te krijgen.

H1: Ik heb ingevuld dat ik er nog niet van gehoord had, maar eigenlijk zonder het te weten heb ik wel al zoiets gebruikt. Er bestaat ook een website 'hoeveel is teveel' dat gaat over alcoholverslaving en allerhande verslavingen. En ik werk daar wel al mee.

H2 Ik wist wel dat er zo'n websites bestonden maar ik kende ze niet altijd bij naam.

H4: Het is misschien de tijd van de sociale media die enorm opgang vinden. Dan hoor ik toch één van mijn jonge patiënten zeggen: ja maar Facebook enzo, dat is allemaal goed, maar spelen doe ik toch met mijn vriendjes. In het echt stel ik me de vraag, ja misschien in Nieuw-Zeeland of Australië, maar als we naar ons land kijken, een enorme voorziening van huisartsen en therapeuten, of we dan daar zo voor staan te springen om de mensen met een depressie nog eens te doen vervreemden van de realiteit.

H5: Het enige wat ik bij dit vond, en misschien is dat bij andere dingen ook zo, maar dat hebt je bij ons, en bij therapeuten ook, is, dat het nogal betuttelend over kan komen hé. Zo van lesje één, en dan deze huiswerkjes, en lesje twee ... ik ken patiënten aan wie ik het zeker niet moet gaan voorstellen.

2.4.3 Uitdagingen

Naar de toekomst toe zien de huisartsen potentieel in online interventies, bijvoorbeeld om interventies aan te bieden aan anderstaligen.

H2: Bestaat die website ook in andere talen dan het Nederlands? Want dat lijkt me ook iets interessant om anderstalige patiënten te kunnen bereiken, waarbij diepere gesprekken door de taalbarrière niet echt mogelijk zijn en zo een ingangspoort zou kunnen zijn. Omdat het een gestandaardiseerde website is lijkt het me nuttig om anderstalige patiënten die met een hoop problemen zitten, die ook moeilijk verwoord kunnen worden...

H7: Er bestaat zo geen Franstalige website? Ik heb nu juist een Franstalige patiënte die nu naar een therapeut in Brussel gaat omdat er hier geen Franstalige therapeuten voor handen zijn.

In de context van online hulp zien ze ook nog een aantal andere mogelijkheden en uitdagingen. Zo lijken de tools veel potentieel te hebben bij de eerder onervaren, jonge artsen, waar ze mogelijk een houvast kunnen bieden. Daarnaast blijkt de hoge drop-out waar dit type interventies mee kampt, ook een werkpunt.

H2: ... het lijkt mij heel nuttige informatie die ik zelf nog niet als bagage heb en zo in combinatie met die website zou ik wel patiënten kunnen opvolgen.

H1: Ik heb er al verschillende mensen naar doorverwezen en in die zin ben ik er wel voor te vinden, voor dit soort van therapieën, maar ik heb vragen bij percentages van mensen die starten en ermee doorgaan.

Een groot werkpunt blijft echter de kennis van de huisarts: zowel wat betreft de inhoud van de verschillende interventies als het volledige interventieaanbod.

H3: Maar ook de inhoud, naast het kwalitatieve. Het kan wel zijn dat er mij aangeraden wordt dat het kwalitatief goed is, maar dan moet ik nog wel weten wat de inhoud is, om het dan aan die of die patiënt te kunnen meegeven. Als er twee, drie van dat genre tools beschikbaar zijn, ja, dan moet je wel weer kunnen kiezen. Dus kwaliteit is één ding, maar inhoud is ook nuttig.

H1: Of je zou zelf patiënt moeten kunnen spelen [om beter zicht te krijgen op de interventie-inhoud]. In die andere cursus heb ik dat gedaan.

H5: Ja, dat is de vraag die je altijd hebt bij doorverwijzing naar geestelijke gezondheidszorg: je moet weten naar waar je doorverwijst en wat je kan verwachten. Dus eigenlijk moet je als arts de mensen of de programma's die je dan aanbeveelt... ja je moet ze kennen. Ofwel face to face kennen, die psycholoog of psychiater naar wie je doorverwijst, ofwel dat programma al bijna zelf een keer hebben doorgemaakt. En dat kan je van een programma al wel is doen, maar als je voor angst en voor gelijk wat, voor alcohol... Al die huisartsen in Vlaanderen gaan niet al die websites een keer doornemen om programma's acht weken door te nemen. Dus dat is echt een probleem denk ik voor de implementatie voor dat soort programma's. Hoe dat we dat dan moeten oplossen dat weet ik niet. Want ik denk dat er inderdaad wel een doelgroep is waar dat dit wel nuttig voor kan zijn.

Daarnaast zien de huisartsen het ook als een grote uitdaging om patiënten correct met de verschillende interventies te matchen.

H3: Maar natuurlijk, als je een patiënt hebt waarbij dat je steeds aan moet zitten sleuren en trekken, ja, dan is het natuurlijk meer tijdrovend. Maar dan kun je je afvragen "was dit dan wel een patiënt die hiervoor in aanmerking komt?"

H2: Er zijn wel bepaalde schema's die ik nu gebruik tijdens de consultatie. Maar inderdaad, ik denk dat vooral jongere mensen, die met een computer kunnen werken enzo, of een computer hebben, dat het daarvoor interessant is. Maar ik denk inderdaad, dat sommige mensen daar niet voor geschikt zijn, dus je moet dan al een beetje selecteren.

H5: Maar nee, maar, eerst toetsen hé, of dat diegene die voor u zit, in dat soort manier van werken geïnteresseerd is. Het zelfde voor u, voordat je zo een huiswerkje meegeeft, zo van "Is dat iets wat u gaat liggen?" Anders heeft het geen zin hé, dan zoeken we verder.

Ook voor het beleid zijn er ten slotte uitdagingen weggelegd. Huisartsen kijken vooral naar beleidsorganen of beroepsverenigingen voor garanties: zowel wat betreft de kwaliteit van interventies, als de veiligheid ervan.

H5: Ja, iets of iemand waar dat huisartsen dan vertrouwen in hebben, zou die links en één link per aandoening moeten kunnen aanbevelen, en dan denk ik aan Domus Medica ofzo. Dan heb je wel een manier om huisartsen te bereiken. Dan moet je het niet zelf doen. Dan heb je daar een korte inhoud, een samenvatting van bv: 'het duurt acht weken en in week 1, 2, 3 staat dat..' En een brochure dat je kan afprinten, zodat je zelf weet..en dat de patiënt een beetje weet...

H6: Een beetje zoals je bij de therapieverenigingen een lijst hebt, waar dat dan op een website staat die erbij aangesloten is. Het geeft toch een beetje richting.

H5: Ja, het is misschien niet genoeg, maar geeft toch een beetje richting.

H4: Een soort van idee van accreditering zoals onze softwareprogramma's gevalideerd worden...

H3: Als er in een richtlijn een website staat vermeld, ga ik zeker eerder die website vertrouwen dan een website die ik ergens anders vind. Omdat ik ervan uitga dat zo een richtlijn, niet zomaar iets is dat iemand uit zijn duim gezogen heeft, maar dat dat doordacht is opgesteld door collega's-artsen. Dus dan gaat daar meer gebruik van gemaakt worden.

H5: Maar ja, het is iets waar we mee zitten, en waar we ons voor moeten behoeden, en ook voor onze patiënten behoedzaam moeten zijn, want je hebt mensen die te ondoordacht op allerlei websites zitten, euhm, en als je hen dan zelf iets aanbeveelt, dan moet je wel enige zekerheid hebben. Maar zelfs bij eHealth hebben wij die zekerheid niet.

2.4.4 Bedreigingen

De huisartsen zien ook nog een aantal bedreigingen aan voor een succesvolle toepassing van e-mental health in de Vlaamse eerste lijn. Een eerste is veiligheid: huisartsen zien vooral een risico in de afstand die e-mental health kan creëren voor personen met realiteitsvervreemdingen met suïcidaliteitsrisico's.

H1: [Ik vraag me dus af] of het gevoelig genoeg is om die suïcidale patiënten eruit te filteren.

H4: ...als we naar ons land kijken, een enorme voorziening van huisartsen en therapeuten, of we dan daar zo voor staan te springen om de mensen met een depressie nog eens te doen vreemden van de realiteit.

Ten slotte geven de huisartsen aan dat richtlijnen voor het gebruik van dergelijke interventies wel belangrijk zijn, maar dat er anderzijds ook het risico bestaat dat (jonge) huisartsen deze richtlijnen al te blindelings zouden volgen.

H5: Dat is vooral omdat vooral bij de jonge huisartsen, ze vragen dan allemaal richtlijnen, en die willen ze dan blindelings volgen. Wat niet helemaal goed is hé.

H2: Ja, ik ben dus zo een jonge huisarts, die dat inderdaad volgt, zo een richtlijn. Wij zijn ook lichtjes zo ... gebrainwashed.

Tabel 7 Resultaten SWOT-analyse e-mental health volgens huisartsen.

SWOT-component			
Sterkte	Zwakte	Uitdagingen	Bedreigingen
structuur	structuur	structuur	structuur
<i>interventiekarakteristieken</i>	<i>interventiekarakteristieken</i>	<i>interventiekarakteristieken</i>	<i>interventiekarakteristieken</i>
<i>lage kostprijs</i>	<i>weinig geïndividualiseerd</i>	<i>anderstalige interventies</i>	<i>betuttelend</i>
<i>lage drempel</i>	<i>context</i>	<i>context</i>	<i>veiligheid</i>
<i>anonimiteit</i>	<i>hoge bijkomende werkbelasting</i>	<i>gids voor onervaren artsen</i>	<i>suïcidaliteit</i>
<i>opvolgen & objectiveren evolutie</i>	capaciteiten	<i>drop-out</i>	<i>realiteitsvervreemding</i>
<i>hernemen aangereikte informatie</i>	<i>afhankelijkheid motivatie deelnemers</i>	capaciteiten	capaciteiten
context	attitude	<i>kennis HA</i>	<i>(blindelings) volgen richtlijnen</i>
<i>aanpakken tijdsdruk consult</i>	<i>bekendheid en vooroordelen</i>	<i>inhoud</i>	
		interventieaanbod	
		<i>matchen patiënt met interventie</i>	
		beleid	
		<i>kwaliteitsgarantie in richtlijnen</i>	
		<i>veiligheidsgarantie</i>	

Hoofdstuk 5

Conclusie en aanbevelingen

Deze studie beidt een aantal inzichten en vooruitzichten op de rol van e-mental health in de eerste lijn. Zowel de visie van thuisverpleegkundigen als van huisartsen is hierin aan bod gekomen. We formuleren hieronder achtereenvolgens het antwoord op de onderzoeksvragen en beleidsaanbevelingen.

1 Hoe staan thuisverpleegkundigen tegenover depressie?

Uit het onderzoek blijkt dat verpleegkundigen een vrij positieve ingesteldheid hebben ten aanzien van depressie. Ze staan open tegenover patiënten die met depressie kampen en ook rond de behandelingsmogelijkheden en het verloop van depressie zijn ze matig positief. In vergelijking met Vlaamse apothekers staan verpleegkundigen wel iets meer weigerachtig tegenover de rol die ze zelf kunnen opnemen. Wat hun gepercipieerde competenties betreft, blijkt dat ze er zelf momenteel sterk van overtuigd zijn dat ze patiënten zouden kunnen aansporen tot het zoeken van professionele hulp, maar dat het herkennen van depressieve klachten een werkpunt is.

2 Kan een training bijdragen aan de competenties en attitudes van thuisverpleegkundigen in het omgaan met depressie?

De minimale interventie had over het algemeen geen effect op de gepercipieerde competenties en op de meeste attitudes van verpleegkundigen. Uit de procesevaluatie bleek echter dat de verpleegkundigen in de interventiegroep significant meer inclusies uitvoerden dan deze in de controlegroep. Mogelijk speelt een toename in motivatie en geregelde herinnering aan het onderzoek hierbij een rol. Opmerkelijk is wel dat ondanks dit relatieve succes, de thuisverpleegkundigen uit de interventiegroep een meer afwijzende houding kregen ten aanzien van de rol die zij zelf kunnen spelen in het detecteren van en omgaan met depressie. Thuisverpleegkundigen uit de controlegroep stonden hier na verloop van tijd echter steeds meer voor open. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat verpleegkundigen wel open staan om zelf aan de slag te gaan rond 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.

3 Rol van de thuisverpleegkundige in de vermaatschappelijking van de GGZ

Op macroniveau blijkt vooral dat geestelijke gezondheidszorg momenteel moeilijk in te passen is in de nomenclatuur. Daarnaast speelt de invulling van het concept zorggraad ook een grote rol: zolang deze een enge definitie heeft waarbij vooral gekeken wordt naar basale fysieke mogelijkheden van patiënten als mobiliteit en continentie zal (al dan niet preventief) werken rond psychische problemen een moeilijk te realiseren opdracht blijven.

Op mesoniveau blijkt niettemin dat thuisverplegingsorganisaties wel veel potentieel hebben om inzetbaar te zijn in dit domein: een uitgebreide samenwerking en ruimte voor overleg en supervisie zijn aan-

wezig en ook multidisciplinair werken vindt zijn ingang. De samenwerking met huisartsen gebeurt wel voornamelijk informeel: contacten worden geregistreerd, maar individuele thuisverpleegkundigen nemen meestal het initiatief, wanneer zij dit vanuit de eigen expertise noodzakelijk achten. Hoewel dit een bewuste keuze blijkt en er bewust is gekozen voor een eerder gedecentraliseerde aanpak, is hier wel nog ruimte om zowel de standaard als de urgente communicatie te optimaliseren. Een belangrijk aandachtspunt blijft hierbij wel om thuisverpleegkundigen te empoweren en ook nog de ruimte te laten voor eigen initiatief.

Op microniveau zijn er ten slotte wel nog talrijke uitdagingen. Veel thuisverpleegkundigen beschikken over de capaciteiten en willen omwille van een holistisch patiëntbeeld vaak meer doen dan het louter verzorgen van de lichamelijke problemen van patiënten. Er zijn echter sterk persoonlijke verschillen terug te vinden, met een aantal patronen die het louter individuele overstijgen. Zorgkundigen hebben een minder geschikt profiel: hun opleiding focust namelijk vooral op lichamelijke zorg en onderbelicht de psychische aspecten van zorg enigszins. Verder zijn ook vervangverpleegkundigen minder geschikt omwille van hun sterk wisselende patiëntenpopulatie. Globaal genomen geven thuisverpleegkundigen 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 zijn valabel. Het huidige onderzoek toont in elk geval aan dat een minimale interventie die slechts beperkte kennis overdraagt 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.

4 E-mental health in de thuiszorg en in de huisartsenpraktijken

In dit onderzoek werd daarnaast ook stilgestaan bij de vraag naar de rol die e-mental health heeft in de thuiszorg en in de huisartsenpraktijken. Op macroniveau is de component 'beleid' uit de SWOT-het meest relevant. Hieruit blijkt dat huisartsen vooral naar overheden en beroepsorganisaties kijken voor garanties rond de kwaliteit en de veiligheid van online interventies. De vermelding van de beschikbare e-mental health interventies en de aangewezen omstandigheden om hiervan gebruik te maken in de richtlijnen voor goede medische praktijkvoering lijkt onontbeerlijk voor een brede verspreiding en opname hiervan. Verpleegkundigen halen verder ook aan dat de afgrenzing van hun huidige takenpakket het momenteel moeilijk maakt om rond e-mental health te werken. Er is binnen de huidige nomenclatuur (die weliswaar federaal wordt bepaald) voor hen weinig ruimte om rond geestelijke gezondheid of preventie te werken binnen de thuiszorg. Het bieden van begeleiding bij e-mental health interventies ligt om dezelfde reden momenteel ook moeilijk.

Op mesoniveau stellen thuisverpleegkundigen dat er grote voordelen verbonden zijn aan het gebruik van e-mental health interventies. Ze zien binnen de huidige organisatie zeker mogelijkheden om als een betrouwbare en aanwezige zorgpartner e-mental health te faciliteren. Daarnaast worden thuisverpleegkundige bezoeken momenteel soms nog suboptimaal ingevuld: patiënten van medicatie voorzien is een belangrijke en noodzakelijke activiteit die echter ook heel tijdsrovend is. Het meer nuttig invullen van deze bezoeken, bijvoorbeeld door online interventies aan te reiken of om deelnemers hiervoor te motiveren, lijkt een piste die zeker te overwegen is. Zowel thuisverpleegkundigen als huis-

artsen geven ook beperkingen aan van e-mental health als methodiek: zeker in de thuiszorg vereist dit interventietype te veel technische kennis van de patiënten. Daarnaast is drop-out – een karakteristiek die inherent lijkt te zijn voor de meeste online interventies waar geen intensieve persoonlijke begeleiding bij wordt voorzien – een moeilijk te overkomen probleem. Nochtans zien de artsen, zeker naar de toekomst toe, veel potentieel. De relatief lage kostprijs, lage drempel en de mogelijkheid om interventies anoniem te volgen, zullen volgens hen veel patiënten aanspreken. Daarnaast zien ze voor zichzelf ook voordelen omdat de monitoring die vaak deel uitmaakt van deze interventies ook de mogelijkheid biedt om de evolutie van patiënten beter op te volgen en meer te objectiveren. Het toepassen en aanreiken van dergelijke interventies zou misschien een hoge bijkomende werkbelasting kunnen betekenen. Correct gebruikt zouden online interventies die het mogelijke maken om de beperkte tijd van een consultatie efficiënter te benutten. Patiënten volgen dan zelfstandig een interventie (in sommige gevallen bijvoorbeeld ook onder het waakzaam oog van de thuisverpleegkundige) en de regelmatige consulten bij de huisarts dienen dan om patiënten te empoweren en om het leer- of behandelproces bij te sturen of te ondersteunen waar nodig.

Op microniveau blijkt ten slotte dat de verpleegkundigen een holistisch beeld hebben van hun patiënten en zelf ook wel verder willen gaan dan het louter fysieke. Los van praktische bekommernissen hebben ze dan ook een positieve attitude ten aanzien van de mogelijkheid dat er in hun takenpakket ruimte zou worden gecreëerd voor het verstrekken van informatie rond e-mental health aan patiënten of om hen te ondersteunen terwijl ze dergelijke interventies doorlopen. Ze zijn verder de mening toegedaan dat ze over de nodige competenties beschikken om informatie aan te reiken rond e-mental health en om als zorgpartner te fungeren en in interactie te gaan met andere actoren zoals de huisarts. Huisartsen lijken momenteel relatief positief te staan ten aanzien van e-mental health. De grootste tekortkoming die zij zelf persoonlijk ervaren is een gebrek aan kennis, zowel rond wat er momenteel qua aanbod beschikbaar is van e-mental health, als waaruit dat aanbod dan exact bestaat. Ook het matchen van de patiënt met een interventie blijkt een grote uitdaging te worden die niet noodzakelijk met een richtlijn op te lossen zal zijn, maar een vorm van bijscholing of vlotte informatieverstrekking zoals een beslissingshulp zal vereisen.

5 Beleidsaanbevelingen

Om e-mental health en geestelijke gezondheidsinterventies succesvol te implementeren in de thuiszorg dienen een aantal basisvoorwaarden te worden gerealiseerd. Ten eerste moet er binnen het takenpakket van de thuisverpleegkundige de ruimte worden gecreëerd om preventieve handelingen of ondersteunende taken te stellen die niet enkel op de louter fysieke gezondheid van patiënten betrekking hebben. Hoewel dit een federale materie is, lijkt het een *conditio sine qua non* om bijkomende vervolgacties te kunnen ondernemen.

Een tweede stap heeft betrekking op kwaliteitsgaranties van interventies. Wanneer thuisverpleegkundigen doorverwijzen naar huisartsen, hebben deze nood aan een volledig en degelijk overzicht van beschikbare GGZ-interventies. Specifiek voor e-mental health is het aanbod nu nog beperkt, maar blijkt het al een uitdaging om het overzicht te houden en geïnformeerd te blijven. In Nederland werd eind 2012 hiervoor bijvoorbeeld de ‘online hulpstempel’ ingevoerd. Deze keuring geeft een indicatie dat het online hulpaanbod goedgekeurd is door GGZ-professionals. Interventies worden hierbij doorgelicht met onder meer aandacht voor de wetenschappelijke evidentie, de gebruiksvriendelijkheid en techniek en veiligheid. (www.onlinehulpstempel.nl). In Vlaanderen zou een goede veiligheidsgarantie

dan bijvoorbeeld een integratie kunnen omvatten met Vitalink, het platform voor elektronische gegevensdeling tussen verschillende zorg- en welzijnsactoren.

Daarnaast is kennisbevordering bij professionals ook noodzakelijk. Thuisverpleegkundigen moeten worden geïnformeerd en gemotiveerd om responsief te zijn voor psychische problemen. Verschillende tools en inspiratiebronnen zijn momenteel al voorhanden: de huidige minimale interventie was gedeeltelijk gebaseerd op de trainingsmodule 'Depressieve patiënten in het algemeen ziekenhuis' (Schalenbourg et al., 2011) en ondertussen zijn er in Nederland ook al veelbelovende e-learninginitiatieven, zoals de online cursus 'Signaleren depressie' (Crone et al., 2012), die zich richt op HBO-professionals. De huidige tools focussen hierbij op succesvol detecteren, bespreken, motiveren en doorverwijzen. Hoewel huisartsen centraal worden geplaatst als verwijzers heeft niet elke huisarts de tijd of de ruimte om een volledige kennis van het (online) GGZ-aanbod te verwerven. Mogelijk ligt hier dan ook een rol weggelegd voor eerstelijnspsychologen, die niet alleen als taak hebben om laagdrempelige geestelijke gezondheidszorg aan te bieden, maar ook andere GGZ-professionals te informeren en op de hoogte te houden van het beschikbare aanbod. Ook hun inbreng op het vlak van de detectie, diagnose en indicatiestelling zal zeker een meerwaarde betekenen voor het GGZ-aanbod in de eerste lijn.

Referenties

- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PloS one*, 5(10), e13196.
- Arroll, B., Goodyear-Smith, F., Kerse, N., Fishman, T., & Gunn, J. (2005). Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ*, 331(7521), 884.
- Barley, E. A., Murray, J., Walters, P., & Tylee, A. (2011). Managing depression in primary care: A meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. *BMC Family Practice*, 12, 47.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbauch, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561–571.
- Titov, N., Andrews, G., Davies, M., McIntyre, K., Robinson, E., & Solley, K. (2010). Internet treatment for depression: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PloS one*, 5(6), e10939.
- Bendelin, N., Hesser, H., Dahl, J., Carlbring, P., Nelson, K. Z., & Andersson, G. (2011). Experiences of guided Internet-based cognitive-behavioural treatment for depression: A qualitative study. *BMC psychiatry*, 11(1), 107.
- Botega, N., Mann, A., Blizard, R., & Wilkinson, G. (1992). General practitioners and depression-first use of the depression attitude questionnaire. *Int J Methods Psychiatr Res*, 2, 169-180.
- Bouma, J., Ranchor, A. V., Sanderma, R., & van Sonderen, E. (1995). *CES-D*. Groningen: Noordelijk centrum voor gezondheidsvraagstukken.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S., & Demyttenaere, K. (2004). Zorggebruik voor mentale stoornissen in België: Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED). *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60 (11), 790-799.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17-31.
- Caldwell, T. & Jorm, A. F. (2001). Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: a comparison with the public and other healthcare professionals. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 42-54.
- Cepoiu, M., McCusker, J., Cole, M. G., Sewitch, M., Belzile, E., & Ciampi, A. (2008). Recognition of Depression by Non-psychiatric Physicians - A Systematic Literature Review and Meta-analysis. *J Gen Inter Med*, 23(1), 25-36.
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Farrer, L. (2009). Adherence in Internet interventions for anxiety and depression: Systematic review. *Journal of medical Internet research*, 11(2).

- Crone, M. R., Ruiter, M., Hilderink, I., Rensink, H., Kruijt, C., Havinga, P., van der Zouwe, N. (2012). E learning to train professionals in depression preventions. Poster presented at the 5th European Public Health Conference, St. Julians, Malta, 7-10 November 2012.
- Cuijpers, P., Muñoz, R.F., Clarke, G.N., & Lewinsohn, P.M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The “coping with depression” course thirty years later. *Clinical Psychology Review*, 29, 449-458.
- Cuijpers, P., Donker, T., Johansson, R., Mohr, D. C., van Straten, A., & Andersson, G. (2011). Self-guided psychological treatment for depressive symptoms: a meta-analysis. *PloS one*, 6(6), e21274.
- De Coster, I., Van Audenhove, Ch., Van Den Ameele, H. & Goetinck, M. (2003). *Tussen de lijnen. Ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van een navormingsprogramma voor huisartsen over de behandeling van depressie*. Leuven: LUCAS
- De Graaf, L. E., Gerhards, S. A. H., Arntz, A., Riper, H., Metsemakers, J. F. M., Evers, S. M. A. A., ... & Huibers, M. J. H. (2011). One-year follow-up results of unsupported online computerized cognitive behavioural therapy for depression in primary care: A randomized trial. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(1), 89-95.
- de Graaf, L. E., Hollon, S. D., & Huibers, M. J. (2010). Predicting outcome in computerized cognitive behavioral therapy for depression in primary care: A randomized trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 184.
- de Graaf, L. E., Huibers, M. J., Riper, H., Gerhards, S. A., & Arntz, A. (2009). Use and acceptability of unsupported online computerized cognitive behavioral therapy for depression and associations with clinical outcome. *Journal of affective disorders*, 116(3), 227-231.
- Donker, T., van Straten, A., Riper, H., Marks, I., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Implementation of Internet-based preventive interventions for depression and anxiety: role of support? The design of a randomized controlled trial. *Trials*, 10(1), 59.
- Eisses, A. M. H., Kluiters, H., Jongenelis, K., Pot, A. M., Beekman, A. T. F., & Ormel, J. (2005). Care staff training in detection of depression in residential homes for the elderly Randomised trial. *The British Journal of Psychiatry*, 186(5), 404-409.
- Everaert, S., Scheerder, G., De Coster, I., & Van Audenhove, C. (2007). *Getrapte zorg voor personen met depressie in de centra voor geestelijke gezondheidszorg*. Leuven: LUCAS.
- Eysenbach, G. (2005). The law of attrition. *Journal of medical Internet research*, 7(1).
- Fava, M. (2003). Diagnosis and definition of treatment-resistant depression. *Biological Psychiatry*, 53, 649-659.
- Federaal Planbureau & FOD Economie – Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (2008). *Bevolkingsvoorzichten 2007-2060*, Planning paper 105.
- Griffiths, K. M., Farrer, L., & Christensen, H. (2010). The efficacy of internet interventions for depression and anxiety disorders: a review of randomised controlled trials. *Medical Journal of Australia*, 192(11), S4.
- Hoge, M. A., Morris, J. A., Daniels, A. S., Stuart, G. W., Huey, L. Y., & Adams, N. (2007). *An action plan for behavioral health workforce development*. Washington, DC: Department of Health and Human Services.

- ISW Limits (2009). *Kleur je Leven. Algemene voorstelling*. Leuven: ISW Limits.
- Johansson, R., Ekbladh, S., Hebert, A., Lindström, M., Möller, S., Petitt, E., ... & Andersson, G. (2012). Psychodynamic guided self-help for adult depression through the internet: a randomised controlled trial. *PloS one*, 7(5), e38021.
- Kabinet van de Vice-Eerste Minister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid (2008). *Programma voor de verbetering van de levenskwaliteit van personen met chronische ziekten. Stand van zaken*. Brussel: Auteur. Gedownload van http://www.laurette-onkelinx.be/articles_docs/20110330_-_SVZ_Prioriteit_aan_de_chronisch_zieken.pdf
- Katon, W.J. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(1), 7-23.
- Kazdin, A. E. & Blase, S. L. (2011). Rebooting Psychotherapy Research and Practice to Reduce the Burden of Mental Illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 21-37.
- Kidd, P. S. & Parshall, M. B. (2000). Getting the Focus and the Group: Enhancing Analytical Rigor in Focus Group Research. *Qualitative Health Research*, 10(3), 239-308.
- Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J. (2010). Dropout from Internet-based treatment for psychological disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 455-471.
- Meyer, B., Berger, T., Caspar, F., Beevers, C. G., Andersson, G., & Weiss, M. (2009). Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 11(2).
- Mohr, D. C., Ho, J., Duffecy, J., Baron, K. G., Lehman, K. A., Jin, L., & Reifler, D. (2010a). Perceived barriers to psychological treatments and their relationship to depression. *Journal of clinical psychology*, 66(4), 394-409.
- Mohr, D. C., Duffecy, J., Jin, L., Ludman, E. J., Lewis, A., Begale, M., & McCarthy Jr, M. (2010b). Multi-modal e-mental health treatment for depression: a feasibility trial. *Journal of medical Internet research*, 12(5).
- Moritz, S., Schilling, L., Hauschildt, M., Schröder, J., & Treszl, A. (2012). A randomized controlled trial of internet-based therapy in depression. *Behaviour research and therapy*, 50(7), 513-521.
- Morriss, R., Gask, L., Battersby, L., Francheschini, A., & Robson, M. (1999). Teaching front-line health and voluntary workers to assess and manage suicidal patients. *Journal of Affective disorders*, 52(1), 77-83.
- Parys, M. (2002). *Methodologie: focusgroepen bij het ministerie van financiën*. Onuitgegeven werkdokument. Leuven: IVO.
- Perini, S., Titov, N., & Andrews, G. (2009). Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for depression: randomized controlled trial. *Australasian Psychiatry*, 43(6), 571-578.
- Pop, V. J., Komproe, I. H., & Van Son, M. J. (1992). Characteristics of the Edinburgh Depression Scale in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders* 26, 105-110.
- Redelmeier, D.A., Tan, S.H., & Booth, G.L. (1998). The treatment of unrelated disorders in patients with chronic medical diseases. *The New England Journal of Medicine*, 338, 1516-1520.

- Renn, B., Feliciano, L., & Segal, D. L. (2011). The bidirectional relationship of depression and diabetes: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 31, 1239-1246. doi: 10.1016/j.cpr.2011.08.001
- Ruwaard, J. (2012). *The efficacy and effectiveness of online CBT*. Amsterdam: Department of Clinical Psychology, University of Amsterdam.
- Schalenbourg, C., De Coster, I., & Van Audenhove C. (2011). *Depressieve patiënten in het algemeen ziekenhuis. Trainingsmodule voor verpleegkundigen*. Antwerpen: Garant.
- Scheerder, G., De Coster, I., & Van Audenhove, C. (2008). Pharmacists' role in depression care: A survey of attitudes, current practices, and barriers. *Psychiatric services*, 59(10), 1155-1161.
- Songprakun, W., & McCann, T. V. (2012). Evaluation of a cognitive behavioural self-help manual for reducing depression: a randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(7), 647-653.
- Spek, V. (2009). Kleur je Leven: een internetinterventie voor depressieve klachten bij vijftigplussers. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 17(2), 41-45.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2008). Internet- based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: a randomized controlled clinical trial. *Psychological Medicine*, 37(12), 1797-1806.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Smits, N., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2008). One-year follow-up results of a randomized controlled clinical trial on internet-based cognitive behavioral therapy for subthreshold depression in people over 50 years old. *Psychological Medicine*, 38, 635-640.
- Spek, V., Nyklíček, I., Cuijpers, P., & Pop, V. (2008). Predictors of outcome of group and internet-based cognitive behaviour therapy. *Journal of Affective Disorders*, 105(1-3), 137-145.
- Sterne, J. A., White, I. R., Carlin, J. B., Spratt, M., Royston, P., Kenward, M. G., ... & Carpenter, J. R. (2009). Multiple imputation for missing data in epidemiological and clinical research: potential and pitfalls. *BMJ*, 338.
- Titov, N., Andrews, G., Davies, M., McIntyre, K., Robinson, E., & Solley, K. (2010). Internet treatment for depression: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PLoS one*, 5(6), e10939.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2009). *Better mental health care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Trimbos Instituut (2010). *Routebeschrijving bemoeizorg. Doelen en indicatoren bepalen: SWOT-analyse*. Gedownload op <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/implementatie/implementatie-behandelrichtlijnen/verbeter-de-zorg-per-stoornis/routebeschrijving-bemoeizorg>.
- Van Audenhove, C., De Coster, I., van den Ameele, H., De Fruyt, J., & Goetinck, M. (2007). *De aanpak van depressie door de huisarts: een handboek voor de praktijk*. Lannoo Uitgeverij.
- Van der Heyden J., Gisle L., Demarest S., Drieskens S., Hesse E., & Tafforeau J. (2010). *Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport I - Gezondheidstoestand*. Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance, Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, p. 345-434. <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/CROSPNL/HISNL/his08nl/5.beperkingen.pdf>

- Vandeurzen, J. (2009). *Beleidsnota 2009-2014. Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*. Welzijn. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.
- Vandeurzen, J. (2010). *Vlaams Ouderenbeleidsplan 2010-2014*. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.
- van Dijck, S., Nuijen, J., Kramer, J. & van 't Land, H. (2013). Psychosociale hulp aan chronisch lichamelijke ziekten – Voorwaarden voor een integrale aanpak. *MGv*, 68(2), 83-97.
- van Os, T. W., van den Brink, R. H., Jenner, J. A., van der Meer, K., Tiemens, B. G. & Ormel, J. (2002). Effects on depression pharmacotherapy of a Dutch general practitioner training program. *Journal of Affective Disorders*, 71, 105-111.
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (2011). *Vlaams Actieplan voor de preventie van zelfdoding 2012-2020*. Brussel: Auteur.
- Warmerdam, L., Smit, F., van Straten, A., Riper, H., & Cuijpers, P. (2010). Cost-utility and cost-effectiveness of internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, 12(5).
- Warmerdam, L., van Straten, A., Twisk, J., Riper, H., & Cuijpers, P. (2008). Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 10(4).
- Whooley, M. A., Avins, A. L., & Browner, W. S. (1997). Case-finding instruments for depression. *Journal of general internal medicine*, 12(7), 439-445.
- Wong, M.L., & Licinio, J. (2001). Research and treatment approaches to depression. *Nature Reviews Neuroscience*, 2001, 2, 343-351.

Bijlagen

Bijlage 1. EEN PRAKTISCHE GIDS

Hoe een e-mental health interventie te implementeren in de eerste lijn?

Een praktische gids.

1 Achtergrond

In 2012 en 2013 werd er door het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin onderzoek gevoerd rond de mogelijkheden voor e-mental health in de thuiszorg. In samenwerking met het Wit-Gele Kruis van Antwerpen werd het potentieel van de online interventie Kleur je Leven onderzocht in het aanpakken van milde tot matige depressie bij chronisch zieke patiënten. In de marge van dit onderzoek werd deze korte gids over het implementeren van e-mental health in de eerste lijn opgesteld. De inhoud is gebaseerd op de internationale literatuur en de praktijkervaringen in het kader van het onderzoek. Het doel ervan is om organisaties in de eerste lijn een eerste houvast te geven bij eventuele plannen om met online hulpverlening aan de slag te gaan. Om dergelijke interventie in detail uit te werken, zijn op het einde referenties opgenomen naar gespecialiseerde literatuur waarin de verschillende stappen in meer detail zijn uitgewerkt.

2 Online aan de slag

2.1 Evalueren behoefte

Een eerste noodzakelijke stap is het evalueren van de behoefte: is er nood binnen de organisatie om online hulpvormen te gaan opnemen? Online interventies implementeren enkel en alleen omdat dit iets nieuw is of om 'mee te zijn met de tijd' is geen correcte drijfveer. Gezien het grote aanbod aan interventies, is de kans reëel dat er ook evenwaardige of zelfs betere 'offline' alternatieven om mee aan de slag te gaan. Word je als organisatie echter met bepaalde uitdagingen of problemen geconfronteerd en lijkt e-mental health een nuttige en positieve aanvulling op het bestaande zorgaanbod, dan kan men overgaan tot de volgende stap.

2.2 Doelen vooropstellen

Wat zijn concrete doelen die je met een online interventie wil bereiken? Wil je een verminderde werklast bij de werknemers, betere of meer behandeling aanbieden, focussen op een specifieke problematiek of juist op algemeen welbevinden ... In deze stap bepaal je duidelijk wat je wil bereiken met je online hulp.

2.3 Selecteren van geschikte interventie

In de derde stap ga je op zoek naar een techniek om deze doelen te bereiken. Zelf online interventies ontwikkelen is vrij arbeidsintensief, vereist specifieke kennis en kan ook kostelijk zijn. Daarnaast is er dan ook nog weinig geweten over de werkzaamheid en of je interventie een effectieve meerwaarde kan betekenen voor zij die eraan deelnemen. Het gebruiken of aanpassen van bestaande interventies is dan vaak een aanvaardbare tussenoplossing. In Vlaanderen is er momenteel nog geen officieel overzicht beschikbaar van 'erkende' e-mental health interventies, maar in de literatuur op het einde van deze gids zijn wel voorbeelden van concrete interventies terug te vinden. Aarzel echter ook niet om met experts contact op te nemen zoals onderzoekscentra of koepelorganisaties zoals OHUP, het OnlineHulpUitwisselingsPlatform.

2.4 Draagvlak creëren

Met de behoefte-analyse achter de rug, concrete doelen vooropgesteld en een geschikte interventie geselecteerd, is een volgende stap het creëren van een draagvlak. De aanvaardbaarheid van de interventie en de eventuele bedenkingen of geanticipeerde problemen worden hierbij best afgetoetst, zowel bij de doelgroep als bij het personeel. Het voeren van een aantal expertenpanels, besprekingen op overlegmomenten of interviews zijn hier bijzonder geschikt voor. Een laatste belangrijk aspect is het voorzien van de nodige financiering in de budgetten: een online interventie implementeren waar geen budgettaire ruimte voor is voorzien, zal weinig voet aan grond krijgen en weinig succes kennen.

2.5 Implementatie

Idealiter vangt de eigenlijke implementatie aan met een proefimplementatie. De interventie wordt hierbij in een deel van de organisatie - bijvoorbeeld in een lokale afdeling - geïmplementeerd. De kleinschaligheid maakt het mogelijk om de evolutie van naderbij op te volgen en eventuele problemen tijdig te detecteren en deze bij te sturen.

Een eerste stap is hierbij een uitgebreide informatiesessie waarbij de noodzakelijke kennis wordt aangereikt rond de interventie zelf en wat de randvoorwaarden zijn voor implementatie: op wie richt de interventie zich, in welke gevallen is ze wel of niet van toepassing, wat bij problemen ... Alleen informatie verstrekken over hoe een interventie werkt, is echter meestal niet voldoende. Idealiter krijgt het personeel de mogelijkheid om de interventie zelf ook even uit te proberen: zien hoe het werk, wat de mogelijkheden zijn, hoe het een bijdrage kan leveren aan hun werk. In een tweede stap is het belangrijk om het gebruik van de interventie te integreren in de dagdagelijkse routine: als er protocollen of richtlijnen voorhanden zijn, zorg ervoor dat de interventie daarin is opgenomen. Zorg voor regelmatige herinneringen waarbij het personeel actief wordt gemotiveerd om er effectief gebruik van te maken. Terwijl de interventie loopt, hou in de gaten dat de implementatie verloopt zoals gepland. Het is belangrijk dat de richtlijnen goed worden opgevolgd en als deze niet worden opgevolgd zoals gepland: stuur zo nodig bij. Dat kan enerzijds zijn in de communicatie naar het personeel toe hoe ze best omgaan met een aantal aspecten, maar evengoed blijkt uit de proefimplementatie dat een aantal eerdere ideeën of plannen onrealistisch of minder wenselijk zijn. Stuur deze dan bij.

Na een succesvolle proefimplementatie en met de nodige bijstellingen kan de eigenlijke implementatie daarna aanvangen in de volledige organisatie volgens het stramien en de richtlijnen die eerder werden vastgelegd.

2.6 Opvolgen en evalueren

Een laatste belangrijke stap is ten slotte om de evolutie van de interventie constant te op te volgen en ook te evalueren. Het verloop van de interventie wordt geëvalueerd tijdens een procesevaluatie, waarbij het belangrijk is om (nogmaals) stil te staan bij het verloop: wat loopt er fout en moet worden geredigeerd, wat loopt goed, maar is een mogelijke verbeterpunt ... Daarnaast is het ook belangrijk om het effect te evalueren. Bereikt de interventie de vooropgestelde doelen? Zo ja, is het doel om de kwaliteit van de interventie te handhaven of verbeteren, zo nee is er dringend nood aan meer ingrijpende bijsturing.

3 Referentiewerken

Er zijn diverse nuttige en uiterst relevante referentiewerken beschikbaar die meer informatie kunnen verstrekken binnen het summier stappenplan dat hierboven staat beschreven. Ze zijn niet alleen in de specifieke context van (het implementeren van) online interventies geschreven, maar zijn niettemin zeker relevant. Vier werken worden hieronder opgelijst, samen met een korte duiding.

3.1 Planning Health Promotion Programs. An Intervention Mapping Approach

Dit boek, geschreven door L. Kay Bartholomew en collega's, vormt de inspiratie voor het stappenplan hierboven gepresenteerd. Dit Engelstalig boek is sterk gegrond in de theorie en bespreekt in heel groot detail alle verschillende stappen die moeten worden doorlopen om een interventie succesvol te implementeren. In dit boek is dan ook zeker de nodige houvast en inspiratie te vinden voor het voeren van behoefteanalyses en het vooropstellen van gedetailleerde interventiedoelen. Doorheen het boek zijn ook concrete voorbeelden van bestaande (weliswaar niet 'online') interventies terug te vinden en de methodieken die hierbij werden gehanteerd.

3.2 Een kei in evalueren. Werkboek evalueren in de gezondheidspromotie

Kim Schutters en Veerle Stevens stelden vanuit het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie dit werkboek samen. Eerst wordt stilgestaan bij een voorbeeldcasus 'Aan tafel' en het fasemodel voor projectmatig werken van Scheerder, Van den Broucke en Saan. Daarna worden de zes stappen van een evaluatie toegelicht. Hierbij wordt je stap voor stap door het evaluatieproces begeleid. Verder worden concepten als pre- en postmetingen, bias, validiteit, betrouwbaarheid op een begrijpelijke manier uitgelegd. Met meer concrete en Vlaamse voorbeelden is dit boek wat het evalueren van interventies betreft een interessante aanvulling op het werk van Bartholomew en collega's.

3.3 Handboek Online Hulpverlening. Hoe onpersoonlijk contact heel persoonlijk wordt

Onder redactie van Frank Schalken en de Stichting E-hulp.nl werd dit handboek samengesteld. De focus is in eerste instantie voornamelijk op het organisatieniveau waarbij regelgeving en organisatorische aspecten van online hulp in detail worden besproken, weliswaar binnen het kader van de Nederlandse wetgeving. Er wordt een overzicht van verschillende interventievormen opgelijst en voor elke interventievorm worden specifieke voorwaarden en aandachtspunten uitgelicht. Dit boek is vooral

relevant om een beter beeld te krijgen van de diversiteit en de mogelijkheden van het online hulpaanbod en welke randvoorwaarden moeten worden vervuld.

3.4 Niet alle smileys lachen. Onlinehulp in eerstelijns welzijnswerk

Het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, de Arteveldehogeschool en het OnlineHulpUitwisselingsPlatform (OHUP) bundelen in dit boek onder redactie van Philippe Bocklandt hun ervaringen rond het gebruik van online interventies. Hoewel welzijnswerk voornamelijk centraal staat, biedt het wel inzicht in het gebruik van online interventies in een Vlaamse context. De diverse Vlaamse initiatieven – met een hoofdfocus op chathulp – worden hierbij gedetailleerd besproken.

4 Referenties

Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., & Fernández, M. E. (2011). *Planning health promotion programs: an Intervention Mapping approach 3rd Ed.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Bocklandt, P. (2011). Niet alle smileys lachen. Onlinehulp in eerstelijns welzijnswerk. Leuven: Acco.

Schalcken, F. (2010). Handboek online hulpverlening. *Hoe onpersoonlijk contact heel persoonlijk wordt.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Schutters, K. & Stevens, V. (2012). *Een kei in evalueren. Werkboek evalueren in de gezondheidspromotie.* Antwerpen: Garant.

Bijlage 2. DE OVERZICHTSLIJST VAN CHRONISCHE AANDOENINGEN IN DE GEZONDHEIDSENQUÊTE

Onderstaande figuur biedt een overzicht van de bevraagde aandoeningen over de verschillende bevragingen heen (Van der Heyden, 2010).



Tabel 1 Lijst van bevraagde aandoeningen en beschikbaarheid van informatie per enquêtejaar, Gezondheidsenquête, België, 2008.

Aandoening	'97	'01	'04	'08
Astma (ook allergisch astma)		X	X	X
Chronische bronchitis, chronisch obstructief longlijden, emfyseem		X	X	X
Hartinfarct ¹				X
Coronaire hartziekte (angina pectoris) ¹				X
Hoge bloeddruk (hypertensie)	X	X	X	X
Beroerte (hersenvloeding, hersentrombose)	X	X	X	X
Reumatoïde artritis (ontsteking van de gewrichten)	X	X	X	X
Artrose (gewrichtsslijtage)	X	X	X	X
Lage rugprobleem of andere chronische rugaandoening ²	X	X	X	X
Nekprobleem of andere chronische nekaandoening	X	X	X	X
Suikerziekte	X	X	X	X
Allergie, zoals neusloop, oogontsteking, huiduitslag, voedselallergie, of andere (maar geen allergisch astma)	X	X	X	X
Maagzweer of zweer aan de 12-vingerige darm	X	X	X	X
Levercirrose, ander leverlijden	X	X	X	X
Kanker (kwaadaardig gezwel, ook inbegrepen leukemie en lymfeklierkanker)	X	X	X	X
Ernstige hoofdpijn zoals migraine	X	X	X	X
Urinaire incontinentie, problemen om de urine op te houden				X
Chronische angst				X
Ernstige somberheid of depressie voor een periode van minstens 2 weken	X	X	X	X
Andere mentale gezondheidsproblemen				X
Permanent letstel of defect veroorzaakt door een ongeval				X
Schildklierafwijkingen	X	X	X	X
Glaucoom (verhoogde oogdruk)	X	X	X	X
Cataract (staar)	X	X	X	X
Ziekte van Parkinson	X	X	X	X
Epilepsie	X	X	X	X
Langdurige vermoeidheid voor een periode van minstens 3 maanden		X	X	X
Osteoporose (ontkalking van het bot)	X	X	X	X
Gebroken heup	X	X	X	X
Ernstige darmstoornissen voor een periode van minstens 3 maanden	X	X	X	X
Nierstenen	X	X	X	X
Ernstige nierstenen behalve nierstenen	X	X	X	X
Chronische blaasontsteking	X	X	X	X
Ernstige of chronische huidaandoening	X	X	X	X
Galstenen of galblaasontsteking	X	X	X	X
Prostaatklachten ³	X	X	X	X

¹ In 1997, 2001 en 2004 werd de vraag gesteld naar "Ernstige hartkwaal of hartinfarct". Om te harmoniseren met de EHIS vragenlijst werd deze vraag 2008 niet hernomen en vervangen door de 2 EHIS-vragen. Dit heeft tot gevolg dat een vergelijking met vorige jaren niet mogelijk is.

² In 1997, 2001 en 2004 werd de volgende formulering gebruikt: "Rugaandoeningen van hardnekkige aard (langer dan 3 maanden) lumbago, ischias, discushernia". De formulering werd veranderd omwille van de integratie in EHIS. Dit heeft tot gevolg dat een vergelijking met vorige jaren niet mogelijk is.

³ In 1997 werd dit enkel bevraagd bij ouderen

Bijlage 3. DE ONDERZOEKSFICHE

Titel	Preventie en vroegtijdige behandeling van comorbide depressie bij chronisch zieken in de Vlaamse eerstelijnszorg.
Trefwoorden	Chronische ziekte, comorbide depressie, e-mental health, preventie, vroegtijdige behandeling.
Link met oproep	Het project sluit aan bij de oproep en volgende doelen van het Vlaamse gezondheidsbeleid: - Professioneel ontwikkelen van diensten voor de eerste lijn - Coördineren van verschillende partners binnen de eerste lijn - Implementeren van evidence-based ICT-middelen voor de gezondheidszorg - Implementeren van een systematische en onderbouwde methodologie die zowel belangrijke problemen in de gezondheidszorg in kaart brengt, als de effectiviteit van de aangereikte zorg opvolgt.
Beleidsrelevantie	Voor de Vlaamse bevolking wordt volgende evolutie verwacht: - Een aanzienlijke toename van de oudere bevolking, wat samenhangt met een toename in chronische ziektes. Dit zal leiden tot een zware last bij zorgverstrekkers in de eerste lijn.¹ - Personen met een chronische ziekte hebben een vergroot risico om comorbide depressie te ontwikkelen.² De meeste zorgverstrekkers in de eerste lijn zijn echter beperkt opgeleid om dergelijke risicopatiënten te detecteren en te helpen.³ - Comorbide depressie interageert met verschillende ziekteprocessen, zowel op het psychofysiologisch niveau (bv. bij diabetes, reuma, hartaandoening, aandoeningen van de luchtwegen ...), als op het niveau van gezondheidsgedrag en zelfmanagement.^{4,5} - Deze tweerichtingsrelatie leidt tot een negatieve spiraal die zowel de prognose van de chronische ziekte beïnvloedt, als de depressieve klachten.⁶ Dit zorgt voor een verhoogde kans op negatieve evoluties en herval, verminderde therapietrouw, een toename in het gebruik van gezondheidszorg, een toegenomen medicatiegebruik en een verhoogd risico op hospitalisatie en sterfte. In overeenstemming met verschillende beleidsaanbevelingen rond online gezondheidszorg^{7,8}, probeert dit project deze negatieve tendens als volgt om te buigen: - Door het implementeren van een evidence-based ICT-tool, ontwikkeld met als doel om milde tot matige depressie te diagnosticeren en behandelen (Kleur Je Leven, KJL) in de eerstelijnsgezondheidszorg. Er wordt hierbij gekozen voor een samenwerking met een dienst voor thuiszorg (zoals bv. het Wit-Gele-Kruis) en dit in overleg met de huisartsen en andere zorgverstrekkers. KJL is ontwikkeld door het Trimbos Instituut en is gebaseerd op de 'Coping with Depression' cursus. Een Vlaamse versie van KJL is ontwikkeld door ISW Limits. De effectiviteit van KJL is al aangetoond in verschillende gecontroleerde studies.^{9, 10, 11, 12} De interventie is echter nog niet geïmplementeerd in de context van eerstelijnszorg voor chronisch zieken, het doel van dit onderzoek. - Door te implementeren in de thuisomgeving van de patiënt: zo wordt de drempel voor huisgebonden chronisch zieken verlaagd en biedt dit de mogelijkheid voor constructieve betrokkenheid en steun van de andere inwonenden. - Door thuiszorgverpleegkundigen (en geïnteresseerden huisartsen) op te leiden. Zij hebben het voordeel dat ze de patiënten in hun thuisomgeving kunnen bereiken en zo patiënten kunnen coachen door hen te begeleiden en motiveren om gebruik te maken van de interventie en door lokale barrières te verwijderen (blended learning). - Door andere eerstelijnszorgverstrekkers van de patiënt op de hoogte te brengen en het systeem te promoten, om zo tot een gecoördineerde en consequente aanpak van comorbide depressie te komen.

	- Door de evolutie van patiënten systematisch op te volgen als deel van de interventie. Dit maakt deze interventie geschikt om op termijn ingepast te worden in een initiatief als het platform voor elektronische gegevensdeling tussen verschillend zorg- en welzijnsactoren, Vitalink.
Onderzoeks-vragen	- Hoe effectief is een evidence based ICT-tool in het behandelen van comorbide depressie en in het bevorderen van een meer positieve evolutie van de chronische ziekte? - Wat is de beste methode om deze interventie te implementeren en zo optimale opname en resultaten te bekomen? - Hebben verschillende implementatiestrategieën een verschillend effect op de effectiviteit van de interventie? - Hoe bekrachtigt de implementatie van deze interventie zorgverstrekkers uit de eerste lijn in het omgaan met comorbide depressie bij chronisch zieken?
Doelen	- De beste methode bepalen om een e-mental health interventie te implementeren in Vlaamse medische settings. - De effectiviteit evalueren van een e-mental health interventie bij chronisch zieken om milde tot matige depressie te behandelen en de omgang met hun ziekte te optimaliseren.
Design en methode	- Minimale interventie: KJL wordt beschikbaar gemaakt via de website van de thuiszorgorganisatie. Thuiszorgverpleegkundigen worden via brochures geïnformeerd over KJL, hoe (vroeg) signalen van depressie te detecteren en hoe patiënten te motiveren om gebruik te maken van de interventie. Brochures worden beschikbaar gemaakt voor patiënten en deze worden ook verdeeld onder de andere zorgverstrekkers van de patiënten. - Maximale interventie: KJL wordt beschikbaar gemaakt via de website van de thuiszorgorganisatie. Thuisverpleegkundigen (en geïnteresseerde huisartsen) krijgen een workshop van een halve dag waarin KJL wordt uitgelegd en waarbij ook aandacht wordt besteed aan hoe (vroeg) signalen van depressie te detecteren en hoe patiënten te motiveren om gebruik te maken van de interventie. In geval van vragen wordt er voor de duur van de interventie telefonische ondersteuning door de onderzoekers voorzien. Brochures worden beschikbaar gemaakt voor patiënten en deze worden ook verdeeld onder de andere zorgverstrekkers van de patiënten. - Geen interventie: standaardbehandeling. Afhankelijke variabelen (niet exhaustieve lijst) - Evaluatie pre- and post interventie van depressieve klachten (BDI-I) en algemeen psychisch welbevinden (GHQ, DASS) van de patiënten. - Indicatoren voor chronische ziekte: ziekteperceptie, SF-36, medicatiegebruik, doktersbezoeken, dagen gehospitaliseerd, levenskwaliteit (EQ-5D). - Evaluatie bij patiënten: tevredenheids- en utiliteitsscores maken inherent deel uit van de interventie en worden na elke les bevraagd - Evaluatie bij professionals: de gepercipieerde vaardigheden in het omgaan en ondersteunen van depressieve patiënten, evaluatie van professionele competentie in algemene zin.
Output	
- Beleids-gerelateerd	Algemeen rapport over comorbide depressie bij chronische ziekte en hoe dit effectief te behandelen in een eerstelijnscontext, door middel van het gecoördineerd gebruik van een ICT-behandelingstool.
- Wetenschappelijk	- Wetenschappelijke paper over de effectiviteit van KJL voor comorbide depressie - Wetenschappelijke paper over de invloed van implementatiestrategieën op de effectiviteit van de interventie - Wetenschappelijke paper over de effecten van professionele competentie in het omgaan met comorbide depressie en het algemeen gevoel van competentie bij

	zorgverstrekkers in de eerste lijn.
Valorisatie	Een praktische gids/opleidingsmodule voor organisaties hoe een e-mental health interventie te implementeren in de eerste lijn en zo de aanpak van gecoördineerde vroegtijdige interventie en preventie van de comorbide depressie te verbeteren.
Coördinatie	- Prof. Chantal Van Audenhove, LUCAS, K.U.Leuven - Prof. Omer Van den Bergh, Onderzoeksgroep voor Gezondheidspsychologie - Prof. Dirk Hermans, Centrum voor Leerpsychologie en Experimentele Psychopathologie, K.U.Leuven - Dr. Deb Vansteenwegen, Centrum voor Leerpsychologie en Experimentele Psychopathologie, K.U.Leuven and ISW Limits
Experten	- Dr. Heleen Riper, Programmaleider eHealth CAMeRA/VU & Klinische Psychologie VU Amsterdam - Dr. Jim White, Universiteit van Glasgow & NHS, Scotland
Middelen(FTE)	
Duur en fases van het onderzoeksproject	Totale duur = 20 maanden: - 4 maanden: contact opnemen met organisaties en opzetten van de interventie - 12 maanden: interventiefase - 4 maanden: data-analyse en rapportering

¹ Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (2009). *Meerjarenanalyse een achteruit- en vooruitblik op de zorgbehoeften van personen met een handicap*. VAPH, Brussel.

² Renn, B., Feliciano, L., & Segal, D.L. (2011). The bidirectional relationship of depression and diabetes: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, in press.

³ Redelmeier, D.A., Tan, S.H., & Booth, G.L. (1998). The treatment of unrelated disorders in patients with chronic medical diseases. *The New England Journal of Medicine*, 338, 1516-1520.

⁴ Fava, M. (2003). Diagnosis and definition of treatment-resistant depression. *Biological Psychiatry*, 53, 649-659.

⁵ Wong, M.L., & Licinio, J. (2001). Research and treatment approaches to depression. *Nature Reviews Neuroscience*, 2001, 2, 343-351.

⁶ Katon, W.J. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(1), 7-23.

⁷ Vandeuren, J. (2009). *Beleidsnota 2009-2014. Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*. Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Brussel.

⁸ WHO Global Observatory for eHealth (2011). *eHealth Tools & Services. Needs of the member states*. WHO, Switzerland.

⁹ Cuijpers, P., Muñoz, R.F., Clarke, G.N., & Lewinsohn, P.M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "coping with depression" course thirty years later. *Clinical Psychology Review*, 29, 449-458.

¹⁰ Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: a randomized controlled clinical trial. *Psychological Medicine*, 37(12), 1797-1806.

¹¹ Warmerdam, E.H., Straten, A. van & Cuijpers, P. (2009). Internettherapie bij depressieve klachten: een gerandomiseerde studie. *Psychologie en gezondheid*, 37(4), 202-212.

¹² Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Smits, N., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2008). One-year follow-up

results of a randomized controlled clinical trial on internet-based cognitive behavioral therapy for subthreshold depression in people over 50 years old. *Psychological Medicine*, 38, 635-640.

Bijlage 4. DE VERNIEUWDE ONDERZOEKSOPZET

De stand van zaken van onderzoeksproject 2C, Preventie en vroegtijdige behandeling van comorbide depressie bij chronisch zieken, werd toegelicht op de themagroep van 27 februari 2013. In voorliggende nota beschrijven we achtereenvolgens nogmaals de onderzoeksopzet, het verloop van het onderzoek en de initiatieven tot bijsturing. We concluderen vervolgens met de aangepaste focus van het onderzoek. Deze is bijgestuurd op basis van de feedback van het beleid en zal bijzonder oog hebben voor de beleidrelevantie van dit onderzoek.

1 Opzet

De oorspronkelijke opzet was om de meest geschikte methode te bepalen voor het implementeren van een online interventie, Kleur je Leven, gericht op het reduceren van depressieve klachten bij chronisch zieke patiënten en hun mantelzorgers. Hiervoor wensten we nauw samen te werken met een thuisverplegingsorganisatie. We zouden daarnaast de effectiviteit van de interventie evalueren door deelnemers at random te verdelen over een interventie- of een wachtlijstcontrolegroep en verder was het ook de bedoeling om attitudes en vaardigheden van thuisverpleegkundigen ten aanzien van depressie in kaart te brengen. Een laatste focus was om te kijken of het niveau van implementatie-ondersteuning een invloed had op het succes van de interventie.

2 Verloop van het onderzoek

Een eerste stap bestond uit het kiezen van een partnerorganisatie. Het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen was bereid om het onderzoek voor te leggen aan haar autonome provinciale afdelingen. Na verkennende gesprekken met het Wit-Gele Kruis van Antwerpen en het Wit-Gele Kruis van Limburg, bleek dat er met de eerste een consensus mogelijk was over de invulling van het onderzoek. In twee regio's (Afdelingen Duffel en Merksem) werd afgesproken om het onderzoek op te zetten met volledige implementatie-ondersteuning. Dit impliceerde een opleiding van verpleegkundigen, telefonische support en de mogelijkheid tot bijsturing ter plaatse. In één regio (Afdeling Geel) werd met minimale implementatie-ondersteuning gewerkt: geen specifieke opleiding, enkel een toelichting van het onderzoeksprotocol en ondersteuning via e-mail. In een tweede stap contacteerden we op aangeven van het Wit-Gele Kruis van Antwerpen (WGK) zes huisartsenkringen, als belangrijke partners van het WGK in deze regio's. Deze huisartsenkringen ontvingen de algemene informatie rond het onderzoek eerst via mail. Vervolgens brachten we hen ook telefonisch of tijdens overlegmomenten gedetailleerd op de hoogte van de inhoud van het onderzoek. In sommige gevallen informeerden we op aangeven van de huisartsenkringen ook Lokale Multidisciplinaire Netwerken, Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg, Lokale Kwaliteitskringen en Thuiszorgoverleg.

In de daaropvolgende periode concretiseerden we het onderzoek in nauwe samenwerking met het WGK. Zo realiseerden we een informatiefolder voor deelnemers, een website met informatie voor professionals en vragenlijsten voor deelnemers en verpleegkundigen. Daarnaast werd er een opleiding georganiseerd rond depressie voor de verpleegkundigen en een protocol uitgewerkt dat door de verpleegkundigen kon worden gebruikt om mogelijke deelnemers te detecteren en te includeren. Om het

effect van de opleiding voor de verpleegkundigen te evalueren, werden een pre- en postmeting opgezet. Deze opleiding ging in september 2012 vijf maal door. Na afloop kregen de verpleegkundigen de opdracht mogelijke deelnemers aan te spreken om aan het onderzoek deel te nemen; het RCT-luik van het onderzoek kon van start gaan.

Midden november 2012 hadden de thuisverpleegkundigen een beperkt aantal weigeringsformulieren ingediend (= documentering van thuisverpleegkundigen die patiënten aanspreken, die niet konden of wensten deel te nemen). Er was echter nog geen enkele inclusie gerealiseerd. Verder vielen ook de postmeting bij de verpleegkundigen sterk tegen. Slechts 20 van de verpleegkundigen die aan de premeting hadden deelgenomen (N = 92), nam ook de tijd om de postmeting in te vullen.

3 Initiatieven tot bijsturing van het onderzoek

In overleg met het WGK werd besloten om in november 2012 de verantwoordelijken van de drie afdelingen opnieuw te contacteren om na te gaan welke barrières voor deelname aan het onderzoek zijn en om deze te remediëren. Alle verpleegkundigen werden in eerste instantie via een stafmedewerker van WGK herinnerd aan de postmeting, samen met de vraag om deze toch in te vullen. Begin december 2012 stuurden we ook vanuit SWVG een gepersonaliseerde brief naar alle verpleegkundigen. Hierin werden benadrukt het belang van hun persoonlijke bijdrage aan het onderzoek.

Daarnaast ontvingen ze in de brief ook feedback op maat over: 1) het invullen van de postmeting, 2) het indienen van weigeringsformulieren, 3) het includeren van deelnemers, 4) en het belang om zowel op patiënten als mantelzorgers te focussen. Het aantal weigeringsformulieren nam hierdoor toe (N = 43) en uiteindelijk vulden 62 van de 92 verpleegkundigen de postmeting in. Er vond echter slechts één inclusie plaats. De patiënt vulde de premeting in, maar startte – ondanks een herinnering – niet met de cursus.

Begin februari 2013 werd de persoonlijke mailing naar de verpleegkundigen herhaald. Het is ook de bedoeling om dit in april 2013 nog een laatste keer te herhalen. Daarnaast zullen we op korte termijn in elke regio nog langsgaan om verpleegkundigen bijkomend te enthousiasmeren voor het onderzoek. Een andere optie die samen met het WGK werd bekeken – maar praktisch moeilijk te organiseren bleek – was om op een aantal computers in de lokale afdelingen toegang te geven tot Kleur je Leven, zodat verpleegkundigen zelf een nog beter idee krijgen van wat de interventie exact inhoudt.

4 Aangepaste focus onderzoek

Een deel van de opzet die oorspronkelijk werd voorgesteld blijkt niet haalbaar: de evaluatie van de effectiviteit van de interventie is door het gebrek aan inclusies niet mogelijk. Het is wel mogelijk en realistisch om de attitudes en vaardigheden van thuisverpleegkundigen in kaart te brengen en ook het effect van hun kortdurende training te evalueren. Daarnaast kan het onderzoek ook een bijdrage leveren aan de optimalisatie van de implementatie van online en/of GGZ-projecten in de thuiszorg.

Na afstemming op de themagroep werd besloten om de resterende maanden van het onderzoek in te zetten op het in kaart brengen van sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen (SWOT-analyse) in het implementeren van online en/of GGZ-interventies in de thuiszorg. Hiervoor organiseren we (een of meerdere) focusgroepen met de staf van het WGK en met de thuisverpleegkundigen zelf. Verder kunnen we ook chronisch zieke patiënten contacteren die wel in aanmerking kwamen voor het onderzoek, over de specifieke vaardigheden beschikten om met de interventie aan de slag te gaan, maar uiteinde-

lijk toch besloten om niet in te stappen. Dit is natuurlijk enkel mogelijk indien het aantal gedetecteerde personen dit toelaat en dit voorstel vervolgens ook aanvaardbaar is voor het WGK.

Daarnaast plannen we ook om de opmerkingen en bedenkingen van beleidsmakers in het eindrapport op te nemen. Op basis van de feedback tijdens de themagroep zullen we daarom nog meer aandacht besteden aan de (mogelijkheden tot) interactie tussen huisartsen en verpleegkundigen. De huisarts neemt namelijk een centrale positie in binnen de eerstelijnszorg en gerichte aanbevelingen krijgen over hoe de relatie met verschillende andere actoren – zoals de thuisverpleegkundige – kan worden bevorderd, geeft het beleid de nodige handvatten om de eerstelijnszorg verder te optimaliseren. We denken met dit project uiteindelijk antwoorden te kunnen formuleren op vragen als:

- “In welke mate kunnen online interventies een meerwaarde bieden aan de huidige en toekomstige patiëntenpopulatie van thuisverplegingsorganisaties”,
- “Hoe staan thuisverpleegkundigen ten aanzien van deze online interventies”,
- “Hoe staan thuisverpleegkundigen tegenover depressie”,
- “Zijn thuisverpleegkundigen in staat om depressieve gevoelens te detecteren bij hun patiënten”,
- “Zijn thuisverpleegkundigen inzetbaar als actoren in de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg”

Bijlage 5. DE UITNODIGING VAN DE INFO-AVOND ROND E-MENTAL HEALTH VOOR HUISARTSEN

Leuven, 21 mei 2013

Geachte collega,

“Dokter, het gaat niet meer.”

Uitlopende consultaties, overbevraagde therapeuten, antidepressiva, benzodiazepines, ...

Herkenbaar?

Wij zijn Linde & Yoo-Na, momenteel laatstejaarsstudenten huisartsgeneeskunde (haio). In het kader van onze masterproef onder begeleiding van professor Chantal Van Audenhove (LUCAS, KU Leuven & Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin) doen wij onderzoek naar het **gebruik van e-mental health in de huisartsenpraktijk**. Hoewel de effectiviteit en voordelen van dit type interventies al is aangetoond, worden deze nog niet vaak in de huisartsenpraktijk gebruikt.

Op **dinsdagavond 25 juni** organiseren wij daarom een avond waarop we de mogelijkheden van e-mental health demonstreren aan de hand van een specifieke interventie, Kleur je Leven. Deze internetcursus is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en heeft als doel om patiënten zelfstandig of met beperkte begeleiding hun depressieve klachten aan te laten pakken. Na een algemene toelichting en de demonstratie sluiten we af met een korte discussie waarbij u en uw collega's jullie mening kunnen geven over het gebruik van dergelijke tools in de huisartsenpraktijk.

Datum: dinsdag 25 juni 2013

Tijdstip: 20u30-22u00

Locatie: Grote vergaderzaal, MHC, Maria Theresiastraat 63A, 3000 Leuven

Accreditering: is aangevraagd

Gelieve uw aanwezigheid te bevestigen door voor 18 juni te mailen naar yoona.choi@dsv.kuleuven.be.

Alvast hartelijk bedankt voor uw interesse!

Met vriendelijke groet,

Linde Wyseur

Yoo-Na Choi

haio's

drs. Tom Van Daele

Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Begeleider en promotor KU Leuven LUCAS & SWVG

Meer informatie? Een demo bekijken? Ga naar www.kleurjeleven.be

LUCAS & SWVG - www.kuleuven.be/lucas - www.steunpuntwvg.be

Bijlage 6. DE BEVRAGING VAN DE THUISVERPLEEGKUNDIGEN



Steunpunt WVG
Kapcijenvoer 39
B-3000 Leuven
+32 16 33 70 70

www.steunpuntwvg.be
swvg@med.kuleuven.be

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Onderzoek Kleur je Leven



ID- Nummer

--	--	--



Algemene informatie

Het onderzoek

Dit onderzoek van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG) in samenwerking met het Wit-Gele Kruis van Antwerpen heeft als doel om de doeltreffendheid van de online interventie 'Kleur Je Leven' in kaart te brengen. Het SWVG wil daarnaast ook nagaan in welke mate het invoeren van de cursus invloed heeft op de attitudes en competenties van verpleegkundigen in het omgaan met chronisch zieke personen met depressieve klachten.

Opzet

Het onderzoek loopt gedurende een jaar in uw regio. Tijdens deze periode wordt u gevraagd om op drie momenten een korte vragenlijst in te vullen: bij aanvang van het onderzoek, na een maand en een jaar later, na afloop van het onderzoek. Dit neemt telkens niet meer dan een kwartier in beslag.

Wat gebeurt er met uw gegevens?

Deze wetenschappelijke studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van de KU Leuven. Uw naam verschijnt nooit in een rapport en we doen ook geen uitspraken over één individu, enkel over de volledige groep of op het niveau van de afdelingen. De onderzoekers staan garant voor de vertrouwelijke behandeling en anonieme verwerking van alle informatie. Voor verdere vragen rond de verwerking van uw gegevens kunt u steeds terecht bij:

SWVG t.a.v. Datamanagement
Kapucijnenvoer 39, Postbus 5310, 3000 Leuven
swvg@med.kuleuven.be

Hebt u nog vragen?

Of wilt u meer over het onderzoek weten?
Neem dan gerust contact op met ons. We helpen u graag verder.

Alvast bedankt,
het onderzoeksteam,

Tom Van Daele
Prof. Dr. Omer Van den Bergh
Prof. Dr. Dirk Hermans
Dr. Deb Vansteenwegen
Prof. Dr. Chantal Van Audenhove

E-mail: kleurjeleven@med.kuleuven.be

**OPGELET! GA NIET VERDER MET DE VRAGENLIJST
VOOR U HET TOESTEMMINGSFORMULIER OP DE VOLGENDE BLADZIJDE HEBT ONDERTEKEND!**

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Toestemmingsformulier voor deelname

- Ik bevestig dat ik voorgaande tekst heb gelezen en de informatie heb begrepen.
- Ik heb begrepen dat deelname aan de meetmomenten volledig vrijblijvend is, geen enkele verplichting inhoudt en op elk moment door mij kan beëindigd worden zonder nadelige gevolgen.
- Ik heb begrepen dat het onderzoeksteam met mijn toestemming gegevens verzamelt over mijn attitude en professionele competentie ten aanzien van chronisch zieke personen met depressieve gevoelens.
- Ik heb begrepen dat al deze gegevens in strikte vertrouwelijkheid zullen behandeld worden. De gegevens worden geanonimiseerd alvorens ze verwerkt worden voor wetenschappelijk onderzoek.
- Ik ben mij bewust van het doel waarvoor deze gegevens worden verzameld, verwerkt en gebruikt in de context van het onderzoek.

PERSOONLIJKE CODE

--	--	--

Ik bevestig dat ik de voorwaarden heb gelezen en begrepen, en dat ik akkoord ga met de bovenvermelde voorwaarden en omstandigheden voor deelname aan dit onderzoek.

Handtekening

Deel 1

Wat is uw mening over volgende uitspraken met betrekking tot depressie?

De nummers hebben deze betekenis:

1 = Helemaal mee akkoord

2 = Eerder mee akkoord

3 = Onbeslist/Geen mening

4 = Eerder niet mee akkoord

5 = Helemaal niet mee akkoord

	Helemaal mee akkoord	Eerder mee akkoord	Onbeslist/Geen mening	Eerder niet mee akkoord	Helemaal niet mee akkoord
	1	2	3	4	5
1 Depressie is geen echte ziekte	☐	☐	☐	☐	☐
2 Iedereen kan aan een depressie lijden	☐	☐	☐	☐	☐
3 Antidepressiva hebben een verslavende werking	☐	☐	☐	☐	☐
4 Depressies komen vooral voort uit negatieve levensgebeurtenissen (werkverlies, relatieproblemen, ernstige ziekte of handicap, ...)	☐	☐	☐	☐	☐
5 In de ouderdom is het normaal dat depressieve klachten voorkomen	☐	☐	☐	☐	☐
6 De meeste depressies verbeteren na verloop van tijd zonder behandeling	☐	☐	☐	☐	☐
7 Iemand die aan depressie lijdt, moet in de eerste plaats zichzelf terug in handen nemen	☐	☐	☐	☐	☐
8 Antidepressiva kunnen iemands persoonlijkheid veranderen	☐	☐	☐	☐	☐
9 Mensen met een depressie hebben vooral steun en begrip nodig van hun omgeving	☐	☐	☐	☐	☐
10 Kinderen onder 12 jaar kunnen niet lijden aan een ernstige depressie	☐	☐	☐	☐	☐
11 Depressie heeft voornamelijk psychologische oorzaken	☐	☐	☐	☐	☐
12 Mensen met een depressie hebben vooral baat bij behandeling met antidepressiva	☐	☐	☐	☐	☐

De nummers hebben deze betekenis: 1 = Helemaal mee akkoord 2 = Eerder mee akkoord 3 = Onbeslist/Geen mening 4 = Eerder niet mee akkoord 5 = Helemaal niet mee akkoord		Helemaal mee akkoord	Eerder mee akkoord	Onbeslist/Geen mening	Eerder niet mee akkoord	Helemaal niet mee akkoord
		1	2	3	4	5
13	Depressie is een ziekte zoals andere (bv. bronchitis, astma, diabetes)	☐	☐	☐	☐	☐
14	Mensen met een depressie zijn niet betrouwbaar	☐	☐	☐	☐	☐
15	Mensen met een depressie hebben vooral baat bij psychotherapie	☐	☐	☐	☐	☐
16	Depressie komt vooral voor bij mensen met weinig weerstandsvermogen	☐	☐	☐	☐	☐
17	Depressie heeft voornamelijk biochemische oorzaken	☐	☐	☐	☐	☐
18	Een depressie is niet volledig te genezen	☐	☐	☐	☐	☐
19	Mensen met een depressie veroorzaken een bijkomende belasting voor de verpleegkundige	☐	☐	☐	☐	☐
20	De meeste mensen met een depressie willen hierover niet praten met een verpleegkundige	☐	☐	☐	☐	☐
21	Patiënten met een depressie ontvangen reeds alle nodige informatie over hun ziekte van hun huisarts/psychiater	☐	☐	☐	☐	21
22	Patiënten met een depressie ontvangen reeds alle nodige informatie over hun medicatie van hun huisarts/psychiater	☐	☐	☐	☐	☐
23	Depressieve patiënten verstaan de informatie over hun medicatie over het algemeen niet	☐	☐	☐	☐	☐
24	Depressieve patiënten volgen de informatie over hun medicatie over het algemeen niet op	☐	☐	☐	☐	☐

Deel 2

De volgende uitspraken gaan over hoe zeker u zich voelt bij het omgaan met mensen die lijden aan een depressie.

Gelieve op elke lijn het punt dat uw mening het beste weergeeft aan te duiden.

- 1 Ik ben zeker dat ik begrip zou kunnen opbrengen voor iemand die lijdt aan een depressie en hem/haar zou kunnen aanzetten tot het zoeken van hulp.

Helemaal niet zeker 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Uitermate zeker

OMCIRCEL EEN CIJFER

- 2 Na een eenmalig contact met een persoon, ben ik zeker dat ik een persoon met depressie zou herkennen.

Helemaal niet zeker 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Uitermate zeker

OMCIRCEL EEN CIJFER

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Deel 3

1 Welke opleiding heeft u gevolgd?

- ☐ Verpleegkunde HBO
☐ Bachelor Verpleegkunde
☐ Andere, nl.

2 Heeft u als optie/afstudeerrichting voor psychiatrische verpleegkunde gekozen of een bijkomende opleiding psychiatrische verpleegkundige gevolgd?

- ☐ Ja
☐ Nee

3 Hoeveel jaar ervaring heeft u als thuisverpleegkundige?

4 Heeft u professionele ervaring met psychiatrische patiënten?

- ☐ Ja
☐ Nee

Zo ja, hoe lang?

5 U bent momenteel werkzaam als

- ☐ vast thuisverpleegkundige
☐ vervangend thuisverpleegkundige

6 In welke regio bent u momenteel tewerkgesteld?

- ☐ Duffel-Waver
☐ Geel
☐ Merksem

7 Hoe oud bent u momenteel (in jaren)?

--	--

8 Wat is uw geslacht?

- ☐ vrouw
☐ man

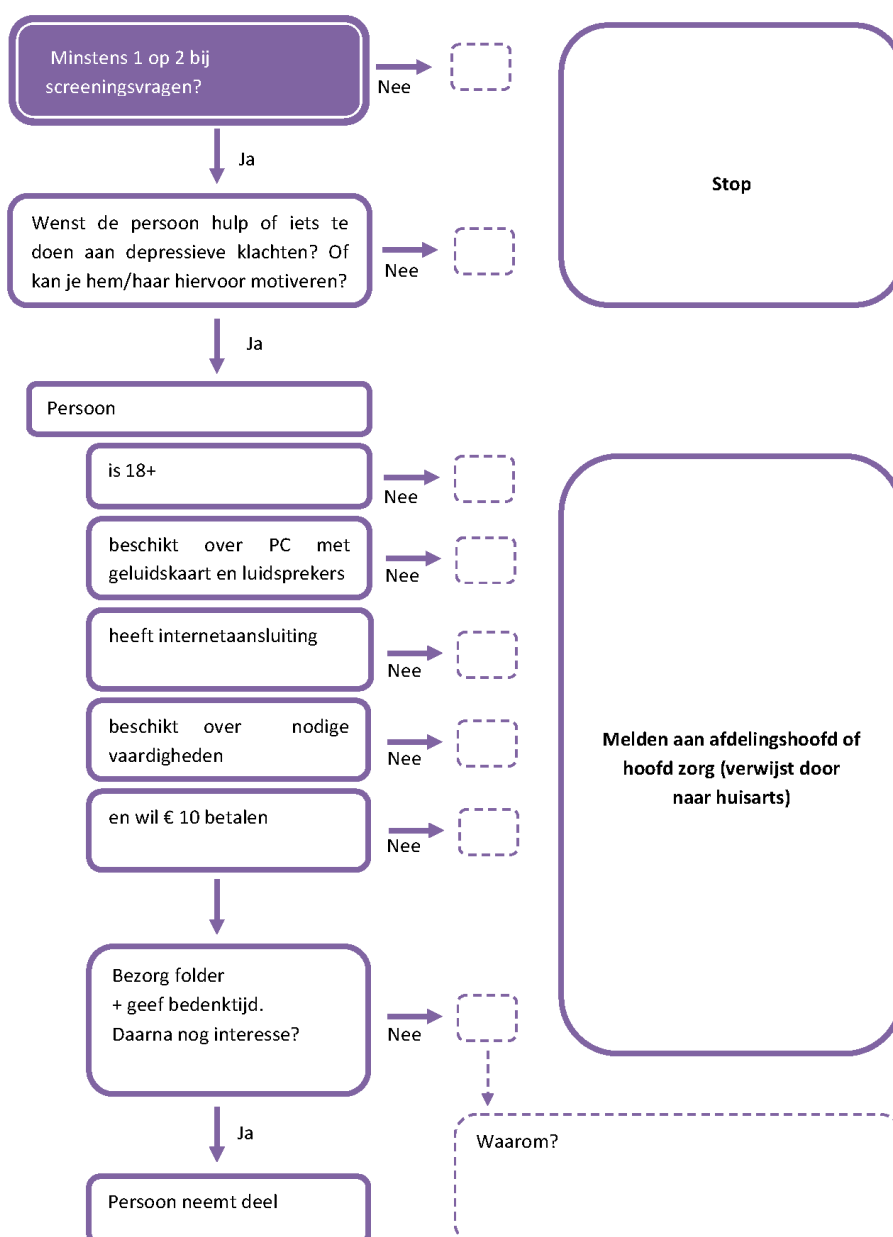
Hartelijk bedankt voor uw deelname!

Bijlage 7. HET FORMULIER VOOR DE PROCESEVALUATIE

Kleur je Leven – Documenteren van weigering

ID verpleegkundige 	Geslacht persoon man vrouw	Chronisch ziek? ja nee	Mantelzorger? ja nee	Datum d d / m m / j j
---	--	--	--	---

Gelieve aan te vinken bij welke stap een potentiële deelnemer weigert of niet voldoet aan de voorwaarden om deel te nemen.



Bijlage 8. DE LEIDRADEN VAN DE EXPERTENPANELS**8.1 Bij thuisverpleegkundigen**

Deze groepsdiscussie wil de meningen en/of ervaringen in kaart brengen van thuisverpleegkundigen rond de rol die jullie kunnen spelen in de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg en de rol die e-mental health daarin kan spelen.

- Tijdens dit groepsgesprek worden de vragen en stellingen aan de gehele groep gesteld, maar om het overzicht te bewaren zal er telkens maar 1 iemand aan het woord zijn.
- Omdat ieders mening belangrijk is, zouden we wel proberen om iemand maximum een tweetal minuten aan één stuk aan het woord te laten, alvorens iemand anders ook de mogelijkheid te geven om bij te dragen of in discussie te gaan
- Natuurlijk zijn er hierbij geen goede of foute antwoorden: vooral jullie persoonlijke mening, visie en ervaringen zijn voor ons van belang

Vandaag komen er drie onderwerpen aan bod. Graag hadden we jullie even laten stilstaan bij de sterktes, zwaktes, mogelijkheden en bedreigingen bij elk van deze topics. Deze topics zijn achtereenvolgens:

- Het potentieel van online interventies in de thuiszorg zowel nu als in de toekomst
- De rol van de thuisverpleegkundige in de vermaatschappelijking van de GGZ
- De optimalisatie van de samenwerking met de huisarts

8.2 Bij huisartsen

Deze groepsdiscussie wil de meningen en/of ervaringen in kaart brengen van huisartsen rond het gebruik van e-mental health in de huisartsenpraktijk.

Als dit OK is voor jullie, wordt dit gesprek opgenomen en vervolgens verwerkt door Linde en Yoo-Na in het kader van hun masterproef. Na het uittypen wordt de opname vernietigd en in de rapportering wordt er nooit verwezen naar individuele personen. Wel kunnen er anonieme quotes worden aangehaald.

- Tijdens dit groepsgesprek worden de vragen en stellingen aan de gehele groep gesteld, maar om het overzicht te bewaren zal er telkens maar 1 iemand aan het woord zijn.
- Omdat ieders mening belangrijk is, zouden we wel proberen om iemand maximum een tweetal minuten aan één stuk aan het woord te laten, alvorens iemand anders ook de mogelijkheid te geven om bij te dragen of in discussie te gaan
- Natuurlijk zijn er hierbij geen goede of foute antwoorden: vooral jullie persoonlijke mening, visie en ervaringen zijn voor ons van belang

Kernvragen

- *Wat vindt u van het gebruik van deze vorm van therapie in de huisartsenpraktijk?*
 - Wat zijn sterktes en zwaktes? Waar zien jullie bedreigingen en wat zijn de mogelijkheden?
- *Hoeveel informatie heeft u als arts nodig om deze interventie te kunnen implementeren in uw praktijk?*
- *Is deze tool een hulpmiddel of vraagt het juist extra moeite om dit als arts te gebruiken?*

Optioneel

- *Is het ontbreken van een vermelding over e-mental health in de richtlijnen een minpunt?*
- *Hoe zou u het gebruik van deze tool praktisch aanpakken? Zelf begeleiden of liever door een professional verbonden aan de tool?*