

Toepassing van richtlijnen voor depressiezorg in verpleeghuizen en door professionals ervaren competentie, autonomie en verbondenheid

Auteurs: Simone T. Vonder, Debby L. Gerritsen, Jeroen Kuntze, Roeslan Leontjevas

Samenvatting

Depressie komt bij bewoners van verpleeghuizen vaak voor en tast de kwaliteit van hun leven aan. Als professionals de richtlijnen voor depressiezorg of een op richtlijnen gebaseerd zorgprogramma opvolgen, verminderen zowel ernst als prevalentie van depressie. Deze complexe taak blijkt in de praktijk echter lastig uitvoerbaar. De Zelf Determinatie Theorie stelt dat de uitvoering van complexe taken bevordert wordt door tegemoet te komen aan drie psychosociale basisbehoeften van mensen. In dit dwarsdoorsnede-onderzoek is de relatie onderzocht tussen deze drie basisbehoeften, namelijk ervaren autonomie, competentie en verbondenheid met collega's en de mate waarin 46 artsen, 49 psychologen en 53 zorgmedewerkers uit 71 verpleeghuisorganisaties in Nederland depressiezorg volgens richtlijnen vormgaven. Hoewel autonomie en competentie bleken te correleren met de mate waarin depressiezorg volgens richtlijnen vorm kreeg, liet hiërarchische multipele regressieanalyse met alle drie basisbehoeften alleen een statistisch significant resultaat zien voor competentie. Longitudinaal onderzoek kan inzicht geven in de richting van het gevonden verband voor de basisbehoefte competentie.

The use of guidelines for depression care in nursing homes in association with experienced competence, autonomy and relatedness by professionals

Abstract

Depression is highly prevalent in nursing homes residents and affects their quality of life. Both prevalence and impact of depression may decrease when effective guidelines or depression care programs are used, but this appears to be a challenging task. The Self Determination Theory postulates that the realization of complex tasks is being facilitated by meeting three basic human psychosocial needs: autonomy, competence and relatedness to others. This cross-sectional study investigates the relationship between the experienced autonomy, competence and relatedness and the extent to which depression care is given according to guidelines in 46 doctors, 49 psychologists and 53 nurses from 71 Dutch nursing homes. Although autonomy and competence were significantly related to depression care according to guidelines, hierarchical multiple regression analyses with all three basic needs showed a statistically significant result for competence only. The associations don't allow conclusions about causal relationships, longitudinal research will shed light on the direction of the association for competence.

Kernwoorden: depressie, implementatie, naleving richtlijnen, verpleeghuiszorg, Zelf Determinatie Theorie

Keywords: Depression, Guidelines, Implementation, Nursing home care, Self-Determination Theory

Inleiding

In Nederland wonen ruim 120.000 mensen, merendeels ouder dan 80 jaar, in verpleeghuizen.¹ Zowel op somatische afdelingen, waar bewoners met lichamelijke problemen verblijven, als op psychogeriatrische (pg) afdelingen voor mensen met

dementie komt depressie veel voor.^{2,3,4} Depressie komt ook meer voor onder bewoners van verpleeghuizen dan bij thuiswonende ouderen; zo werd bij bewoners van verpleeghuizen een prevalentie van depressie van 32% gevonden tegenover een prevalentie van depressie van 14,4% bij thuiswonende ouderen.⁵ Dit hangt mogelijk samen met het feit dat de risicofactoren voor het ontstaan van een depressie in verpleeghuizen veel voorkomen. Te denken valt aan chronische somatische aandoeningen,⁶ cognitieve achteruitgang,⁵ functionele beperkingen,⁷ afhankelijkheid van anderen⁵ enzovoorts. Depressie is behandelbaar, ook bij ouderen met somatische en/of cognitieve problemen.^{8,9} De aandoening wordt onder verpleeghuisbewoners echter lang niet altijd gesignaleerd,^{10,11} en bijgevolg blijft een behandeling uit. Als de depressie wel wordt opgemerkt, wordt de aandoening vaak niet of farmacologisch behandeld,¹² terwijl psychosociale behandeling aangewezen zou zijn.¹³

Een middel dat in de gezondheidszorg wordt gebruikt om verbeteringen in de kwaliteit van zorg aan te brengen, is de richtlijn.¹⁴ Taakgroepen die uit wetenschappers en klinici samengesteld worden, zetten hierbij resultaten uit onderzoek en inzichten uit de praktijk op een rij. Op grond van deze inzichten wijzen zij aan welke behandelingen in diverse situaties de beste resultaten kunnen geven. Zo zijn er voor de bestrijding van depressie bij ouderen meerdere richtlijnen ontwikkeld.^{15,16} Een aantal paragrafen in het Addendum Ouderen bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie, dat in 2008 is uitgebracht door de Landelijke Stuurgroep, is specifiek gewijd aan depressiezorg in verpleeghuizen.¹⁶ (Zie Tabel 1 voor een samenvatting van de aanbevelingen).

Het Universitair Kenniscentrum Ouderenzorg Nijmegen (UKON) heeft deze richtlijnen verwerkt in een multidisciplinair zorgprogramma voor depressie in verpleeghuizen, genaamd [Doen bij Depressie](#).¹⁷ Uit een gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek naar de effecten van Doen bij Depressie is gebleken dat bij gebruik van dit zorgprogramma de prevalentie en de ernst van depressie op somatische afdelingen afnamen en de kwaliteit van leven toenam op zowel somatische als op pg-afdelingen. Het programma werd echter niet altijd correct uitgevoerd. Terwijl de screening op depressie in 69% van de gevallen uitgevoerd werd op pg-afdelingen en in 82% van de gevallen op somatische afdelingen, werd behandeling slechts uitgevoerd in 43% van de geïndiceerde gevallen op pg-afdelingen en in 38% van de geïndiceerde gevallen op somatische afdelingen.¹⁸ Tevens bleken er grote verschillen te zijn in de mate waarin verschillende afdelingen de onderdelen van het zorgprogramma Doen bij Depressie daadwerkelijk uitvoerden.¹⁹ Ook in onderzoek van Verkaik et al., waarin eveneens een significante verbetering van de depressieve klachten gevonden werd, kwam naar voren dat de behandeling slechts in 60% van de geïndiceerde gevallen tot stand kwam.²⁰

Het blijkt ook in andere sectoren van de gezondheidszorg uitdagend om bevindingen uit de wetenschap in de dagelijkse praktijk vorm te geven.^{21,22} Om hier verandering in te brengen bestudeert de implementatiewetenschap de politieke en sociaaleconomische context, de organisatie, kenmerken van de interventie, patiëntkenmerken, implementatiestrategieën en de individuele professional.^{21,22,23,24,25} Aangezien het gebruik van richtlijnen uiteindelijk afhankelijk is van de inzet van individuele hulpverleners en teams, richt deze studie zich op het domein van de individuele hulpverlener en met name hun motivatie. De motivatie om al dan niet richtlijnen in te zetten is slechts beperkt onderzocht.²⁶

De Zelf Determinatie Theorie (ZDT), die diverse typen motivatie definieert en de invloed van die typen motivatie op prestatie onderzoekt, stelt dat mensen beter presteren op complexe taken naarmate zij de normen en waarden die aan de basis liggen van hun prestaties in sterkere mate hebben geïnternaliseerd.²⁷ Het proces van internaliseren wordt, aldus ZDT, bevorderd doordat aan de psychosociale behoeften aan autonomie, competentie en verbondenheid met anderen tegemoet wordt gekomen.²⁸ Het verlenen van depressiezorg volgens richtlijnen kan gezien worden als een complexe taak. In theorie zou het gebruik van richtlijnen voor depressiezorg dus bevorderd kunnen worden door aan deze psychosociale behoeften tegemoet te komen.

De onderhavige studie is verricht om een eerste indruk te krijgen van deze potentiële sturingsmogelijkheid op het gebruik van richtlijnen. Het doel was om het verband te onderzoeken tussen de mate waarin professionals in verpleeghuizen ervaren dat er aan hun behoeften aan autonomie, competentie en verbondenheid tegemoet wordt gekomen tijdens het verlenen van depressiezorg en de mate waarin zij de depressiezorg volgens richtlijnen vormgeven. Er werd hierbij gekeken naar verschillen tussen artsen, zorgmedewerkers en psychologen en de mogelijke invloeden van jaren werkervaring en bekendheid met richtlijnen voor depressiezorg.

Tabel 1. Samenvatting van de aanbevelingen voor depressiezorg bij ouderen uit het Addendum Ouderen bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie

Onderdelen depressiezorg	Aanbevelingen
Screening en Diagnostiek	<ul style="list-style-type: none"> • Iedere nieuw binnengekomen patiënt na twee tot vier weken screenen op depressie • Iedere patiënt ieder half jaar screenen op depressie • Indien geïndiceerd de screening laten volgen door diagnostiek door de arts met ondersteuning van de psycholoog • Indien depressie wordt aangetroffen somatische oorzaken uitsluiten
Behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • Patiënt en familie voorzien van psycho-educatie en leefstijladviezen, waarbij de relatie tussen gedrag, gedachten en gevoelens wordt uitgelegd • Een stepped-care benadering toepassen, waarbij gestart wordt met bewegings- en lichttherapie, aanpassing van de dagstructuur en het aanbrenge van plezierige activiteiten. Indien na drie maanden onvoldoende resultaat bereikt is, psychotherapie, al dan niet in combinatie met medicatie, opstarten • Alleen in ernstige gevallen is een start met medicatie geïndiceerd • Voorkeurspsychotherapieën zijn cognitieve gedragstherapie, al dan niet in groepsverband, life review, interpersoonlijke therapie, probleemgerichte/oplossingsgerichte therapie en psychodynamische therapie bij somatische patiënten. Bij patiënten met dementie is mediatieve cognitieve gedragstherapie aangewezen

Methode

Design en procedure

Dit dwarsdoorsnede-onderzoek is uitgevoerd door middel van een online vragenlijst in Limesurvey. De respondenten voor dit onderzoek waren artsen (voornamelijk specialisten ouderenzorg), psychologen en zorgmedewerkers (verzorgenden of verpleegkundigen) die werkten in verpleeghuizen. De verpleeghuizen zijn aselekt getrokken: ieder 7e verpleeghuis van de toen 2217 huizen op [Zorgkaart Nederland](#) is gebeld, waarbij aan een willekeurige afdeling gevraagd werd om één arts, één zorgmedewerker en één psycholoog de survey te laten invullen. Indien geen contact kon worden gemaakt of indien het betreffende huis een verzorgingstehuis was, werd verder gegaan naar het volgende zevende huis. De dataverzameling is gestart op 10 maart 2015 en beëindigd op 24 september 2015. In totaal zijn er 175 bruikbare telefoongesprekken gevoerd met medisch secretaresses, artsen, psychologen, en verzorgenden van even zovele (locaties van) verpleeghuizen. Hen is gevraagd naar e-mailadressen van henzelf of collega's, opdat de uitnodigingsbrief naar één arts, één psycholoog en één verzorgende van een verpleegafdeling van het betreffende huis gezonden kon worden. Ter herinnering aan het onderzoek zijn er 3 weken na verzending van de eerste 175 e-mails, 143 tweede e-mails gestuurd naar respondenten van wie nog geen reactie verkregen was. Deze in totaal 318 e-mails leverden 164 respondenten op, die in 78 (44,57% van de aangeschreven) locaties werkzaam waren. Er was geen toestemming nodig van een Medisch Ethische Toetsings- Commissie omdat respondenten geen handelingen werden opgelegd en de gebruikte vragenlijsten niet psychisch belastend waren. Het onderzoek is uitgevoerd volgens de Verklaring van Helsinki en de Code Goed Gedrag. Informed consent is impliciet gegeven doordat respondenten vrijwillig besloten om de vragenlijsten in te vullen. Data zijn anoniem verwerkt en worden conform huidige wetgeving bewaard. Deelnemers werd gevraagd naar de naam van het verpleeghuis, geslacht, leeftijd, functie, of ze werkzaam waren op een somatische of psychogeriatrische afdeling en het aantal jaren ervaring met depressiezorg. Er is geïnformeerd of respondenten bekend waren met een richtlijn voor depressiezorg voor bewoners van verpleeghuizen en zo ja, met welke richtlijn. Daarnaast werden twee vragenlijsten ingevuld: over depressiezorg volgens richtlijnen en over psychologische basisbehoeften.

Vragenlijst depressiezorg volgens richtlijnen

Om inzicht te krijgen in de mate waarin de depressiezorg overeenkwam met richtlijnen werd een Likertschaal van 9 items samengesteld aan de hand van de samenvatting van de richtlijnen uit de Autorisatieversie Addendum Ouderen (Bijlage 1). De antwoordcategorieën varieerden van nooit (=1) tot altijd (=4). Er werden twee subschalen gevormd, gebaseerd op een Principal Axis Factor analyse (Varimax rotatie) met twee factoren: een subschaal over screening (3 items) en een subschaal over multidisciplinaire diagnostiek, behandeling en evaluatie (zes items voor somatische afdelingen en vijf items voor pg-afdelingen). Een item over voorlichting van bewoners op pg-afdelingen werd om inhoudelijke redenen, die bevestigd werden door de factoranalyse, weggelaten. Voorbeelden van vragen uit de respectievelijke subschalen zijn "Alle bewoners worden eens per half jaar gescreend op depressie" en "Nadat een interventie is ingezet, wordt deze geëvalueerd".

De gemiddelde scores van de subschalen werden bij elkaar opgeteld. Indien de medewerker op twee typen afdelingen werkte, werd een gemiddelde berekend van de twee verkregen scores omdat de analyses op het niveau van medewerkers werden uitgevoerd. De eindscore kon variëren van 2 tot 8. Hoe hoger de score, hoe meer de depressiezorg naar het inzicht van de respondent overeenkwam met de richtlijnen uit de Autorisatieversie Addendum Ouderen.¹⁶

Vragenlijst psychologische basisbehoeften

Aan de items van de Work-related Basic Need Satisfaction Scale³¹ is "depressiezorg volgens richtlijnen" toegevoegd. De aldus aangepaste lijst is gebruikt om te onderzoeken in welke mate professionals autonomie, competentie en verbondenheid ervoeren met betrekking tot de vormgeving van depressiezorg volgens richtlijnen. Items begonnen met: "Indien ik depressiezorg volgens richtlijnen verleen" en werden aangevuld met bijvoorbeeld: "Dan heb ik vaak het gevoel dat ik moet doen wat anderen mij bevelen", "Dan twijfel ik of ik goed in staat ben om goede depressiezorg te verlenen" en "Dan kan ik met mijn collega's praten over wat ik echt belangrijk vind". Antwoordmogelijkheden waren helemaal niet mee eens (1), niet mee eens (2), beetje mee eens (3), beetje niet mee eens (4), mee eens (5), helemaal mee eens (6), weet ik niet. De eindscore kon variëren van 0 tot 108. Hoe hoger de totaalscore, hoe meer vervulling van behoeften ervaren werd. Voor de psychometrische kwaliteiten van de oorspronkelijke W-BNS is goede ondersteuning gevonden.³¹ De in dit onderzoek gebruikte lijst is opgenomen als Bijlage 2.

Analyses

Statistische analyses werden uitgevoerd in SPSS-versie 22. Naast beschrijvende analyses zijn correlaties berekend tussen depressiezorg en de basisbehoeften (Spearman's rho). Vanwege een links scheve verdeling zijn de variabelen van de basisbehoeften gekwadrateerd. De samenhangen tussen de psychologische basisbehoeften en de mate van depressiezorg volgens richtlijnen zijn met behulp van hiërarchische regressieanalyses berekend. Hierbij zijn z-scores gebruikt voor zowel de onafhankelijke variabelen (de gekwadrateerde basisbehoeften) als de afhankelijke variabele (de mate waarin depressiezorg volgens richtlijnen vorm kreeg). Er is gecontroleerd voor aantal jaren werkervaring, bekendheid met de richtlijnen (ja/nee) en de verschillen tussen beroepsgroepen. Er is gebruik gemaakt van interactietermen (dummy maal onafhankelijke variabele) om de effectgrootte voor de afzonderlijke beroepsgroepen te schatten.

Resultaten

In totaal hebben 164 medewerkers van Nederlandse verpleeghuizen de vragenlijst ingevuld. Vier respondenten hoorden niet tot de doelgroep en 12 respondenten hebben de vragenlijst onvolledig ingevuld waardoor er 148 responses resteerden. De kenmerken van de deelnemers zijn weergegeven in Tabel 2. In Tabel 3 wordt weergegeven of en zo ja met welke richtlijn de deelnemers bekend waren. Er zijn geen uitschieters gevonden (gestandaardiseerde residuen >3) in een regressiemodel met autonomie, competentie en verbondenheid als voorspellende (onafhankelijke) variabelen van depressiezorg volgens richtlijnen. De mate van depressiezorg volgens richtlijnen was in de hele steekproef zwak positief geassocieerd met autonomie ($r_s=0,21$; $p=0,010$) en competentie ($r_s=0,29$; $p<0,001$) in univariate analyses. Er werd geen significante associatie gevonden met verbondenheid ($r_s=0,12$; $p=0,150$). De beroepsgroepen verschilden niet significant van elkaar met betrekking tot de hoofdvariabelen depressiezorg ($F(2,145)=0,99$; $p=0,374$), autonomie ($F(2,145)=1,57$; $p=0,211$), competentie ($F(2,145)=0,947$; $p=0,624$) en verbondenheid ($F(2,145)=0,94$; $p=0,392$).

Voorafgaand aan de schatting van de effectgroottes van de basisbehoeften op de mate van depressiezorg volgens richtlijnen per beroepsgroep en de verschillen hiervan tussen de beroepsgroepen, is gecontroleerd voor werkervaring en bekendheid

met richtlijnen (stap 1), de verschillen tussen de beroepsgroepen (stap 2) en voor de samenhang tussen de basisbehoeften onderling (stap 3). De eerste stap van het hiërarchische regressiemodel ($R^2=0,01$; $F(2, 145)=0,613$; $p=0,543$) liet geen significante relaties zien tussen de mate van depressiezorg volgens richtlijnen en het aantal jaren werkervaring met depressiezorg in verpleeghuizen ($B=0,01$; 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) van $-0,01$ tot $0,03$; $p=0,273$) en er was evenmin een relatie tussen depressiezorg volgens richtlijnen en het al dan niet bekend zijn met een richtlijn ($B=0,03$; 95% BI van $-0,37$ tot $0,43$; $p=0,889$).

De geschatte effectgroottes van de samenhang tussen basisbehoeften en depressiezorg volgens richtlijnen voor de totale steekproef en per beroepsgroep zijn weergegeven in Tabel 4. De toevoeging van de basisbehoeften in de tweede stap liet in de totale steekproef een groei in verklaarde variantie van 12% zien. Ervaren competentie, gecorrigeerd voor de effecten van de andere twee basisbehoeften, liet in de totale steekproef een unieke samenhang met depressiezorg volgens richtlijnen zien. Regressiemodellen met interactie-effecten lieten zien dat een regressiecoëfficiënt voor competentie bij zorgmedewerkers significant was, bij artsen enige omvang had maar niet significant was en bij psychologen zeer klein en niet significant was. De samenhang tussen competentie en depressiezorg volgens richtlijnen was voor zorgmedewerkers significant sterker dan voor psychologen. Ervaren autonomie en verbondenheid lieten, gecorrigeerd voor elkaars effecten, geen significant uniek verband zien met depressiezorg volgens richtlijnen. Er werden ook geen significante verschillen tussen de beroepsgroepen gevonden voor deze variabelen.

Tabel 2. Kenmerken van deelnemers in de hoofdanalyse (N = 148)

	Zorgmedewerker	Psycholoog	Arts	Totaal
N(%)	53 (36)	49 (33)	46 (31)	148 (100)
Werkzaam afdeling* somatiek N / psychogeriatric N	26/45	42/48	36/42	104/135
Vrouw, N (%)	53 (100)	42 (86)	30 (65)	125 (84)
Bekend met richtlijnen, N (%)	36 (68)	46 (94)	35 (76)	117 (79)
Leeftijd, jaar mediaan (25%, 75% percentiel)	45 (31; 50)	30 (28; 39)	49 (35; 55)	39(29;50)
Ervaring, jaar mediaan (25%, 75% percentiel)	9 (5; 15)	5 (3; 10)	11 (5; 20)	8 (4; 15)

* een zorgverlener kan zowel op somatische als op psychogeriatric afdelingen werken

Tabel 3. Bekendheid met richtlijnen naar vakgebied, meerdere antwoorden mogelijk per respondent (N = 148)

Richtlijn	Zorgmedewerker N=53	Psycholoog N=49	Arts N=46	Totaal N=148
Geen richtlijn genoemd	26	6	12	44
Intern protocol	23	5	7	35
Nivel, Richtlijn voor verzorgenden	1	10		11
Doen bij Depressie	1	21	3	25
Vilans	2	1		3
Verenso	2	2	20	24

Plezierige Activiteiten Plan	5			5
Addendum Ouderen		17	6	23
NHG		1	20	21
MDR GGZ		24	9	33
Anders	3	9	6	18

Verenso = de naam van de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde, Plezierige Activiteiten Plan = een protocol dat veelal toegepast wordt door zorgmedewerkers, NHG = Nederlands Huisartsen Genootschap, MDR GGZ = Multidisciplinaire Richtlijn Geestelijke Gezondheidszorg.

Tabel 4. Geschatte effecten van de basisbehoeften op depressiezorg volgens richtlijnen (Bèta en 95%-betrouwbaarheidsinterval) (N= 148)

	Autonomie	Competentie	Verbondenheid
Totale steekproef	0,12 (-0,06 tot 0,30), p=0,196	0,30 (0,11 tot 0,49), p=0,002	-0,04 (-0,22 tot 0,13), p=0,643
Zorgmedewerkers	0,21 (-0,12 tot 0,54), p=0,213	0,50 (0,20 tot 0,80), p=0,001*	-0,10 (-0,40 tot 0,19), p=0,492
Zorgmedewerkers - Δ psychologen	-0,05 (-0,47 tot 0,37), p=0,818	-0,44 (-0,85 tot -0,02), p=0,039*	0,05 (-0,37 tot 0,46), p=0,825
Zorgmedewerkers - Δ artsen	-0,22 (-0,68 tot 0,24), p=0,352	-0,16 (-0,73 tot 0,41), p=0,583	0,10 (-0,37 tot 0,57), p=0,681
Psychologen	0,16 (-0,11 tot 0,43), p=0,246	0,06 (-0,22 tot 0,35), p=0,667	-0,06 (-0,35 tot 0,23), p=0,696
Psychologen - Δ zorgmedewerkers	0,05 (-0,37 tot 0,47), p=0,818	0,44 (0,02 tot 0,85), p=0,039*	-0,05 (-0,46 tot 0,37), p=0,825
Psychologen - Δ artsen	-0,17 (-0,59 tot 0,26), p=0,434	0,28 (-0,29 tot 0,84), p=0,331	0,05 (-0,41 tot 0,52), p=0,825
Artsen	-0,01 (-0,34 tot 0,32), p=0,953	0,34 (-0,14 tot 0,83), p=0,167	-0,01 (-0,37 tot 0,36), p=0,978
Artsen - Δ psychologen	0,17 (-0,26 tot 0,59), p=0,434	-0,28 (-0,84 tot 0,29), p=0,331	-0,05 (-0,52 tot 0,41), p=0,825
Artsen - Δ zorgmedewerkers	0,22 (-0,24 tot 0,68), p=0,352	0,16 (-0,41 tot 0,73), p=0,583	-0,10 (-0,57 tot 0,37), p=0,681

Δ= de verschillscore tussen de groepen. Het verschil is geschat middels een interactieterm (dummy voor discipline maal voorspellende variabele); alle effecten zijn gecorrigeerd voor jaren ervaring, al dan niet bekend zijn met een richtlijn (ja versus nee) en verschillen tussen de beroepsgroepen; de intervalvariabelen zijn gestandaardiseerd.

Discussie

Door middel van vragenlijsten is onderzocht welke samenhang bestaat tussen depressiezorg gegeven volgens richtlijnen en de mate waarin zorgprofessionals ervaren dat psychosociale basisbehoeften van autonomie, competentie en verbondenheid worden vervuld. De belangrijkste bevinding in deze studie is dat zowel univariate analyses als een regressiemodel met alle behoeften als voorspellers een significante relatie lieten zien tussen ervaren competentie en de mate waarin depressiezorg volgens richtlijnen verricht was. Deze associatie was echter enkel bij zorgmedewerkers significant, bij artsen was sprake van een middelmatige sterkte van het effect.³² Bij de interpretatie van de resultaten wordt niet enkel gekeken naar de significantie, maar ook naar de sterkte van het effect. Naar analogie van klinisch relevante effecten van therapeutische interventies,³³ worden puntschattingen van de regressiecoëfficiënten groter dan 0.2 als relevant voor de praktijk beschouwd, dan wel gezien als aanleiding voor verder onderzoek met grotere samples.

Voor autonomie zijn de resultaten minder eenduidig. Ze wijzen op een mogelijke, doch zwakke associatie met de mate van depressiezorg bij zowel zorgmedewerkers als psychologen.

Een verklaring voor de gevonden resultaten kan zijn dat vooral zorgmedewerkers een hogere mate van competentiegevoel nodig hebben om een richtlijn voor depressiezorg uit te voeren. Het is echter ook mogelijk dat zorgmedewerkers zich

gesteund voelen door de inhoud van richtlijnen en zich bij gebruik daarvan competentier voelen. Verschillende richtlijnen en zorgprogramma's focussen in het bijzonder op niet-farmacologische interventies en het is mogelijk dat vooral psychologen al voldoende competentie ervaren door continue bijscholing en literatuurstudie op het gebied van psychosociale depressiebehandeling. De waargenomen associatie laat namelijk bij psychologen een te verwaarlozen puntschatting van 0.06 in standaarddeviaties zien in tegenstelling tot zorgmedewerkers en artsen waarbij deze associatie als van middelmatige sterkte geïnterpreteerd kan worden.³² Hoewel naar aanleiding van deze studie geen uitspraken gedaan kunnen worden over de ervaren competentie en de richting van het verband, kan aanbevolen worden om bij trainingen van zorgmedewerkers speciale aandacht te besteden aan hun gevoel van competentie.

Kijkend naar de effect-sterkte van het verband tussen werken volgens richtlijnen en ervaren autonomie kan autonomie in ieder geval bij zorgmedewerkers een rol spelen. Het is mogelijk dat deze associatie significant wordt in een grotere steekproef. Autonomie wordt als voorspellende (onafhankelijke) variabele gezien van verschillende werkgerelateerde uitkomstmaten zoals werktevredenheid en gezondheidsuitkomsten van werknemers.^{34,35} Longitudinaal onderzoek is nodig om te bekijken of meer autonomie tot het beter opvolgen van richtlijnen leidt of dat het werken volgens richtlijnen het gevoel van autonomie bij bepaalde groepen professionals kan versterken, vooral als richtlijnen een zekere mate van autonomie en flexibiliteit stimuleren.

Doen bij Depressie is een voorbeeld van een zorgprogramma dat autonomie van medewerkers kan stimuleren.¹⁷ De zorgverleners leren door het gebruik van dit zorgprogramma om depressiezorg te verbeteren. Ze hebben daarbij de ruimte om de behandelprocedures in te richten aan de hand van de waargenomen behoeften van de bewoner. Uit een effectstudie bleek dat naarmate men de behandelprocedures beter uitvoerde, het gevoel van autonomie van medewerkers steeg.³⁶ In een andere studie naar het implementeren van een richtlijn voor plezierige activiteiten voor verpleeghuisbewoners was een vergelijkbaar effect van het werken met een richtlijn op de autonomie van zorgmedewerkers te zien.³⁷ Gezien de positieve associatie tussen autonomie en werktevredenheid,³⁸ is het zeker belangrijk om aandacht te hebben voor autonomie bij de implementatie van nieuwe richtlijnen en beter te gaan begrijpen hoe autonomie het werken met richtlijnen mogelijk beïnvloedt.

Voor zover er een relatie tussen depressiezorg volgens richtlijnen en ervaren verbondenheid werd gevonden, was die uiterst klein en niet significant. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat competentie en autonomie direct betrekking hebben op werkzaamheden, terwijl de kwaliteit van de relatie of samenwerking met collega's dat minder heeft. Een andere mogelijkheid voor het ontbreken van associaties met verbondenheid is dat de professionals zich niet herkenden in de formulering van de vragen naar verbondenheid. Commentaar bij dit onderdeel van de vragenlijst zou daarop kunnen wijzen, zoals: "Het gedeelte met vragen over het contact met collega's begrijp ik niet zo goed".

Opvallend is dat individuele verschillen in jaren werkervaring en bekendheid met richtlijnen geen samenhang vertoonden met de mate waarin zorgverleners zorg volgens richtlijnen uitvoerden. Dit kan betekenen dat de zorg volgens richtlijnen uitgevoerd werd zonder dat men zich ervan bewust was dat men volgens de richtlijnen werkte. Een opmerking van een zorgmedewerker ondersteunt deze mogelijkheid: "Ik ben niet zo bekend met richtlijnen, ik volg altijd het advies op van onze specialisten".

Tekortkomingen en sterke punten van dit onderzoek.

Dit onderzoek heeft als methodologische beperking dat het een correlatief dwarsdoorsnede-onderzoek is en dus geen uitspraken toelaat over oorzaak-gevolgrelaties. Het is daarom niet mogelijk om hypothesen op basis van de Zelf Determinatie Theorie, zoals dat vervulling van de behoefte aan competentie het werken volgens richtlijnen bevordert, te toetsen. Ook de omgekeerde redenering, namelijk dat zorgverleners die werken volgens richtlijnen zich daardoor competentier voelen, is plausibel en goed invoelbaar. Een andere beperking is dat de vragenlijst over depressiezorg speciaal voor dit onderzoek is gemaakt en nog niet is gevalideerd.

Sterk aan dit onderzoek is de deelname van een groot aantal zorgmedewerkers naast deelname door artsen en psychologen. Ook pasten we aselecte toewijzing van respondenten toe. Een ander sterk punt van dit onderzoek is het vernieuwende karakter: voor zover bekend is dit de eerste studie waarin de samenhang tussen het gebruik van richtlijnen en de vervulling van psychosociale basisbehoeften van professionals onderzocht is. Dit is echter een zeer actueel thema en passend in de huidige tendens om meer aandacht te geven aan Evidence Based Practice door zorgmedewerkers in de langdurige zorg.³⁹

Aanbevelingen voor verder onderzoek.

De implementatiewetenschap zou gebaat zijn met verder onderzoek naar de invloed van motivatie van individuele hulpverleners op het gebruik van richtlijnen. In het kader van de Zelf Determinatie Theorie vormt de gevonden samenhang tussen werken volgens richtlijnen en ervaren behoeftevervulling aanleiding voor nader onderzoek naar causale relaties, dat wil zeggen: naar de invloed van ervaren autonomie, competentie en verbondenheid op de internalisering van normen en waarden die het werken volgens richtlijnen bevorderen. Deze studie veronderstelt dat de depressiezorg in verpleeghuizen gebaat zou zijn bij nader onderzoek naar de mate waarin vervulling van de behoefte aan autonomie, verbondenheid en competentie van zorgmedewerkers samenhangt met de mate waarin depressiezorg volgens richtlijnen vorm krijgt. Het is belangrijk om mogelijke beïnvloedende factoren, zoals de cultuur op een afdeling, de mate waarin het gebruik van richtlijnen door leidinggevenden gestimuleerd wordt, werktevredenheid en werkdruk, in dergelijk onderzoek op te nemen.

Auteurs

Simone T. Vonder

Praktijkhouder Blauwe Velden Dementiezorg, Hardenberg, Nederland
POH-GGZ huisartsenpraktijk de Fontein te Paterswolde

Praktijkhouder van praktijk Blauwe Velden Dementiezorg te Hardenberg en Tegenlicht, praktijk voor psychologische gespreksvoering en spirituele coaching (info@blauwevelden-dementiezorg.nl)

simonevonder@planet.nl

Debby L. Gerritsen

Radboudumc
Afdeling Eerstelijngeneeskunde, Radboudumc, Radboud Institute for Health Sciences, Radboudumc Alzheimer Centrum, Nijmegen

Jeroen Kuntze

Open Universiteit, Heerlen, Netherlands
Open Universiteit, Heerlen

Roeslan Leontjevas

Radboudumc, Open Universiteit Heerlen
Afdeling Eerstelijngeneeskunde, Radboudumc, Radboud Institute for Health Sciences, Radboudumc Alzheimer Centrum, Nijmegen

Faculteit Psychologie, Open Universiteit, Heerlen

corresponderend auteur: e-mail roeslan.leontjevas@ou.nl

Literatuurlijst

1. [CBS, Statline](#). (2012). Geraadpleegd op 16 april 2016
2. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, Beekman ATF, Kluiters H, Ribbe MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *J Aff Dis* 2004; 83: 135-142.
3. Teresi J, Abrams R, Holmes D, Ramirez M, Eimicke J. Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psych and Psych Epidem* 2012; 36: 613-620
4. Asch, IFM, Van Nuyen J, Veerbeek MA, Frijters DHM, Achterberg WP, Pot AM. The diagnosis of depression and use of antidepressants in nursing home residents with and without dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013; 28: 312-318.
5. Anstey KJ, Sanden C von, Sargent-Cox K, Luszcz MA. Prevalence and risk factors for depression in a longitudinal, population-based study including individuals in the community and residential care. *Am J Ger Psychiatry* 2007; 5: 497-

505.

6. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005; 365: 1961-1970.
7. Luppá M, Sikorski C, Luck T et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *J Aff Dis* 2012; 136: 212–221.
8. Cuijpers, P, Van Straten A, Smit, F. Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Ger Psychiatry* 2006; 21: 1139-1149.
9. Pinguat M, Duberstein PR, Lyness JM. Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health* 2007; 11:1645-657.
10. Snowdon J. (2010). Depression in nursing homes. *Int Psychoger* 2010; 22: 1143-1148.
11. Teresi J, Abrams R, Holmes D, Ramirez M, Eimicke J. Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psych and Psych Epidemi* 2001; 36: 613-620.
12. Kramer D, Allgaier AK, Fejtikova S, Mergl R, Hegerl U. Depression in nursing homes: prevalence, recognition, and treatment. *Int J Psych Med* 2009; 39: 345-358
13. Gruber-Baldini AL, Zimmerman S, Boustani M, Watson LC, Williams CS, Reed PS. Characteristics associated with depression in long-term care residents with dementia. *Gerontologist* 2005; 45: 50-55.
14. Kremer LCM, Burgers JS, Barneveld TA et al. Richtlijn voor Richtlijnen. Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2011.
15. American Geriatrics Society & American Association for Geriatric Psychiatry. Consensus statement on improving the quality of mental health care in U.S. nursing homes: management of depression and behavioral symptoms associated with dementia. *J Am Ger Soc* 2003; 51: 1287-1298.
16. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Autorisatieversie addendum ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn depressie. Utrecht: Trimbos Instituut, 2008.
17. Gerritsen D, Leontjevas R, Ketelaar N, Derksen E, Koopmans R, Smalbrugge M. Nijmegen: Handboek multidisciplinair zorgprogramma Doen bij Depressie. Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg, 2013
18. Leontjevas R, Gerritsen DL, Smalbrugge M, Teerenstra S, Vernooij-Dassen MJFJ, Koopmans RTCM. A structural multidisciplinary approach to depression management in nursing-home residents: a multicentre, stepped-wedge cluster-randomised trial. *Lancet* 2013; 381: 2255-2264.
19. Leontjevas R, Gerritsen DL, Koopmans RTCM, Smalbrugge M, Vernooij-Dassen MJFJ. Process evaluation to explore internal and external validity of the “Act in Case of Depression” care program in nursing homes. *J Am Med Dir Ass* 2012; 13: 488.e1–488.e8
20. Verkaik R, Francke AL, Van Meijel B, Spreeuwenberg PMM, Ribbe MW, Bensing JM. The effects of a nursing guideline on depression in psychogeriatric nursing home residents with dementia. *Int J Ger Psych* 2011; 26: 723-732.
21. Francke AL, Smit MC, De Veer AJE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Med Inf Dec Mak* 2008; 8: 1-11.
22. Gallo KP, Barlow DH. Factors involved in clinician adoption and nonadoption of evidence-based interventions in mental health. *Clin Psy: Sc Pract* 2010; 19: 93-106.
23. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlaine F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milb Quart* 2004; 82: 581-629.
24. Grol R, Wensing M. Implementatie van problemen in de zorg: een complex probleem. In: Grol R, Wensing M, eds. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Amsterdam: Reed Business, 2011
25. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Impl Sc* 2009; 4: 50
26. Francke AL, Smit MC, De Veer AJE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Med Inform Dec Mak* 2008; 8: 1-11.
27. Ryan, RM, Deci EL. Intrinsic and extrinsic motivation: Classic definitions and new directions *Contemp Educ Psych* 2000; 25: 54-67.
28. Deci, EL Ryan RM. The what and why of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychol Inqu.* 2000; 1: 227-268.
29. Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie Zorgkaart Nederland. <http://www.zorgkaartnederland.nl/verpleeghuis-en-verzorgingshuis>

. Geraadpleegd maart-september 2015.

30. Van den Broeck A, Vansteenkiste M, De Witte H, Soenens B, Lens W. Capturing autonomy, relatedness and competence at work: construction and validation of a work-related basic need satisfaction scale. *J Occ and Org Psychol* 2000; 83: 981-1002.
31. Ukon zorgprogramma Doen bij Depressie. <http://www.ukonnetwerk.nl/tools/doen-bij-depressie>
32. Cohen J. A power primer. *Psychol Bul* 1992; 112: 155-159.
33. Kazdin A, Bass D. Power to detect differences between the alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 138-47.
34. Vansteenkiste M, Neyrinck B, Niemiec CP, Soenens B, De Witte H, Van den Broeck A. On the relations among work value orientations, psychological need satisfaction and job outcomes: A self-determination theory approach *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2007; 80: 251-277
35. Deci EL, Olafsen AH, Ryan RM. Self-Determination Theory in Work Organizations: The State of a Science *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.* 2017. 4:19-43
36. Leontjevas R, Hooijschuur, Smalbrugge M, Koopmans RT, Gerritsen DL. Specific components of a complex care program can affect staff outcomes differently: a stepped-wedge cluster randomized trial in nursing homes. *Intern Psychoger. In press.*
37. Verkaik R, Francke AL, van Meijel B, Spreeuwenberg PM, Ribbe MW, Bensing JM. The introduction of a nursing guideline on depression at psychogeriatric nursing home wards: effects on certified nurse assistants. *Int J Nurs Stud*, 2011;48: 710-719.
38. Zangaro GA, Soeken KL. A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Res Nurs Health*, 2007; 30: 445- 458.
39. Maessen K, van Vught A, Gerritsen DL, Lovink MH, Vermeulen H, Persoon A. Development and Validation of the Dutch EBPAS-ve and EBPQ-ve for Nursing assistants and Nurses with a Vocational Education. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2019; 16: 371-380.