

Bachelor onderzoeksverslag

Kosten-effectieve interventies voor depressie.

Een onderzoek naar de acceptatie en gewenstheid van de implementatie van geselecteerde zorgsubstituties voor depressie, binnen het overkoepelende IMPROVE-project.

Bachelor onderzoeksverslag (U3)
Osiris Code: HVVB16AFOU3

Studenten:

Mawahib Mohamed 312866

Alleluya D. Uwase 317397

Opleiding: HBO verpleegkunde, Hanzehogeschool Groningen
Studiejaar: 2017- 2018, periode 1

Onderzoeksbegeleider: Drs. J. E. Schoemaker
Opdrachtgevers: Dr. F. Jörg en Drs. K. kan

Betrokken instellingen:
Rob van Giel Onderzoekcentrum (RGOc), Groningen
Universitaire Centrum voor Psychiatrie (UCP), Groningen

Groningen, 19 januari 2018

Voorwoord

Voor u ligt het bachelorverslag 'kosteneffectieve interventies voor depressie', een kwalitatief onderzoek. Dit onderzoek is opgesteld vanuit het lectoraat Verpleegkundige Diagnostiek. Het onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van en in samenwerking met het Rob Giel Onderzoekscentrum. Dit onderzoek wordt gedaan in kader van ons praktijkgericht onderzoek (U3).

Wij willen iedereen bedanken die heeft bijgedragen aan het schrijven van ons onderzoeksverslag. Ten eerste willen wij onze docentbegeleidster Elly Schoemaker bedanken voor de begeleiding en feedback. Daarnaast willen wij Frederike Jörg en Kaying Kan van het RGOc bedanken voor de verkregen informatie, feedback en sturing tijdens het schrijven van dit onderzoeksverslag. Verder willen wij Meike Bak bedanken voor het helpen werven van deelnemers en Michael Zeldenrust voor het meelesen van het onderzoeksverslag

Wij wensen u veel plezier bij het lezen van dit onderzoeksverslag.

Alleluya Uwase en Mawahib Mohamed
Groningen, 19 januari 2018

Samenvatting

Aanleiding- Depressie is een veelvoorkomende ziekte in Nederland, die twintig procent van de bevolking tenminste éénmalig kan overkomen. Dit is zes procent van de Nederlandse bevolking. Depressie gaat gepaard met ziektelast en hoge zorgkosten. In september 2015 is het Rob Giel Onderzoekscentrum begonnen met het IMPROVE-project, waarin het optimaliseren van kwaliteit en doelmatigheid in de Friese GGZ wordt onderzocht.

Een van de deelonderzoeken van het IMPROVE project gaat over de vraag of door Lokkerbol, Weehuizen, Cuijpers, Mihalopoulos & Smit (n.d.) voorgestelde zorgsubstituties (bijlage 1) acceptabel zijn vanuit het standpunt van de stakeholders.

Theoretisch kader- Hierin worden de onderwerpen Development of the health economic simulation model, E-health en therapietrouw beschreven. Het DEPMOD (Depressie Model)-model is ontwikkeld als gezondheidseconomisch simulatiemodel voor depressie. Hieruit zijn zorgsubstituties voor depressie uitgekomen, dat wil zeggen: paren van interventies waarbij je in de een zou moeten investeren en in de ander zou moeten de-investeren om op die manier tegen gelijke kosten meer gezondheidswinst te kunnen boeken. In het Bestuurlijk akkoord Geestelijke GezondheidsZorg 2014-2017 staat beschreven dat de kwaliteit van zorg verhoogd kan worden en de kosten verlaagd kan worden door de inzet van eHealth interventies (Rijksoverheid, 2014). Voor therapietrouw is een relatie nodig tussen patiënt en hulpverlener die gekenmerkt wordt door veiligheid en vertrouwen. (Noorlander & Niet, 2010).

Doelstelling- In opdracht voor het RGOc, trachten de onderzoekers binnen zestien weken de meningen omtrent de vooraf geselecteerde zorgsubstituties voor depressie (bijlage 1) bij (ex)patiënten met depressie (DSM V) in kaart te brengen.

Vraagstelling- Wat vinden (ex)patiënten met depressie (volgens de DSM V) van de vooraf geselecteerde zorgsubstituties (bijlage 1) voor depressie in termen van acceptatie en wenselijkheid?

Dataverzamelmethode- Een kwalitatief onderzoek waarin gebruik wordt gemaakt van de focusgroepmethode.

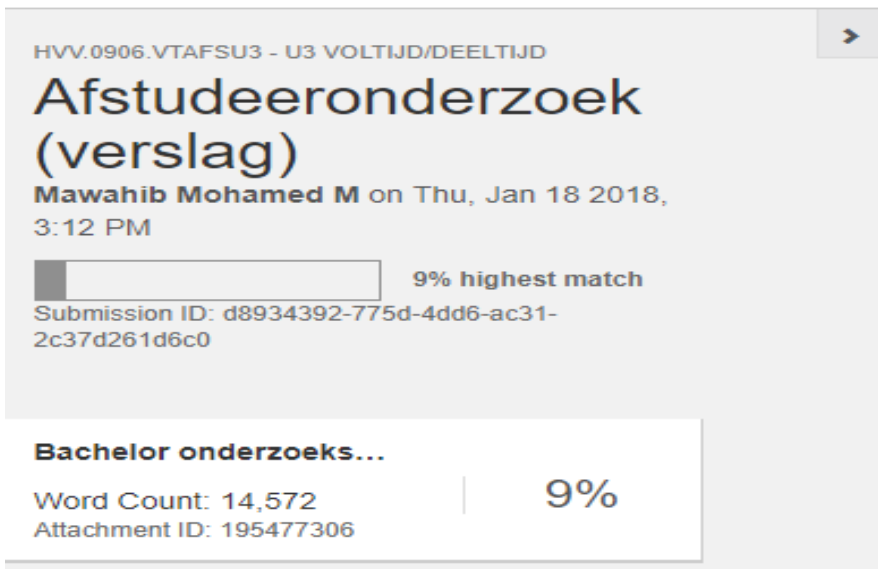
Resultaten- Uit de focusgroepbijeenkomst is naar voren gekomen dat mensen het lastig vinden om vanuit een economisch model naar verschillende behandeling te kijken. Bij antidepressiva met praktijkondersteuning vs. combinatietherapie is uitgekomen dat het meerendeel belangrijk vindt dat lange wachttijden zijn en dat er sneller hulp moet komen. Hierin kan de praktijkondersteuner bijdragen. Bij cognitieve gedragstherapie vs. interapy is uitgekomen dat individuele cognitieve gedragstherapie duur is maar effectief. Bij interapy is het belangrijk voor ernstige depressieve patiënten dat er een vertrouwensband is. En dat de blended vorm acceptabel is. Bij mindfulness vs. antidepressiva is uitgekomen dat medicatie helpt om therapie te kunnen volgen. Maar dat mindfulness wenselijker is in combinatie met leefstijlverandering als dit dezelfde resultaten oplevert als het slikken van medicatie. Ook kwam naar voren dat onder andere bewegen, ondersteuning bij het vinden dagbesteding en regelmaat gemist worden in het model.

Conclusie- Uit dit onderzoek is gebleken dat de zorgsubstituties praktijkondersteuner huisarts-geestelijke gezondheidszorg, interapy en mindfulness wenselijk zijn.

Aanbevelingen- Er is meer onderzoek nodig naar de zorgsubstituties. Uit het onderzoek is uitgekomen dat het model aspecten van de zorg zoals het aanbieden van ondersteuning, betrekken van familie in de zorgproces en beweging mist.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting	2
Inhoudsopgave	3
Inleiding	5
1. Theoretische kader	7
1.1 DEPMOD- model	7
1.2 eHealth interventies	7
1.3 Therapietrouw en familie­zorg	8
2.1 Doelstelling	10
2.2 Vraagstelling	10
2.3 Operationalisering van begrippen	10
3. Het onderzoeksmethodiek	13
3.1 Onderzoeksmethode	13
3.2 Onderzoekspopulatie	13
3.3 Steekproef	14
3.4 Dataverzameling	14
3.5 Onderzoeksinstrument	14
3.6 Data-analyse	15
3.7 Ethische aspecten	16
4. Kwaliteit van het onderzoek	17
4.1 Validiteit	17
4.1.1 Interne validiteit	17
4.1.2 Externe validiteit	17
4.2 Betrouwbaarheid	18
4.2.1 Interne betrouwbaarheid	18
4.2.2 Externe betrouwbaarheid	18
5. Resultaten	19
5.1 Overzicht respondenten	19
5.2 Resultaten van de focusbijeenkomst	20
5.2.1 Mening uitruil behandeling	20
5.2.2 Antidepressiva met praktijkondersteuning GGZ vs. combinatietherapie	21
5.2.3 Cognitieve gedragstherapie vs interapy	22
5.2.4 Mindfulness vs. antidepressiva	23
5.2.5 Suggesties behandelingen	23

5.2.6 Overzicht	24
6. Conclusie	25
6.1 Beantwoording vraagstelling	25
6.2 Aanbevelingen	26
7. Discussie	27
7.1 Methodologische discussie	27
7.1.1 Sterke punten	27
7.1.2 Zwakke punten	27
7.2 Inhoudelijke discussie	29
7.2.1 De conclusie(s) in brede/maatschappelijke context	29
7.2.2 De relatie tot innovatie van het verpleegkundige beroep.	30
Bibliografie	31
Bijlage 1. Topiclijst	36
Bijlage 3. De flyer	41
Bijlage 4. Informed consent	42
Bijlage 5. Anti-plagiaatverklaring	43
Bijlage 6. Safe Assignment	44
	
Bijlage 7. Planning onderzoeksverslag (U3)	45
Bijlage 8. Uitwerking OSOP (one sheet of paper) methode.	0

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding van dit onderzoek beschreven, en onderbouwd aan de hand van wetenschappelijke artikelen.

In Nederland staat de geestelijke gezondheidszorg onder toenemende financiële druk (Kiers, 2017). Door de vergrijzing van de samenleving, de toegenomen vraag naar geestelijke gezondheidszorg en stijgende gezondheidszorguitgaven is het belangrijk om meer kosten-effectieve interventies aan te bieden (Lokkerbol, Adema, Cuijpers, Reynolds, Schulz, Weehuizen & Smit, 2013). In het artikel van Verweij & Houben-van Herten (2013) wordt benoemd dat depressie op nummer vier staat van de ziektelast veroorzakers in Nederland. Depressie kost in Nederland jaarlijks 168.000 Disability Adjusted Life Years (DALY), wat een maatstaf is voor de totale ziektelast. In het onderzoek van Lokkerbol et al. (2013) worden depressieve stoornissen geassocieerd met aanzienlijke economische kosten. Het verminderen van de ziektelast als gevolg van depressieve stoornissen tegen betaalbare kosten is daarom van essentieel belang voor de volksgezondheid en gezondheidszorg.

Depressie wordt gekenmerkt door onder andere neerslachtigheid, somberheid, verlies van energie, interesse, initiatief en plezier (Hulpgids, 2017). De gevoelens kunnen kort van duur zijn in tegenstelling tot een chronische depressie wat het dagelijkse leven belemmert. Er is sprake van een chronische depressie wanneer volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders vijf (DSM-V) minstens vijf symptomen zich voordoen en minstens twee weken aanwezig zijn (Hulpgids, 2017). Minstens twintig procent van de Nederlanders wordt eenmaal in zijn leven depressief, dat is jaarlijks bijna zes procent van de Nederlandse bevolking (Lange, Vermeulen, Renckens, Schrijver, Ven, Schrieken & Dekker, 2005). De afgelopen jaren is onderzoek gedaan naar goede en werkzame behandelingen tegen depressie (Lange et al., 2005). Door de huidige bezuinigingen en de verzekeringsmaatschappijen wordt een beperkt aantal zittingen en therapie vergoed. Tevens is er een groeiende vraag naar werkzame kortdurende behandelingen (Lange et al., 2005). De behandelingskosten die gepaard gaan met depressie zijn circa €966 miljoen euro per jaar (GGZ Nederland, 2013).

In het Bestuurlijk Akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017 hebben in de afgelopen jaren de overheid, geestelijke gezondheidszorg aanbieders, verzekeraars en patiëntenorganisaties afspraken gemaakt over herstructurering van zorg en beheersing van kosten (Rijksoverheid, 2013). In september 2015 is het Rob van Giel onderzoekscentrum begonnen met het IMPROVE-project, waarin het optimaliseren van kwaliteit en doelmatigheid in de Friese GGZ wordt onderzocht. IMPROVE is een onderzoeksproject waarin het UMCG, GGZ Friesland en De Friesland Zorgverzekeraar samenwerken. Het doel van IMPROVE is te komen tot meer kennis over efficiënte en kwalitatieve zorg voor depressie en psychose. Door onder meer, een betere samenhang tussen zuiver wetenschappelijk - en patiëntgebonden onderzoek te creëren. Daarbij kan het RGOc het contact tussen verschillende onderzoeksgroepen binnen de deelnemende ggz- instellingen bevorderen. Hierdoor kan kennis over een kosteneffectieve inzet van interventies breed geïmplementeerd worden.

Als je kosteneffectiviteit wil inbrengen in de huidige gezondheidszorg, dan moet er gekeken worden naar het investeren naar andere kosten-effectieve interventies en minder investeren in niet kosten-effectieve interventies (Mihalopoulos, Magnus, Lal, Dell, Forbes & Phelps, n.d.).

Het uitvoeren van deze zogenaamde “zorgsubstituties” is nodig omdat er steeds meer innovatieve en vaak duurdere interventies worden ontwikkeld. Als alle nieuwe innovatieve en (kosten)effectieve interventies aangeboden worden, zou de zorg steeds duurder worden. Daarom wordt er geprobeerd met een gelijk budget efficiëntere zorg aan te bieden om de zorg betaalbaar te houden. Investeren in méér kosteneffectieve interventies en desinvesteren in minder kosteneffectieve interventies (zorgsubstitutie) draagt op die manier bij aan een meer (kosten)effectieve gezondheidszorgstelsel binnen de GGZ.

Het RGOc streeft ernaar te onderzoeken in hoeverre de door Lokkerbol, Weehuizen, Cuijpers, Mihalopoulos & Smit (n.d.) voorgestelde zorgsubstituties (bijlage 1) acceptabel zijn vanuit het standpunt van de stakeholders. De onderzoekers gaan in samenwerking met het RGOc de vooraf geselecteerde zorgsubstituties voor depressie (bijlage 1) voorleggen en rapporteren bij depressieve (ex)patiënten. De patiënten zijn gediagnosticeerd met een depressie volgens de criteria van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). In het onderzoek van Benzein et al. (2008) is beschreven dat verpleegkundigen erkennen dat familie een belangrijke factor is in de zorg voor hun patiënten. Het betrekken van de familie in de zorg van patiënten vergroot de therapietrouw en daarmee de kans van slagen van de behandeling (Bakker, 2016). De verzamelde data zullen bijdragen aan één van de deelprojecten binnen het IMPROVE- project, welke tot doel heeft de gewenstheid en acceptatie van zorgsubstituties te onderzoeken in de praktijk op basis van de zorgsubstituties die voortgekomen zijn uit het theoretische DepMod model ontwikkeld vanuit het Trimbos instituut (bijlage 2). Dit kan uiteindelijk weer bijdragen aan aanpassing van beleid op regionaal/landelijk niveau.

Het onderzoeksverslag is onderverdeeld in hoofdstukken. In hoofdstuk één wordt de theoretische kader beschreven. In hoofdstuk twee komen de doelstelling en vraagstelling aan bod. Hierin wordt ook de operationalisering van de begrippen verwerkt. In hoofdstuk drie wordt de onderzoeksmethodiek beschreven. In hoofdstuk vier komt de kwaliteit van het onderzoek aan bod. Hierin staat beschreven hoe de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek worden gewaarborgd. In hoofdstuk vijf worden de resultaten beschreven. In hoofdstuk zes komt conclusie aan bod, hierin wordt antwoord gegeven op de vraagstelling en worden de aanbevelingen beschreven. In hoofdstuk zeven wordt de discussie beschreven. Daarin komen de methodologische- en inhoudelijke discussie aan bod. Hierop volgen de bibliografie en bijlagen.

1. Theoretische kader

In dit hoofdstuk wordt de theoretische kader van dit onderzoek beschreven.

1.1 DEPMOD- model

Het Development of the health economic simulation model (DEPMOD-model) is ontwikkeld als gezondheidseconomisch simulatiemodel voor depressie. DEPMOD is beperkt tot de depressieve stoornis, zoals gedefinieerd volgens de DSM- III. Dit wordt toegepast op de Nederlandse bevolking van achttien tot vijftien jaar. Op basis van de kosten- en batenverhouding wordt de huidige zorg vergeleken met een alternatief scenario waarbij de reguliere behandelingen wordt aangevuld met preventieve eHealth. Dus door bijvoorbeeld e-health toe te voegen, maar ook interventies aan te passen qua dekking om te komen tot meer kosteneffectieve zorg. Daarnaast maakt het DEPMOD-model een analyse waarbij de kosten van het aanbieden van een preventieve eHealth gecompenseerd wordt door de kosten bij de huidige interventies te verlagen (Lokkerbol et al., 2013).

In het artikel van Lokkerbol et. al. (2013) wordt beschreven dat een stelsel met geïndiceerde preventie en terugvalpreventie vijf procent meer kost dan een systeem zonder preventieve eHealth. Tegelijkertijd wordt beschreven dat de gezondheidswinst zevenentwintig procent hoger is in het scenario met preventieve eHealth (Lokkerbol et. al., 2013). Vervolgens wordt beschreven dat in een evidence based en voorkeur based systeem zonder preventieve eHealth de kosten voor één DALY hoger zijn, dan wanneer eHealth wordt aangeboden.

De resultaten suggeren dat het aanbieden van preventieve eHealth bijdraagt aan het kosteneffectiever maken van het gezondheidszorgsysteem (Lokkerbol et. al., 2013).

Over het algemeen wordt alles wel kosteneffectiever maar de kosten worden verhoogd door het toevoegen van preventieve eHealth. En daarom wordt er dus een andere scenario uitgevoerd om te kijken naar het desinvesteren van de huidige interventies, om zo de kosten van preventieve eHealth te compenseren (Lokkerbol et. al., 2013). In een recentere artikel van Lokkerbol et al. (n.d.) wat nog niet is gepubliceerd staan de zorgsubstituties paren (bijlage 2) die tegen elkaar worden afgewogen. Uit het artikel van Lokkerbol et al. (2013) komt naar voren dat er substituties zijn die tot meer kosteneffectieve zorg leiden, als je investeert in interventies die meer kosteneffectief zijn en de-investeert in interventies die minder kosteneffectief zijn, of bijvoorbeeld duurder zijn.

1.2 eHealth interventies

Binnen Europa behoort Nederland tot de koplopers in wetenschappelijke onderzoeken naar eHealth. Dit komt doordat eHealth in Nederland in opkomst is, met name binnen de Geestelijke gezondheidszorg (Schalken & Wolters, 2012). eHealth is een verzamelnaam voor het gebruik van informatie en communicatietechnologieën. Dit heeft als doel de gezondheid te verbeteren of te ondersteunen (Timmer, 2011). In het artikel van Timmer (2011) wordt beschreven dat eHealth steeds bereikbaarder en laagdrempeliger wordt. In de toekomst kan eHealth een belangrijke rol spelen bij de behandeling van mensen met psychiatrische en/of psychische problemen (Timmer, 2011).

In het Bestuurlijk akkoord Geestelijke GezondheidsZorg 2014-2017 staat beschreven dat het mogelijk is om de kwaliteit van zorg te verhogen en de kosten te verlagen door de inzet van eHealth interventies (Rijksoverheid, 2014). Het Geestelijke gezondheidszorg duidt al jaren aan dat patiënten in de GGZ meer eigen regie dienen te krijgen (GGZ Nederland, 2014).

In de afgelopen jaren is er veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van eHealth. In het onderzoek van Schalken & Wolters (2012) laat zien dat het gebruik van eHealth effectief kan zijn bij patiënten met angststoornissen of stemmingsstoornis of verslaving.

Schaken & Wolters beweren dat eHealth ervoor zorgt dat de patiënt zelf aan de slag gaat met eHealth en hiermee dus eigen regie verkrijgt. Het onderzoek van Cuijpers et al. (2010) beweert zelfs dat online hulpverlening net zo effectief kan zijn als traditionele hulpverlening. In het onderzoek van Timmer (2011) wordt beschreven dat eHealth kan bijdragen aan empowerment. Empowerment houdt in het proces van bewustwording van je mogelijkheden. Waarin participatie in de samenleving een belangrijke rol speelt (Regenmortel, 2009). Er wordt empowerment ervaren, wanneer mensen met een beperking het gevoel hebben dat zij invloed kunnen uitoefenen op hun ziekte, op zichzelf en op hun omstandigheden (Korevaar & Droës, 2009). Toch zijn niet alle onderzoeksresultaten positief over eHealth. In het onderzoek van Ahern, Kreslake & Phalen (2006) wordt beschreven dat de Evidence Base betreft de technologische interventies groeit, omdat de kosten relatief laag zijn en de mogelijkheden tot maatwerk voor de patiënt groot zijn. Maar er worden ook nadelen genoemd zoals de toegang tot het internet en de kosten die daarbij komen kijken, het vermindering van face tot face contact en de veiligheidsmaatregelen (Ahern et al., 2006).

1.3 Therapietrouw en familie zorg

Therapietrouw wordt gedefinieerd als de mate waarin het gebruik van gedragsmatige interventies, geneesmiddelen en het opvolgen van leefregels overeenkomt met wat de behandelaar in samenspraak met de cliënt heeft aanbevolen (Noorlander & Niet, 2010). Meerdere artikelen benoemen het belang van het verhogen van de terapietrouw en wat daaraan bijdraagt en wat het beïnvloedt. De aspecten die terapietrouw negatief beïnvloeden zijn onder meer onvoldoende overeenstemming tussen patiënt en therapeut over het ontstaan van klachten en behandelingsvorm, weinig vertrouwen in de hulpverlener en een slechte behandelrelatie (Noorlander & Niet, 2010). Een ander aspect is dat er twijfel is over het effect van de therapie. Tevens worden bijwerkingen zoals libidoverlies en impotentie gezien als een aanleiding om te stoppen met behandeling (Noorlander & Niet, 2010).

Positieve aspecten die de terapietrouw beïnvloeden zijn overeenstemming tussen patiënt en arts over de behandelmogelijkheden, regelmatig contact tussen patiënt en hulpverlener(s) en de patiënt het gevoel geven serieus genomen te worden (Noorlander & Niet, 2010). Verder is het van belang dat de hulpverlener stilstaat bij de werking en gebruik van medicatie. Tevens de moeilijkheden waar patiënten tegenaan lopen zoals schaamte en het vergeten van medicatie. Er is een relatie nodig tussen patiënt en hulpverlener die gekenmerkt wordt door veiligheid en vertrouwen, dit zal de terapietrouw verhogen (Noorlander & Niet, 2010).

Het is ook belangrijk om patiënten te behandelen in hun sociale context, die bestaat uit de partner, gezin en familie (Bakker, 2016). Met alleen instrumentele interventies zal therapietrouw maar deels slagen. De patiënt en zijn naaste omgeving horen op de hoogte te zijn van de voorgeschreven behandeling(en). Een combinatie van de instrumentele interventie en voorlichting aan de patiënten en zijn naasten is het beste (Bakker, 2016). De naasten dienen mondeling en schriftelijke geïnformeerd te worden over de aandoening, oorzaken, verwachte ziekteverloop, zelfmanagement, individuele leefstijladviezen en behandelingsmogelijkheden (Trangle, Dieperink, Gabert, Haight, Lindvall, Mitchell, Novak, Rich, Rossmiller, Setterlund & Somers, 2012).

De steun van familie wordt geassocieerd met gunstige fysiologische en psychologische effecten op gezondheidssuitkomsten waaronder een vermindering van pijn en depressie (Hung, Bounsanga, Voss, Crum, Chen & Birmingham, 2015).

Familieondersteuning kan komen van verschillende familieleden en de ondersteuning kan per familielid verschillen op basis van hun rol. Familieondersteuning kan gemeten worden door te vragen hoe dichtbij de persoon zich voelt met zijn familie en hoe de persoon de steun waarneemt (Hung et al., 2015).

Uit andere onderzoeken is gebleken dat er een significante associatie is tussen positieve en negatieve familieondersteuning bij depressieve symptomen (Ferreira & Sherman, 2007; Zyrianova, Kelly, Gallagher, McCarthy, Molloy, Sheehan & Dinan, 2006). Specifiek de ondersteuning van de echtgeno(o)t(e) wordt gerelateerd aan lagere depressie scores terwijl negatieve ondersteuning van de echtgeno(o)t(e) gerelateerd wordt aan hogere niveaus van depressieve symptomen (Hung et al., 2015). In een huwelijksrelatie kan een depressie afnemen met meer positieve ondersteuning door gedeelde ervaring, maar het huwelijk heeft tegelijkertijd de potentie om door negatieve relatie-interacties de depressie symptomen juist te verhogen. Positieve ondersteuning van kinderen wordt gerelateerd aan vermindering van depressieve symptomen, maar negatieve ondersteuning had geen meetbare relatie met depressieve symptomen (Hung et al., 2016). Een reden hiervoor kan zijn dat in families de ouders hun kinderen ondersteunen en dit blijven doen als de kinderen volwassen worden. Daarbij geven ouders aan te hopen nooit hun kinderen te vragen voor steun en hun leven te belemmeren (Hung et al., 2015). Zoals Bakker (2016) beschrijft dat voorlichting geven aan de patiënt en naasten de beste combinatie is om therapietrouw te vergroten.

In dit hoofdstuk is de theoretische kader van dit onderzoek beschreven. In het volgende hoofdstuk wordt de doelstelling en vraagstelling beschreven.

2. Doelstelling en vraagstelling

In dit hoofdstuk wordt de doelstelling, vraagstelling en bijbehorende deelvragen beschreven. Tot slot worden de begrippen uit het onderzoeksverslag geoperationaliseerd.

2.1 Doelstelling

In opdracht voor het RGOc, trachten de onderzoekers binnen zestien weken de meningen omtrent de vooraf geselecteerde zorgsubstituties (bijlage 1) voor depressie, die leiden tot meer kosteneffectieve zorg, bij (ex)patiënten met depressie (DSM V) in kaart te brengen.

2.2 Vraagstelling

Wat vinden patiënten met depressie (DSM V) van de acceptatie en gewenstheid van de vooraf geselecteerde zorgsubstituties (bijlage 1) voor depressie, binnen het overkoepelende IMPROVE-project?

2.3 Operationalisering van begrippen

Acceptabel

Onder acceptabel wordt verstaan; wanneer de deelnemers de vooraf geselecteerde zorgsubstituties zien als aanvaardbaar (Ensie, 2017).

Antidepressiva (AD)

Hieronder wordt verstaan; medicatie wat wordt ingezet in de zorg voor depressieve patiënten (Adfstichting, z.d.).

Combinatietherapie

Hieronder wordt verstaan; een behandeling voor depressie die bestaat uit psychotherapie en farmacotherapie (Richtlijndatabase, 2013).

Cognitieve gedragstherapie (CGt)

Hieronder wordt verstaan; een combinatie van twee vormen van psychotherapie: cognitieve therapie en gedragstherapie. Bij deze behandeling wordt het gedrag en de gedachten die de problemen in stand houden, besproken en behandeld (Adfstichting, z.d.).

Depressie

Depressie wordt gekenmerkt door neerslachtig, met als kernsymptomen; een sombere stemming, verlies van energie, initiatief, vermoeidheid, interesse en plezier. Deze symptomen kunnen kort van duur zijn en bij depressiviteit lang van duur zijn. Iemand moet voldoen aan minstens 5 van de genoemde symptomen in de DSM V. De symptomen moeten tevens voor minstens twee weken aanwezig zijn (Hulpguids, 2017).

Facetime

Facetime is een functie bij een telefoon van Apple. Hiermee kan je videobellen (Apple, 2017).

Gewenst

Onder gewenst wordt verstaan; wanneer de deelnemers de vooraf geselecteerde zorgsubstituties zien als aanbevelingswaardig/ aangenaam (Encyclo, 2017).

IMPROVE- project

In september 2015 is het Rob van Giel onderzoekcentrum begonnen met het IMPROVE-project (Improving Mental Health care using Personalized treatment based on analyses of Routine data for Optimal Value and Effectiveness), waarin het optimaliseren van kwaliteit en doelmatigheid in de Friese GGZ wordt onderzocht (RGOc, z.d.).

Informed consent formulier

'Informed consent' houdt in dat de onderzoekers de patiënt op een duidelijke en zo volledig mogelijke wijze informeert over de wijze van gegevensverzameling en hoe hier mee wordt omgegaan. De deelnemers gaan akkoord met de voorwaarden door het formulier te tekenen (KNMG, 2017).

Interapy

Hieronder wordt verstaan; een zogenaamde "blended" behandeling, dat wil zeggen een combinatie tussen een internetbehandeling, die in dit geval een vorm is van cognitieve gedragstherapie, en online- en persoonlijk contact met een behandelaar (Zorgonline Amstelveen, 2018).

Naasten

Naasten omvat iedereen met wie de patiënt een directe relatie heeft of ziet als familie. Dit houdt in de partners, vrienden, burens of familieleden (Tiemens & Meijel, 2012).

Onderzoeker(s)

Het woord 'onderzoekers' verwijst naar de studenten A. Uwase en M. Mohamed van de Academie voor Verpleegkunde op de Hanzehogeschool Groningen.

Patiënten

Onder patiënten wordt verstaan; depressieve patiënten die volgens de criteria van de DSM V de diagnose depressie hebben gekregen. De patiënten in dit onderzoek zijn bekend met meerdere behandelingen.

Praktijkondersteuner huisarts-geestelijke gezondheidszorg

De praktijkondersteuner Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) is een ondersteuner van de huisarts, die cliënten zien met psychische problemen. Ze verhelderen de klachten van patiënten, stellen vast welke behandeling nodig is, verwijzen eventueel door naar de tweedelijns of verlenen zelf de benodigde behandeling (Mentaalbeter, z.d.).

RGOc

Het RGOc (Rob Giel Onderzoekcentrum) is een samenwerkingsverband tussen het Universitair Centrum Psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Groningen en de GGZ-instellingen GGZ Friesland, GGZ Drenthe, Lentis, Dimence en Mediant. Met als doel wetenschappelijk onderzoek te verrichten op het gebied van psychiatrische behandeling (RGOc, z.d.).

Snowball sampling

Snowball sampling wordt in Nederland sneeuwbal methode genoemd. Hiermee wordt verstaan dat de onderzoekers elk deelnemer die zich heeft aangemeld vraagt om andere potentiële deelnemer(s) te vragen mee te doen aan het onderzoek (Thoughtco, 2017).

Versus (vs)

Het begrip versus geeft twee partijen aan die tegenover elkaar staan (Ensie, 2018).

Zorgsubstituties

Dit zijn de paren van interventies die tegen elkaar worden afgewogen, om te kijken wat kosteneffectiever is. De paren worden genoemd in een artikel van Lokkerbol et al. (n.d.) dat nog niet is gepubliceerd. De paren worden weergegeven in bijlage 1.

In dit hoofdstuk zijn de doelstelling en vraagstelling behandeld. Tot slot zijn de begrippen uit het onderzoeksverslag geoperationaliseerd. In het volgende hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode beschreven op basis van wetenschappelijke artikelen.

3. Het onderzoeksmethodiek

In dit hoofdstuk wordt het onderzoeksmethodiek beschreven. Hierin wordt de grondvorm, de populatie, steekproef, dataverzameling, onderzoeksinstrument, data analyse en tot slot ethische aspecten van het onderzoek beschreven.

3.1 Onderzoeksmethode

De grondvorm van de onderzoeksmethode is een kwalitatief onderzoek. Hier is voor gekozen, omdat de onderzoekers geïnteresseerd zijn in achterliggende argumenten en motieven van depressieve patiënten betreft de vooraf geselecteerde zorgsubstituties.

Binnen het kwalitatief modelbouw is gekozen voor een focusgroepmethode. Het voordeel van een focusgroep gesprek ten opzichte van individuele interviews is dat mensen met diverse meningen op elkaar kunnen reageren, zo kunnen de onderzoekers observeren hoe argumenten zich in een discussie ontwikkelen (Poortinga, z.d). Het leverde de onderzoekers niet alleen meer informatie op maar ook de focusgroepsleden. Bij de deelnemers kan tijdens het gesprek een denkproces op gang worden gezet. De meningen van, en discussie tussen de groepsleden is van belang omdat het inzicht geeft in de belemmeringen en (mogelijke) verbeterpunten van de vooraf geselecteerde zorgsubstituties die een belangrijke rol spelen in de nieuwe ontwikkelingen binnen het IMPROVE- project.

3.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit depressieve patiënten groep. Deze groep is een homogeen samengestelde groep, omdat het hierbij gaat om depressieve patiënten die brede ervaringen hebben met verschillende behandelingen. De patiënten zijn geworven via de cliëntenraad van de Universitair Centrum Psychiatrie Groningen en GGZ Friesland. Ook is er geworven via de website van het Rob Giel onderzoekcentrum (RGOc) en op de website van het Universitair Centrum Psychiatrie (UCP). De (ex)patiënten die deelnemen aan de focusgroepbijeenkomsten hoeven zelf niet uit de cliëntenraden te komen.

In literatuur staat beschreven dat een focusgroep onderzoek uitgaat van een groepsgrootte van zo'n zes tot tien deelnemers (Verhoeven, 2014). Omdat het bij een focusgroepen kan voorkomen dat respondenten niet komen opdagen, wordt daarom extra deelnemers geworven. Daarom is in overleg met de opdrachtgever gekozen voor maximaal negen personen per focusgroep.

Om de focusgroep te selecteren is gebruik gemaakt van een inclusie- en exclusiecriteria. Hieronder volgen de inclusie- en exclusiecriteria.

Inclusiecriteria:

- Depressieve patiënten die bekend zijn met verschillende depressie behandelingen.
- Leeftijd 18 tot 65 jaar.
- Patiënten beheersen de Nederlandse taal.

Exclusiecriteria:

- Depressieve patiënten die niet bekend zijn met verschillende depressie behandelingen.

3.3 Steekproef

De focusgroepen zijn geselecteerd aan de hand van een zelfselectie (Verhoeven, 2014). In het onderzoek mogen de mensen zelf bepalen of zij willen deelnemen aan het onderzoek. De onderzoekers hebben de deelnemers met behulp van flyers (bijlage 3) met daarop de inclusie- en exclusiecriteria uitnodigt om mee te doen aan het onderzoek.

De steekproef is representatief doordat de steekproef deelnemers werft uit de populatie. Op basis van de in- en exclusiecriteria kiezen de patiënten zelf of zij willen meewerken aan het onderzoek.

Er is gekozen om te flyeren omdat het een effectieve vorm is om grote massa te bereiken (EUMagazine, 2016). Daarnaast is de flyer mondeling toegelicht aan de dienstdoende verpleegkundigen van de afdelingen depressie (open-en gesloten) in het UCP. De flyer is door de onderzoekers in samenwerking met de opdrachtgevers opgesteld.

Een onderzoeksmedewerker met als aandachtsgebied cliëntencontact heeft de onderzoekers ondersteund met het verspreiden van de flyers binnen de instellingen. Tevens is de flyer gepubliceerd in de nieuwsbrief van het RGOc en UCP. Daarnaast is aan de hand van Snowball sampling geworven; de onderzoekers hebben aan de deelnemers die aangegeven hebben deel te nemen aan het onderzoek gevraagd of zij nog mensen kennen die eventueel mee zouden willen doen aan het onderzoek.

3.4 Dataverzameling

Zoals beschreven in de paragraaf 3.1 is de dataverzamelingsmethode voor dit onderzoek een focusgroepmethode. Op basis van de vooraf geselecteerde zorgsubstituties (bijlage 1) worden focusgroep bijeenkomsten georganiseerd. In overleg met de opdrachtgevers van het RGOc gaan de onderzoekers één bijeenkomsten organiseren. Van die focusgroeppijeenkomst wordt verslaglegging gedaan met behulp van een audiorecorder.

3.5 Onderzoeksinstrument

Om de focusgroep in goede banen te leiden is gebruik gemaakt van een topiclijst. De topiclijst is in samenwerking met de opdrachtgevers opgesteld, op basis van de vooraf geselecteerde zorgsubstituties uit bijlage 1.

3.6 Data-analyse

Voor het verloop van het onderzoek is het van belang om het analyse proces te structureren (Boeije, 2012). De verzamelde gegevens zijn daarom verwerkt en geanalyseerd middels de thematische analyse beschreven door Boeije (2012). De onderzoekers hebben voor deze analyse gekozen omdat de stappen duidelijk weergegeven staan. Dit zorgt ervoor dat de onderzoekers afzonderlijk van elkaar de gegevens kunnen analyseren. De thematische analyse wordt hieronder in tabel 1 weergegeven.

Tabel 1: *Thematische analyse* (Boeije, 2012)

Fases	Actie
1	De verzamelde gegevens worden goed doorgenomen en getranscribeerd. Vervolgens wordt dit verdeeld in fragmenten en in één woord samengevat in de vorm van een begrip. Dit wordt uiteenrafelen genoemd (Boeije, 2012).
2	De gebruikte begrippen worden geëvalueerd. De waarde die de deelnemers toekennen aan de begrippen en de betekenis hiervan worden door de onderzoekers geïnterpreteerd.
3	De begrippen worden gegroepeerd op basis wat bij elkaar hoort.
4	In de gegroepeerde begrippen wordt hiërarchie ingebracht. Dit wordt gedaan op basis van de belangrijkste begrip en wat daarna volgt.
5	Er worden verbanden gezocht tussen de codes. Hierin wordt hoofdgroepen en subgroepen gevormd door te kijken naar welke codes bij elkaar horen en op welke manier ze worden geordend. Dit wordt axiaal coderen benoemt (Boeije, 2012).
6	Er wordt gezocht naar relaties tussen begrippen en waarom de onderzoekers bepaalde volgordes van begrippen hebben gevonden. Dit wordt selectief coderen genoemd (Boeije, 2012). De verbanden en volgorde worden in een model gezet.
7	De onderzoekers leggen een verband tussen het model en de vraagstelling. Daarbij kijken de onderzoekers of er antwoord kan worden gegeven op de vraagstelling.

3.7 Ethische aspecten

Om de ethische aspecten in dit onderzoek te waarborgen is er voldaan aan een aantal eisen. De volgende eisen die door Baarda et al. (2013) zijn beschreven hebben betrekking op de deelnemers en onderzoekers: anonimiteit van gegevens, juiste voorlichting en vrijwillige medewerking.

Voor dit onderzoek hebben de deelnemers expliciet toestemming gegeven om deel te nemen aan het onderzoek en om op audio opgenomen te worden (Baarda, et al., 2013). Daarvoor zijn de deelnemers geïnformeerd over de doel- en werkwijze. Daarnaast zijn de verwachtingen van de onderzoekers naar de deelnemers toe benoemt (Baarda, et al., 2013). De verzamelde gegevens blijven anoniem. De deelnemers hebben een codenaam toegewezen gekregen zoals: deelnemer 1, deelnemer 2 etc (Baarda, et al., 2013). Aan de hand van de toegekende codenamen zijn de gegevens geanalyseerd. Hierdoor is de informatie niet terug te herleiden naar de deelnemers (Baarda, et al., 2013). Op de flyer (bijlage 3) staat vermeld dat gebruik is gemaakt van een 'informed consent' formulier (bijlage 4) waarin de toestemming is gevraagd om de focusgroep bijeenkomsten op te nemen door middel van een audio recorder. De verzamelde gegevens zijn op een beveiligde computersysteem van het RGOc bewaard terwijl de data werd geanalyseerd. Waarna de verzamelde gegevens zijn vernietigd. De onderzoekers waren zich bewust dat zij werkten met depressieve (ex)patiënten. Dit vroeg van de onderzoekers om extra goed met hun rechten om te gaan.

In dit hoofdstuk is de grondvorm van het onderzoek, de populatie, steekproef, dataverzameling, onderzoeksinstrument, data analyse en ethische aspecten van het onderzoeksdesign beschreven. In het volgende hoofdstuk komt de kwaliteit van onderzoek aanbod.

4. Kwaliteit van het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de kwaliteit van het onderzoek door de onderzoekers is gewaarborgd.

4.1 Validiteit

In dit onderzoek refereert validiteit op de juistheid of de accuraatheid van de verzamelde gegevens. Dit houdt in dat het meetinstrument ook daadwerkelijk meet wat het moet meten. Zelfs als een meetinstrument steeds hetzelfde meet, hoeft dit nog niet valide te zijn als dit geen antwoord geeft op de vraagstelling (Cox, et al., 2012). Validiteit kan onderscheiden worden in interne en externe validiteit. Hieronder worden deze termen verder toegelicht.

4.1.1 Interne validiteit

Interne validiteit refereert naar de gegevens uit het onderzoek en de manier waarop de gegevens op een betrouwbare wijze zijn verzameld, geïnterpreteerd en geanalyseerd (Cox, et al., 2012). De topiclijst is vooraf geverifieerd door de opdrachtgevers. Dit is gedaan om te kijken of aan de hand van de topiclijst antwoord wordt gegeven op de vragen die de onderzoekers willen beantwoorden. Dit verhoogd de interne validiteit. De dataverzameling van dit onderzoek heeft als voordeel dat de onderzoekers de gegevens waarnemen in verbale-en non verbale communicatie en dit wordt volledig uitgeschreven. Dit droeg bij aan de interne validiteit van de verzamelde gegevens. Een nadeel van een kwalitatieve methode is dat het minder gestandaardiseerd is. De onderzoekers hebben rekening gehouden met dat een gesprek op verschillende manieren geleid kan worden. Bijvoorbeeld door tijdens de focusgroep bijeenkomst door te vragen wanneer een deelnemer antwoord, maar de andere keer hier niet op in te gaan. Dit is mede beïnvloed door de interactie tijdens de focusgroep bijeenkomst en de ervaring van de onderzoekers met gesprekstechnieken. Ook hoe de gesprekstechnieken zijn toegepast door de gespreksleider heeft de resultaat verzameling beïnvloedt. Dit komt doordat de onderzoekers hiervoor geen ervaring hebben met het leiden van een focusgroeptbijeenkomst. In de discussie wordt hier verder op ingegaan. Daarnaast heeft de aanwezigheid van meerdere onderzoekers of personen geleid tot aarzeling voor de deelnemers om zichzelf te uiten (Poortinga, z.d). Daarom kozen de onderzoekers ervoor om de vertrouwelijkheid bij de deelnemers te vergroten door één onderzoeker het gesprek te laten leiden. De ander onderzoek heeft de verbale-en non verbale communicatie notuleert van de deelnemers.

4.1.2 Externe validiteit

Externe validiteit refereert naar de mate waarin de resultaten van het onderzoek generaliseerbaar zijn naar andere groepen en situaties (Cox, et al., 2012). Om uitspraak te doen over generalisatie wordt normaal gesproken, bij een focusgroeppmethode meerdere bijeenkomsten gepland tot er data saturatie bereikt is (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, n.d.). Gezien het tijdspad van dit onderzoek is dat niet haalbaar. De onderzoekers hebben daarom onvoldoende zicht op mogelijkheden om te generaliseren. In dit onderzoek wordt onderzocht wat de deelnemers vinden van de vooraf geselecteerde zorgsubstituties (bijlage 1) en op basis daarvan wordt een conclusie getrokken. De onderzoeksmethode uit dit onderzoek kan later herhaald worden bij een grotere steekproef.

4.2 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid is in hoeverre een onderzoek vrij is van toevallige fouten. Als een onderzoek door andere onderzoekers, op een andere tijdstip, met andere deelnemers en onder andere omstandigheden opnieuw uitgevoerd wordt maar nog steeds dezelfde resultaten behaalt, is een onderzoek betrouwbaar (Verhoeven, 2011). De betrouwbaarheid wordt onderscheiden in interne en externe betrouwbaarheid.

4.2.1 Interne betrouwbaarheid

Interne betrouwbaarheid houdt in dat er mogelijke vertekeningen van de onderzoeksresultaten zijn door invloed van een individuele onderzoeker. Hierbij gaat het om controleerbaarheid: worden bij beide onderzoekers dezelfde resultaten verkregen (Willems & van Zwieten, 2004). In dit onderzoek is rekening gehouden met de interne betrouwbaarheid doordat beide onderzoekers apart van elkaar alle data hebben geanalyseerd met dezelfde methodiek.

De onderzoekers hebben hun denkproces vast gelegd, terwijl de data is geanalyseerd. Tijdens het analyseren is beschreven waarom een bepaalde gegeven koppelt is aan een begrip en wat de onderzoeker daaronder verstaat. De onderzoekers hebben afzonderlijk van elkaar gecodeerd en hun bevindingen vergeleken en hierover gediscussieerd. De interne betrouwbaarheid is ook verhoogd omdat gegevens systematisch zijn geanalyseerd met behulp van een computerprogramma, namelijk ATLAS ti.

4.2.2 Externe betrouwbaarheid

Externe betrouwbaarheid refereert naar de herhaalbaarheid van het onderzoek als geheel. Dit houdt in als iemand anders het onderzoek over doet dezelfde resultaten behaalt (Willems & van Zwieten, 2004). Wanneer de methodiek zoals beschreven in hoofdstuk 3 wordt aangehouden met de bijbehorende analysemethode en gebruikt wordt gemaakt van de topiclijst met open vragen is het onderzoek reproduceerbaar. Maar de resultaten kunnen verschillen. Dit komt doordat de deelnemers gevraagd worden naar hun mening, motivatie en wensen dit kan per persoon verschillen.

In dit hoofdstuk is beschreven hoe de kwaliteit van het onderzoek door de onderzoekers is gewaarborgd. In het volgende hoofdstuk worden de resultaten beschreven.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt eerst een overzicht van de respondenten weergegeven. Vervolgens worden de resultaten van het onderzoek beschreven.

5.1 Overzicht respondenten

De focusgroep is geselecteerd aan de hand van zelfselectie. Voor de focusgroep bijeenkomst voor (ex)patiënten hebben zich negen mensen in totaal opgegeven. Daarvan is één iemand afgewezen omdat hij/zij niet voldeed aan de inclusiecriteria. Van de acht die overgebleven zijn, heeft één deelnemer zich afgemeld. En één deelnemer is niet gekomen. In totaal waren zes deelnemers aanwezig, waarvan vier mannen en twee vrouwen. De leeftijd van de groep varieerde tussen de twintig en negenenzestig jaar. Eén deelnemer heeft zijn leeftijd niet ingevuld. De deelnemer heeft zijn leeftijd tijdens de focusgroepbijeenkomst wel genoemd. De deelnemer is tussen de twintig en dertig jaar. Voor de weergave van de leeftijden en geslacht zie onderstaande tabel.

Tabel 2: weergave leeftijd en geslacht

Leeftijd in jaren	Geslacht
69	vrouw
62	vrouw
61	man
52	man
52	man
Tussen de 20 à 30	man

Voorafgaande aan het onderzoek is er een onderzoeksvoorstel opgesteld. Daarin staat beschreven dat het onderzoek zich op twee doelgroepen gaat richten namelijk; depressieve (ex)patiënten en hun familieleden/naasten. De onderzoekers hebben daarop ook twee focusgroep bijeenkomsten georganiseerd. Maar bij de tweede focusgroepbijeenkomst gericht op naasten/familieleden heeft zich niemand opgegeven. In de discussie wordt hier verder op ingegaan.

5.2 Resultaten van de focusbijeenkomst

In deze paragraaf worden de resultaten van de focusgroepbijeenkomst op 14 december 2017 beschreven. Tijdens het analyseren van de data kwamen een aantal thema's naar voren. In de onderstaande tabel zijn de thema's en daaronder vallende codes beschreven.

Tabel 3: Overzicht thema's en codes.

	Thema's	codes
Zorgsubstitutie	Antidepressiva + POH vs. combinatietherapie	-AD vs. Combinatietherapie als substitutie. -AD + POH als substitutie.
Zorgsubstitutie	Cognitieve gedragstherapie vs interapy	-Interapy -Individuele cognitieve gedragstherapie
Zorgsubstitutie	Mindfulness vs. antidepressiva	Mindfulness therapie vs. AD med. als substitutie.
	Mening uitruil behandeling	-Mening: intake gesprek psychiater. -Mening: economisch model.
	Suggesties behandelingen	-Suggesties: ondersteuning met leefstijl en regelmaat. -Suggesties: bewegen

De thema's komen per paragraaf aan bod. De thema's zijn uitgewerkt in de OSOP (One Sheet of Paper) methode (bijlage 8). Hierin staan de belangrijkste citaten weergegeven in een tabel.

5.2.1 Mening uitruil behandeling

Onder het thema "mening uitruil behandeling" vallen de volgende codes; 'mening: intake gesprek psychiater' en 'mening: economisch model'.

Uit de data is naar voren gekomen dat mensen het lastig vinden om vanuit een economisch model naar een behandeling te kijken en dat depressie heterogeen is.

Bij de code 'mening: economisch model' vindt vier van de zes deelnemers dat er eerst gekeken moet worden naar wat werkt voor wie in welke omstandigheden en dan vervolgens een keer naar kosten te kijken. Bij de code 'mening: intake gesprek psychiater' vinden vier van de zes deelnemers dat psychiaters zich niet van te voren goed inlezen.

5.2.2 Antidepressiva met praktijkondersteuning GGZ vs. combinatietherapie

Onder het thema antidepressiva vs. combinatietherapie vallen de volgende codes; 'AD vs. Combinatietherapie als substitutie' en 'AD + POH GGZ als substitutie'.

Bij de code AD vs. Combinatietherapie als substitutie is naar voren gekomen dat antidepressiva niet wenselijk is bij ernstig depressieve patiënten vanwege therapie-ontrouw en het opsparen van medicatie. Hierover is het volgende gezegd; *"Ik denk als ik mij behandelingen had moeten verbinden met trouw zijn aan pillen wat ik kreeg dat het misschien anders gelopen was."* ; ook: *"Ja die seroquel hielp niet en toen kreeg ik nog meer en omdat dat niet hielp nou ja om een heel lang verhaal kort te maken, maar ja ik slik ze toch"*. Hieruit wordt verstaan dat inname van medicatie niet gewenst is, maar wel wordt ingenomen. Verder is benoemd dat bij patiënten die eenmalig ernstig depressief zijn, ingezet moet worden op begeleiding met medicatie.

Bij de code AD + POH GGZ als substitutie is naar voren gekomen dat vooral is gesproken over de ervaringen met de huisarts en niet specifiek over de praktijkondersteuner. Ook heeft één deelnemer aangeven nog geen ervaring te hebben gehad met een praktijkondersteuner. Daarbij is door twee deelnemers genoemd dat doorverwijzing van de huisarts verschilt. Waar de één snel is doorverwezen, was dat bij de ander pas bij een suïcidepoging. Van de zes deelnemers vinden twee dat het belangrijk is om op de voorgrond goede zorgprofessionals op te leiden met kennis over de psychiatrie. En dat de educatie van artsen kosteneffectief kan werken doordat er eerst gekeken wordt naar oplossingen binnen de eigen praktijk. Verder is ook benoemd dat er ook preventief kan worden gehandeld als voorziening. Van de zes deelnemers benoemd drie dat er sprake is van lange wachttijden bij de huisarts. Hierbij is benoemd dat de praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg kan ingrijpen bij lange wachttijden.

Ook komt uit de data naar voren dat er direct hulp beschikbaar moet zijn voor mensen die bekend zijn met depressie, en dat het belangrijk is om mensen het gevoel te geven dat er naar hen geluisterd wordt. Ook hier kan de praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg een rol spelen, door hulp te bieden aan depressieve patiënten die uit behandeling komen. Tevens is benoemd dat er een mogelijkheid moet zijn om met de huisarts te overleggen over bewaking van het zorgproces.

Verder komt uit de data naar voren dat alleen AD+ POH niet voldoende was om op het goede pad te komen. Één deelnemer zegt hierover het volgende: *"Ik herken de rest wel, ik kan wel vertellen wat ik zonet ook vertelde. Als ze mij alleen hadden geholpen met antidepressiva en met praktijkondersteuning van de huisarts dan was mijn suïcide absoluut gelukt. Want dat zou nooit voldoende zijn geweest om mij op het goede pad te brengen"*. Hieruit kan worden verstaan dat de substitutie AD+ POH als niet gewenst wordt gezien. Hierbij zegt hij ook dat het een individuele kwestie is. Deelnemer 5 zegt verder ook zeer intensieve therapie met medicatie gehad te hebben.

5.2.3 Cognitieve gedragstherapie vs interapy

Onder het thema cognitieve gedragstherapie vs. interapy als substitutie vallen de codes; 'interapy' en 'individuele cognitieve gedragstherapie'.

Bij de code interapy is naar voren gekomen dat de blended vorm acceptabel is bij een milde depressie. Van de zes deelnemers geeft drie aan dat alleen online hulp niet wenselijk is. Waarbij als voorbeeld gegeven is dat gelogen kan worden: *"Want anders gaan de rooie vlaggen uit als de waarheid wordt verteld"*. Verder komt uit de data naar voren dat 5 van de zes deelnemers vinden dat non verbale communicatie, interactie en face to face contact belangrijk is. Het volgende is hierover gezegd: *"Het verhaal wat wordt verteld is niet altijd wat het eigenlijk is."* en *"Dat een goede psychiater of verpleegkundige aan de houding of uiterlijk kunnen zien hoe het gaat met iemand."*

Ook wordt benoemd dat er niks aan je te zien is mist je het zelf aangeeft. Dus zowel contact via de computer als 'face to face' is jezelf uiten belangrijk.

Daarnaast is benoemt dat bij een ernstige depressie een vertrouwensband nodig is, en dat heb je niet met een computer. Een voorwaarde dat genoemd wordt is dat interapy alleen werkt met goede ondersteuning waarbij er minimaal één keer per week een gesprek plaatsvindt met de psychiater. En dat alleen digitale therapie zonder dat het gecheckt wordt totaal geen zin heeft. Van de zes deelnemers benoemt twee van de zes deelnemers dat er in 'facetimen' besparingen zit bij het FACT. Waarbij met 'facetimen' tips kan worden gegeven of kan worden bekeken of langskomen nodig is.

Uit de data kwam ook naar voren dat interapy wellicht kan werken voor jongeren omdat die de digitale wereld gewend zijn. Dit is door één van zes deelnemers genoemd. Echter is dit ook tegengesproken door een ander deelnemer.

Daarbij is als tegen argument gegeven dat interapy juist niet zou werken voor jongeren, omdat wordt verwacht dat jongeren in de toekomst depressief zullen zijn doordat ze in de digitale wereld zitten.

Bij de code individuele cognitieve gedragstherapie geeft één van de zes deelnemers aan dat individuele cognitieve gedragstherapie wel duur is wanneer dat meerdere malen moet worden gevolgd, maar in vele gevallen wel effectief is.

Ook is benoemd door één deelnemer dat bij een bipolaire depressie, cognitieve gedragstherapie heel goed werkt met als voorwaardes; dat het goed wordt verkoopt, goede begeleiding bij inname van medicatie en dagbesteding is. Verder is er benoemd door één deelnemer dat cognitieve gedragstherapie zinvol is als je heel depressief bent, maar ontkracht het weer door het te vervolgen met: *"Dat als je heel depressief bent dat het niet zinvol is, maar ook dan is het wel zinvol."*

5.2.4 Mindfulness vs. antidepressiva

Onder de thema mindfulness vs. antidepressiva (12 maanden) valt de code mindfulness therapie vs. AD med. als substitutie. Het thema en de code hebben dezelfde naam, omdat hier wel de vergelijking van beide behandelingen is genoemd.

Bij deze code is naar voren gekomen dat medicatie een boost geeft zodat de therapie gevolgd kan worden, mits de medicatie later afgebouwd kan worden. In tegenstelling tot een andere deelnemer die aangeeft dat mindfulness als ondermaat kosteneffectief is zonder weer de psychiatrie in te moeten gaan. Van de zes deelnemers geeft twee aan dat er moet worden afgewogen of het slikken van antidepressiva wenselijk en gezond is. Hierbij is benoemd dat mindfulness en leefstijlverandering wenselijker is, wanneer het een gelijk effect geeft als met antidepressiva. Hieruit wordt er verstaan dat het slikken van antidepressiva niet wenselijk. Ook is door één deelnemer het volgende genoemd: *"Ik mocht van Menzis voor 400 euro geld besteden aan zo'n AIJ kuur. Maar ik mocht geen mindfulness cursus doen"*. De deelnemer had graag een mindfulness cursus willen doen, maar de zorgverzekeraar vergoede dit niet. Later gaf de deelnemer aan veel baat te hebben gehad bij mindfulness en compassietraining en benoemde ook het volgende: *"En mindfulness. En dan ook gewoon uh het ondermaat ervan kosteneffectief. Zonder dat ik weer in de psychiatrie hoef. Ik vind het zo raar dat het niet gedaan wordt. Ondertussen bewezen dat mensen met een depressie, opknappen van mindfulness. Maar dan denk ik ja, hoe gek kun je het krijgen"*.

5.2.5 Suggesties behandelingen

Onder het thema "suggesties behandelingen" vallen de codes; 'interapy' en 'individuele cognitieve gedragstherapie' en 'suggesties: bewegen'.

Tijdens de focusgroepbijeenkomst is naar voren gekomen dat er een aantal behandelingen zijn die volgens hen helpend zijn maar niet in het model voorkwamen. Bij de code 'suggesties: ondersteuning met leefstijl en regelmaat' vinden vier van de zes deelnemers dat mensen rust en regelmaat nodig hebben en daarin ondersteund moeten worden. Ook vinden zij dat mensen ondersteuning moeten krijgen bij het vinden van een hobby of interesse. Bij de code 'suggesties: bewegen' hebben vier deelnemers aangegeven dat ondersteunende behandelingen namelijk bewegen en arbeidstherapie mist op de lijst.

Bij de code familieondersteuning is naar voren gekomen dat een deelnemer zei: *"Ze zouden mijn man kunnen vragen, uw vrouw wilt uit behandeling wat denkt u ervan of vindt u het goed?"* Hiermee geeft de deelnemer aan dat de partner/familielid betrokken moet worden bij het zorgtraject. De deelnemer gaf aan sneller de behandeling te willen stopzetten. En dat de partner/familie gevraagd kan worden om het zorgproces in de gaten te houden. Ook wensen zij dat de zorg teruggebracht wordt bij de huisarts. Hierover is het volgende gezegd: *"Heb een hartstikke goede huisarts dan hadden ze de huisarts kunnen bellen en zeggen luister eens mevrouw wil uit therapie, maar kun je af en toe kijken hoe het met er gaat."*

5.2.6 Overzicht

Hieronder wordt in tabel 4 de zorgsubstituties paren weergegeven en in hoeverre de deelnemers in een zorgsubstitutie willen investeren of de-investeren.

Tabel 4: overzicht zorgsubstituties

Zorgsubstituties paren	Investeren	De-investeren	Wel mee eens.	Niet mee eens.
Antidepressiva + POH vs. combinatietherapie	*Antidepressiva + POH	Combinatietherapie	2 van de 6	1 van de 6
Cognitieve gedragstherapie vs interapy	*Interapy	*Cognitieve gedragstherapie	3 van de 6	*2 van de 6
Mindfulness vs. antidepressiva	Mindfulness	Antidepressiva	3 van de 6	1 van de 6

**Bij interapy vs. CGT heeft één deelnemer benoemd dat beide behandelingen werken.*

**Bij antidepressiva + POH is benoemd dat het voor een deelnemer onvoldoende is. Ook benoemt de deelnemer dat het per individu bekeken moet worden.*

**Bij antidepressiva + POH is benoemd dat het werkt voor patiënten met een ernstige depressie.*

**Bij Interapy is benoemd dat het werkt bij patiënten met een milde- en ernstige depressie i.c.m een vertrouwensband.*

**Bij CGT is benoemd dat het werkt bij een bipolaire depressie i.c.m. medicatie begeleiding en dagbesteding.*

In het DEPMOD-model staat beschreven dat bij ernstige depressie geïnvesteerd moet worden in antidepressiva met de praktijkondersteuner huisarts GGZ en de-investeren in combinatietherapie. Er is niet nadrukkelijk gezegd dat er geïnvesteerd moet worden in antidepressiva met praktijkondersteuning. Eén deelnemer gaf wel het volgende aan: *“Er zou direct hulp beschikbaar moeten zijn voor mensen die bekend zijn met depressie, het is belangrijk dat je mensen het gevoel geeft dat er wordt geluisterd”*.

Verder komt in het model voor dat bij een milde of gematigde depressie moet worden geïnvesteerd in interapy en de-investeren in individuele cognitieve gedragstherapie. Dit werd tijdens de focusgroepbijeenkomst gedeeld door drie deelnemers, waarvan één deelnemer beide interventies als gewenst ziet. Eén deelnemer benoemt dat bij een ernstige depressie interapy kan werken mits er een vertrouwensband is. Een andere deelnemer benoemt dat interapy een mogelijkheid kan zijn bij een milde depressie.

Daarnaast komt in het model voor dat bij preventie van recidieve depressie moet worden geïnvesteerd in mindfulness en de-investeren in continuatie medicatie. Dit werd tijdens de focusgroepbijeenkomst gedeeld door drie deelnemers.

In dit hoofdstuk is een overzicht van de respondenten weergegeven en zijn de resultaten van het onderzoek beschreven. In het volgende hoofdstuk wordt de conclusie(s) beschreven

6. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vraagstelling per zorgsubstitutie en worden de aanbevelingen beschreven.

6.1 Beantwoording vraagstelling

Antidepressiva + POH vs. combinatietherapie

Tijdens de bijeenkomst is naar voren gekomen dat mensen met een ernstige depressie vaker therapieontrouw zijn. En dat daarbij begeleiding van de medicatie nodig is. Ook willen de deelnemers graag zien dat er gelijk hulp beschikbaar is. En dat overleg plaatsvindt met de huisarts over het bewaken van het zorgproces van depressie patiënten.

Hieruit kunnen wij concluderen dat de praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg wenselijker is dan combinatietherapie. Ook al wordt dit niet specifiek genoemd door de deelnemers. Maar op basis van wat er gezegd is tijdens de bijeenkomst, kan de praktijkondersteuner huisarts GGZ een rol vervullen in datgene dat zij missen.

Cognitieve gedragstherapie vs interapy

Tijdens de bijeenkomst gaven deelnemers aan dat behandeling van depressie alleen via de computer niet wenselijk is. Ook benoemde één deelnemer dat een vertrouwensband of minimaal één keer wekelijkse gesprekken wenselijk is. Verder benoemden twee deelnemers dat cognitieve gedragstherapie duur is, maar wel effectief. Hieruit kunnen wij concluderen dat cognitieve gedragstherapie wenselijk en acceptabel is. Echter maar één deelnemer heeft zich positief geuit over beide behandelingen. Deze deelnemer ontkrachtte zich door de zinvolheid van de behandeling te weerleggen. Hieruit kan worden geconcludeerd dat interapy wenselijker is dan cognitieve gedragstherapie.

Mindfulness vs. antidepressiva

Tijdens de bijeenkomst gaven deelnemers aan dat mindfulness een kosteneffectieve manier om depressie te behandelen, zonder eerst opgenomen te moeten worden. Ook gaven deelnemers aan dat ook wanneer mindfulness in combinatie met leefstijlverandering hetzelfde effect kan geven zoals met medicatie dat mindfulness wenselijker is dan antidepressiva slikken.

6.2 Aanbevelingen

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de deelnemers aspecten misten in de zorg substituties zoals bewegen, ondersteuning in rust, regelmaat, het vinden van een hobby en de patiënt het gevoel te geven dat er naar ze wordt geluisterd. Verder dat familieleden en of partners meer betrokken kunnen worden bij het zorgtraject. Het advies is om dit mee te nemen binnen het model dan wel het mee te nemen in de vraagstelling van volgende focusgroep bijeenkomsten. Verder zijn de onderzoekers van mening om resultaten te verkrijgen die betrouwbaarder zijn het nodig is om dit onderzoek te vervolgen. Dit doordat er één focusgroepbijeenkomst is gehouden en er geen datasaturatie is bereikt. Verder is het onderzoeken van de rol van de verpleegkundige binnen de zorg voor depressieve patiënten op een kosteneffectieve basis belangrijk. Dit omdat de verpleegkundige de depressieve patiënt kan ondersteunen in het zorgproces (V&Vn, 2012). Ook is ons advies om de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg in te zetten in huisartsenpraktijken om de huisarts te ondersteunen waar mogelijk.

In dit hoofdstuk zijn de conclusie en aanbeveling beschreven. In het volgende hoofdstuk wordt de discussie beschreven.

7. Discussie

In dit hoofdstuk worden de sterke en zwakke punten van het onderzoek beschreven in de methodologische discussie. En verder wordt in de inhoudelijke discussie de brede en maatschappelijke context en de relatie tot het verpleegkundig beroep.

7.1 Methodologische discussie

In deze paragraaf is onderverdeeld in twee subparagrafen namelijk; sterke punten en zwakke punten.

7.1.1 Sterke punten

De onderzoekers hebben in samenwerking met de opdrachtgevers en onderzoeksmedewerker een flyers gemaakt om deelnemers te werven. Op de flyer staat vermeld dat er een deelname- en reiskostenvergoeding is. Dit om deelnemers te motiveren om mee te werken aan het onderzoek. De onderzoekers hebben telefonisch- en e-mailcontact gehad met familieraden om deelnemers te werven.

De flyers zijn opgehangen in het Universitaire psychologische centrum (UCP) en meerdere stichtingen zoals Ixta Noa en verenigingen. Tevens zijn de onderzoekers langs de open en gesloten depressie afdelingen van de UCP geweest om het onderzoek te promoten en deelnemers te werven. Ook hebben de onderzoekers mailcontact gehad met de psychiaters om toestemming te vragen of de patiënten deel mochten nemen aan het onderzoek in verband met kwetsbaarheid van de doelgroep.

Tijdens de focusgroepbijeenkomst is gebruik gemaakt van een voicerecorder, om de data exact te transcriberen. Gedurende het onderzoek is de begeleiding met de opdrachtgevers onderhouden, door minimaal tweewekelijks contactmomenten en mailcontact. Hierdoor hebben de onderzoekers feedback verwerkt, om de kwaliteit van het onderzoek te bewaken. Daarbij stonden de onderzoekers open voor aanpassingen van de onderzoeksvragen.

7.1.2 Zwakke punten

Het onderzoek richtte zich op twee doelgroepen namelijk depressieve patiënten en hun familieleden/naasten. De onderzoekers hadden genoeg aanmeldingen verwacht om twee focusgroep bijeenkomsten te organiseren voor patiënten en apart voor de familieleden/naasten. De familieleden en naasten waren lastiger te bereiken dan eerder geanticipeerd. De onderzoekers hebben de patiënten die zich hebben aangemeld gevraagd om familieleden/naasten te vragen om deel te nemen aan het onderzoek. Hier is verder geen reactie op gekomen. Het vragen van de patiënten in het onderzoek was zowel een sterk als een zwak punt. In overleg met de opdrachtgevers is vanwege de tijd uiteindelijk één focusgroepbijeenkomst gehouden. Daarom is de vraagstelling aangepast en zijn de deelvragen weggelaten, omdat het onderzoek zich heeft gericht op één doelgroep.

De onderzoekers hebben in overleg met de opdrachtgevers ervoor gekozen om de bijeenkomst zelf te leiden. Dit was gezien de ervaringen van de onderzoekers een zwak punt doordat de onderzoekers niet eerder een focusgroepbijeenkomst hebben geleid. Tijdens de bijeenkomst waren een aantal deelnemers dominanter aanwezig dan anderen. Waarbij vaak geen antwoord werd gegeven op de vraag. En werden de vooraf gestelde huisregels niet gewaarborgd waardoor mensen door elkaar heen spraken en elkaar niet lieten uitspreken. Hierdoor is mogelijk informatie gemist.

In de literatuur staat beschreven dat voor een focusgroepbijeenkomst minimaal zes deelnemers tot maximaal tien deelnemers nodig zijn (Verhoeven, 2014).

De onderzoekers hebben in de praktijk ervaren dat een groep van zes deelnemers te groot is. Dit werd ervaren vanwege de samenstelling van de groep en de onervarenheid van de onderzoekers.

Vanwege de tijd is de topiclijst niet getest op een groep depressieve patiënten, maar geverifieerd door opdrachtgevers op accuraatheid van de vraagstelling. Dit verlaagt de interne validiteit van het onderzoek, omdat de deelnemers vragen anders hebben geïnterpreteerd dan werd bedoeld. Verder zijn niet alle zorgsubstituties aan het begin van de bijeenkomst toegelicht dit heeft ervoor gezorgd dat bepaalde zorgsubstituties anders zijn geïnterpreteerd door de deelnemers. Tevens zijn niet alle zorgsubstituties te sprake gekomen, omdat veel tijd in de introductie heeft gezeten en de deelnemers meer spraken over hun eigen ervaringen dan de onderwerpen die aanbod kwamen. Verder is haalbaarheid van de zorgsubstituties niet uitgevraagd. Tijdens het gesprek kwam acceptabelheid en wenselijkheid meer naar voren. Achteraf gezien is de haalbaarheid om een zorgsubstitutie in te zetten meer een vraag voor de verzekeraar en behandelaar.

Bij de analyse hebben de onderzoekers de codes in de transcriptie gegroepeerd naar hoofdthema's van de zorgsubstituties waarbij er subthema's zijn gevormd van de overige data. In de uitwerking van deze groepen is gekeken naar de belangrijkste thema's en hoe dit gerelateerd is naar de vraagstelling. Als extra hulpmiddel hebben de onderzoekers ook gebruik gemaakt van de One Sheet of Paper (OSOP) methode om de resultaten te ordenen naar thema's die opgesomd kunnen worden op één papier.

De onderzoekers kwamen er tijdens het analyseren van de data achter dat de deelnemers de zorgsubstitutie interapy zagen als een computer behandeling zonder persoonlijk contact met een behandelaar. Maar interapy is een blended vorm waarbij je zowel opdrachten doet via de computer en gespreksvoering hebt met de psychiater.

De onderzoekers zijn van mening dat onvoldoende gegevens verzameld zijn om een goede conclusie te schrijven. Omdat de conclusie gebaseerd is op één focusgroepbijeenkomst. Er is geen vergelijkings materiaal wat de resultaten betrouwbaarder maakt.

7.2 Inhoudelijke discussie

In deze paragraaf wordt in twee subparagrafen beschreven namelijk; de conclusie(s) in brede/maatschappelijke context en relatie tot innovatie van het verpleegkundige beroep.

7.2.1 De conclusie(s) in brede/maatschappelijke context

Depressie is een veelvoorkomende ziekte in Nederland (Verweij & Houben- van Herten, 2013), waarbij twintig procent van de bevolking het éénmalig kan krijgen. Dit is zes procent van de Nederlandse bevolking (Lange et al., 2005).

Depressie komt met grote ziektelast en hoge zorgkosten (Verweij et al., 2013; Lokkerbol et al., 2013), hierdoor is er vraag naar werkzame kortdurende behandelingen (Lange et al., 2005). Uit de conclusie is gebleken dat de behandelingen antidepressiva met praktijkondersteuner huisarts GGZ, interapy en mindfulness wenselijk is.

Vanuit de Depressie Vereniging, (z.d.) staat beschreven dat de praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg als functie erbij is gekomen om patiënten met psychische problemen sneller te helpen. Een praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg heeft meer tijd voor de patiënt om dieper in te gaan op vragen dan de huisarts. Ook is de praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg er om te voorkomen dat de huisarts te snel de patiënt doorverwijst naar een gespecialiseerde ggz instelling. Tevens kan de praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg een kortdurende behandeling geven. Dit komt overeen met de conclusie om de depressieve patiënt snel te helpen zonder opgenomen te worden in een ggz instelling. Ook komt het overeen met het belang om depressieve patiënten het gevoel te geven dat er naar hen geluisterd wordt en dat er tijd is om vragen te stellen.

Interapy, (z.d.) beschrijft dat interapy gelijk gestart kan worden mits het aansluit bij de klachten van de patiënt. Dit sluit aan bij de conclusie dat deelnemers graag zouden willen zien dat er direct hulp beschikbaar komt voor depressieve patiënten, dit benoemde zij alleen bij de zorgsubstitutie antidepressiva met praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg.

Psychische gezondheid, (2016). beschrijft dat mindfulness helpt bij het accepteren van wat je op dat moment voelt, dit draagt bij dat mensen bewuster leven en minder piekeren. Het wordt toegepast bij mensen met recidieve depressie. Dit komt overeen met de conclusie dat het voor depressieve patiënten belangrijk is om rust en regelmaat te creëren.

De uitkomsten van dit onderzoek biedt aanknopingspunten en aanbevelingen voor decision makers zoals verzekeraars die zorg inkopen bij zorginstellingen voordat een substitutie wordt geïmplementeerd in de praktijk.

7.2.2 De relatie tot innovatie van het verpleegkundige beroep.

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat er aspecten zijn die de deelnemers missen in de zorg. Uit deze aspecten zijn er delen te benoemen die vervuld kunnen worden vanuit het verpleegkundig beroep. De verpleegkundige heeft een steunende rol voor de patiënt om de eigen regie op te pakken voor zover dit haalbaar is voor de patiënt. De verpleegkundige steunt bij het verdedigen van het eigen belang van de patiënt en het uiten van vragen. Daarbij kan de verpleegkundige een afweging maken tussen de mogelijkheden, kosten en verwachtingen van de patiënt (V&Vn, 2012). Dit komt overeen met het beschikbaar maken van hulp voor de patiënt en het bewaken van de zorgproces wat staat beschreven bij de praktijkondersteuner huisarts-geestelijke gezondheidszorg.

Daarnaast kan de verpleegkundige bij gedragstherapeutische interventies de patiënt helpen met het registreren van activiteiten van de patiënt en dit verwerken tot een activiteitenrapport. Van dat rapport wordt een activiteitenplan opgesteld samen met de patiënt. Dit kan een dag- of weekprogramma zijn wat toegespitst is op de thuissituatie. (Richtlijndatabase, 2013). Dit komt overeen met het helpen van de patiënt in het vinden van regelmaat en eventueel een hobby als dit een wens is van de patiënt. Verder kan de verpleegkundige de patiënt de gelegenheid geven om gevoelens te uiten, aandacht en belangstelling te geven en te luisteren naar de patiënt. Het bevorderen van de therapietrouw door te observeren en begeleiden van medicatiegebruik en controle op bijwerkingen. Verder het waken van het niveau van zelfzorg, slaap-waakritme, lichamelijke conditie, vochthuishouding en voedingstoestand (Zorgverbeter, 2016). Dit komt overeen met de patiënt het gevoel geven dat er geluisterd wordt. Verder het ondersteunen van leefstijlverandering wat staat beschreven bij de zorgsubstitutie mindfulness. en het begeleiden bij het gebruik van medicatie om de therapietrouw te ondersteunen van de patiënt wat wordt benoemd bij de zorgsubstitutie van de praktijkondersteuner huisarts-geestelijke gezondheidszorg.

De onderzoekers hebben geconstateerd dat de zorgsubstituties niet door verpleegkundige wordt uitgevoerd. Behalve de praktijkondersteuner huisarts-geestelijke gezondheidszorg die een gespecialiseerde verpleegkundige kan zijn. Het is belangrijk om de rol van de verpleegkundige binnen de zorgsubstituties te bekijken en hoe de verpleegkundige kan bijdragen aan de zorg voor depressieve patiënten op een kosteneffectieve basis.

De onderzoeksvraag luidt: *Wat vinden patiënten met depressie (DSM V) van de acceptatie en gewenstheid van de vooraf geselecteerde zorgsubstituties voor depressie (bijlage 1).* Uit dit onderzoek is gebleken dat de zorgsubstituties praktijkondersteuner huisarts-geestelijke gezondheidszorg, interapy en mindfulness wenselijk zijn. Maar om een betrouwbaarder resultaat te verkrijgen is er meer onderzoek nodig naar die vooraf geselecteerde zorgsubstituties.

In dit hoofdstuk zijn de sterke en zwakke punten van het onderzoek beschreven in de methodologische discussie. En in de inhoudelijke discussie de brede en maatschappelijke context en de relatie tot het verpleegkundig beroep beschreven. Dit is het einde van het onderzoeksverslag. Hierna volgt de bibliografie en de bijlagen.

Bibliografie

Adfstichting. (z.d.). *Cognitieve gedragstherapie*. Opgevraagd op 15 januari van <https://adfstichting.nl/over-angst-en-dwang/cognitieve-gedragstherapie/>

Adfstichting. (z.d.). *Medicijnen*. Opgevraagd op 15 januari van <https://adfstichting.nl/medicijnen/>

Ahern, D., Kreslake, J., & Phalen, J. (2006). What is eHealth: Perspectives on the Evolution of eHealth Research. Boston, USA: Health e-Technologies Initiative, Brigham and Women's Hospital, 8, (1), doi: 10.2196/jmir.8.1.e4

Apple. (2017). *FaceTime gebruiken op een iPhone, iPad of iPod touch*. Opgevraagd op 17-01-2018 van <https://support.apple.com/nl-nl/HT204380>

Bakker, J. H. (2016). *Therapietrouw van ervaren belang naar gedeeld belang. Verkenning in opdracht van het Ministerie van VWS*. Opgevraagd op 24 oktober 2017 van https://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j4nvgs5kjg27kof_j9vvij5epmj1ey0/vk14p1ga7pzb/f=/blg671330.pdf

Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K. & Saveman, B. (2008). Nurses Attitudes about the Importance of Families in Nursing Care; a survey of Swedish Nurses. *Journal of Family Nursing* 14, (2), p. 162-180.

Cox, K., Louw, de, D., Verhoef, J. & Kuiper, C. (2012). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers

Cuijpers, P., Donker, T., Straten van, A., Yuan, L., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40, (12), 43-57. doi: 10.1017/S0033291710000772

Depressievereniging. (z.d.). *Hulp vragen*. Opgevraagd op 14 januari 2018 van <http://www.depressievereniging.nl/hulp-vragen/>

DocPlayer. (n.d.). Handleiding focusgroep onderzoek. Opgevraagd op 30 oktober 2017 van <http://docplayer.nl/23194-Handleiding-focusgroep-onderzoek.html>

Encyclo. (2017). *Gewenst*. Opgevraagd op 30 oktober 2017 van <http://www.encyclo.nl/begrip/GEWENST>

Ensie. (2017). *Wat is de betekenis van "acceptabel"?*. Opgevraagd op 17 oktober 2017 van <https://www.ensie.nl/betekenis/acceptabel?q=acceptabel>

Ensie. (2018). *Versus*. Opgevraagd op 18 januari 2018 van <https://www.ensie.nl/redactie-ensie/versus>

EU Magazine. (2016). Flyers worden vaak onderschat. Opgevraagd op 30 van <http://eugames2014.eu/flyers-worden-vaak-onderschat/>

Ferreira, V. & Sherman, A. (2007). The relationship of optimism, pain and social support to well-being in older adults with osteoarthritis. *Aging and Mental Health*, 11, 89–98.

GGZ Nederland. (2013). *De ernst van depressie. Stand van zaken in Nederland*.

Opgevraagd op 18 oktober 2017 van

<http://www.ggz nederland.nl/uploads/publication/Factsheet%20depressie.pdf>

GGZ Nederland. (2014). Info over eHealth. Opgevraagd op 30 oktober 2017 van

<http://www.ggz nederland.nl/actueel/ggz-nederland-en-e-hulp-nl-werken-samen-aan-opscaling-e-health>

Hulpguids. (2017). *Depressieve stoornis*. Opgevraagd op 19 september 2017 van

<http://hulpguids.nl/informatie/ziektebeelden/depressieve-stemmingsstoornissen/depressie/depressieve-stoornis-dsm-5.html>

Hung, M., Bounsanga, J., Voss, M.W., Crum, A.B., Chen, W. & Birmingham, W.C. (2015)

The relationship between family support; pain and depression in elderly with arthritis.

Psychology, Health & Medicine, 22, (1), 75-86. doi: 10.1080/13548506.2016.1211293

Interapy. (z.d.). *Voordelen*. Opgevraagd op 14 januari 2018 van

<https://www.interapy.nl/voordelen>

Kaakinen, J.R., Padgett patienten, D., Steele, R., Tabasco, A. & Harmon Hanson, S.M.

(2015). *Family Health Care Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Kiers, B. (2017). *Financierbaarheid ggz, jeugdzorg en Wmo staat onder druk*. Opgevraagd op 13 oktober 2017 van

<https://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2017/4/Financierbaarheid-ggz-jeugdzorg-en-Wmo-staat-onder-druk>

KNMG. (2017). *Informed consent*. Opgevraagd op 16 november 2017 van

<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/informed-consent.htm>

Korevaar, L., & Droës, J. (2009). *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.

Regenmortel, v. T. (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en

moderne zorg. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 18, (4), 22-42.

doi:10.18352/jsi.186

Lange, A., Vermeulen, H., Renckens, C.H, Schrijver, M., Ven, J.P. van de, Schrieken, B. &

Dekker, J. (2005) De geprotocolleerde Interapy-behandeling van depressie via het internet;

resultaten van een gerandomiseerde trial. *Dth*, 25, (1), p. 27-50. Opgevraagd op 18 oktober

2017 van <http://www.interapy.nl/ontwikkeling/wetenschap/depressie-wetenschap/2012/07/12/de-geprotocolleerde-interapy-behandeling-van-depressie-via-het-internet>

<http://www.interapy.nl/ontwikkeling/wetenschap/depressie-wetenschap/2012/07/12/de-geprotocolleerde-interapy-behandeling-van-depressie-via-het-internet>

Lokkerbol, J., Adema, D., Cuijpers, P., Reynolds, C., Schulz, R., Weehuizen, R. & Smit, F. (2013). Improving the Cost-Effectiveness of a Healthcare System for Depressive Disorders by Implementing Telemedicine: A Health Economic Modeling Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 22, (3), p. 253-262.

Lokkerbol, J., Weehuizen, R., Mavranouzouli, I., Mihalopoulos, C. & Smit, F. (2014). Mental health care system optimization from a health-economics perspective: where to sow and where to reap?. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 17, (2), p.51-60.

Mbct trainingen. (z.d.) *Wat is mindfulness based cognitive therapie?*. Opgevraagd op 15 januari 2018 van <http://www.mbcttrainingen.nl/mindfulness.html>

Mentaalbeter. (z.d.). *Wat doet de POH-GGZ?*. Opgevraagd op 15 januari 2018 van <https://www.mentaalbeter.nl/items/nl-NL/FAQ/Wat-doen-onze-zorgverleners/POH-GGZ>

Moules, N.J. & Tapp, D.M. (2012). Enlivening the Rhetoric of Family Nursing: “there, in the midst of things, his whole family listening”. *Journal of Applied Hermeneutics*, article 2.

Noorlander, R. & Niet, G. de. (2010) De therapeutische relatie als middel tegen therapie ontrouw bij depressie. *Psychopraktijk*, 2, (1), 15-17. doi: 10.1007/1248401000056

Offringa, M., Assendelft, W. & Scholten, R. (2008). *Inleiding in evidence based medicine – klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Poortinga, E. (z.d.). *Focusgroep: definitie, doel en onderbouwing van de methode*. Opgevraagd op 18 oktober 2017 van <https://www.studiemeesters.nl/studietips/de-focusgroep-definitie-doel-en-onderbouwing-van-de-methode/>

Poortinga, E. (z.d.). *Focusgroep uitvoeren: 5 tips voor een goed groepsgesprek*. Opgevraagd op 18 oktober 2017 van <https://www.studiemeesters.nl/studietips/focusgroep-uitvoeren-5-tips-voor-een-goed-groepsgesprek/>

Psychische gezondheid. (2016). *Mindfulness helpt ook bij actuele depressie*. Opgevraagd op 14 januari 2018 van https://www.psychischegezondheid.nl/action/newsitem_reaction/775/Mindfulness-helpt-ook-bij-actuele-depressie.html

RGOC. (2015). *Doelmatigheid*. Opgevraagd op 03 oktober 2013 van <http://rgoc.nl/#home/onderzoek/samenvattingen/onderzoek/doelmatigheid>

RGOC. (z.d.) *Over Rob Giel*. Opgevraagd op 03 oktober 2017 van [http://rgoc.nl/#home/over-het-rgoc/over Rob Giel](http://rgoc.nl/#home/over-het-rgoc/over-Rob-Giel)

Richtlijnendatabase. (2013). *Combinatiebehandeling bij depressie*. Opgevraagd op 15 januari 2018 van https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/depressie/combinatiebehandeling_bij_depressie.html

Richtlijndatabase. (2013). *Interventies door verpleegkundigen bij depressie*. Opgevraagd op 15 januari 2018 van https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/depressie/ondersteunende_interventies_bij_depressie/v_erpleegkundige_interventies_bij_depressie.html

Rijksoverheid. (2013) *Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017*. Opgevraagd op 30 oktober 2017 van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-geestelijke-gezondheidszorg-2014-2017>

Rijksoverheid. (2014). *Info over het Bestuurlijk akkoord GGZ 2014-2017*. Opgevraagd op 30 oktober 2017 van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-geestelijke-gezondheidszorg-2014-2017.html>

Ruwaard, J., Lange, A., Schrieken, B., Emmelkamp, P. (2011) Efficacy and effectiveness of online CBT: A decade of Interapy research. Annual review of cybertherapy and telemedicine 2011: advanced technologies in behavioral, social and neurosciences, 167, (1), p. 9-14. Opgevraagd op 18 oktober 2017 van <http://www.interapy.nl/ontwikkeling/wetenschap/algemeen-wetenschap/2012/07/12/efficacy-and-effectiveness-of-online-cbt-a-decade-of-interapy-research>

Ruwaard, J., Schrieken, B., Schrijver, M., Broeksteeg, J., Dekker, J., Vermeulen, H. & Lange, A. (2008). Standardized Web-Based Cognitive Behavioural Therapy of Mild to Moderate Depression: A Randomized Controlled Trial with a Long-Term Follow-Up. Cognitive Behaviour Therapy. 38, (4), 206-221. doi: 10.1080/16506070802408086

Scholten, P. (2011). *Handleiding Focusgroepen*. Opgevraagd op 04 oktober 2017 van <http://www.valuegame.org/uploads/Handleiding%20Focusgroep.pdf>

Thoughtco. (2017). *What Is a Snowball Sample in Sociology?*. Opgevraagd op 16 januari 2017 van <https://www.thoughtco.com/snowball-sampling-3026730>

Tiemens, B., Meijel, van, B. (2012). Familie-interventies bij patiënten met een ernstige psychische aandoening. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice* October 2012, 10, (4), p. 9–11.

Timmer, S. (2011). *eHealth in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma Uitgevers

Verweij, G. & Houben-van Herten, M. (2013). *Depressiviteit en antidepressiva in Nederland*. Opgevraagd op 30 oktober 2017 van <https://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/EC2DE714-FF8E-4CB2-BE83-77FB67AF8094/0/20131203b12art.pdf>

V&vn.(2012). *Beroepsprofiel*

verpleegkundige: Welke ontwikkelingen zien verpleegkundigen?. Opgevraagd op 15 januari 2018 van

https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf

Willems, D., Zwieten, van, M. (2004). *Waardering van kwalitatief onderzoek*. Opgevraagd op 15 oktober 2017 van <https://www.henw.org/archief/volledig/id2715-waardering-van-kwalitatief-onderzoek.html#betrouwbaarheidvaliditeitsmatenvoorobjectiviteit>

Zorgonline amstelveen. (2018). *Interapy*. Opgevraagd op 15 januari 2018 van <https://www.zorgonlineamstelveen.nl/organisatie?organisatieid=4735&bron=invis2>

Zorgvoorbeter. (2016). *Thema: depressie, Ondersteunen van cliënten met depressieve klachten*. Opgevraagd op 15 januari 2018 van

<http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Depressie-Praktijk-Acties-Begeleiding.html>

Zyrianova, Y., Kelly, B., Gallagher, C., McCarthy, C., Molloy, M., Sheehan, J., & Dinan, T. (2006). Depression and anxiety in rheumatoid arthritis: The role of perceived social support. *Irish Journal of Medical Science*, 175, 32–36. doi:10.1007/BF03167946

Bijlage 1. Topiclijst

Vanuit het onderzoek van Lokkerbol et. al. (n.d.) zijn er topics samengesteld. Deze topics vormen de basis voor de focusgroep gesprekken. De topiclijst bestaat uit thema's met daarin een aantal sub-vragen. De topics ondersteunt de sub-vragen en bieden structuur in het focusgroep gesprek. Het sterretje (*) verwijst naar de zorgsubstituties in tabel 1. Deze interventies worden tegenover elkaar gezet. De topiclijst is van toepassing op de (ex)patiënten.

Topics:

A. Ervaringen en bekendheid

- Zijn jullie bekend met de interventies* ?
- Moet er nog iets toegelicht worden?
- Zijn er mensen die ervaringen hebben met deze interventies* ? (niet te lang bij stilstaan)

Per substitutie paar

Paar 1: Interapy vs. Individuele CBT

- Wat vindt je van de substitutie?
- Wat verwachten jullie als voorde(e)l(en) van het vervangen van dit interventie, voor het andere? En waarom denk je dat?
- Wat verwachten jullie als nade(e)l(en) van het inzetten van deze interventies? En waarom denk je dat?
- Zijn de interventies geschikt voor de hele patiëntenpopulatie? Of alleen geschikt voor bepaalde groepen?
- Kunnen wij de gehele patiëntengroep bereiken door de substitutie?
- Is de substitutie acceptabel? Zo niet, wat moet er gewijzigd/rekening gehouden worden om het wel acceptabel te maken?
- Is het geschikt voor zowel milde/matige depressie? Waarom wel/niet?

Paar 2: Pharmacotherapie 3 tot 6 maanden vs. Individuele CBT

- Wat vindt je van de substitutie?
- Wat verwachten jullie als voorde(e)l(en) van het vervangen van dit interventie, voor het andere? En waarom denk je dat?
- Wat verwachten jullie als nade(e)l(en) van het inzetten van deze interventies? En waarom denk je dat?
- Zijn de interventies geschikt voor de hele patiëntenpopulatie? Of alleen geschikt voor bepaalde groepen?
- Kunnen wij de gehele patiëntengroep bereiken door de substitutie?
- Is de substitutie acceptabel? Zo niet, wat moet er gewijzigd/rekening gehouden worden om het wel acceptabel te maken?

10 min pauze.

Paar 3: Antidepressiva medicatie (12 maanden) vs. Individuele psychotherapie (8-24 sessies)

- Wat vindt je van de substitutie?
- Wat verwachten jullie als voorde(e)l(en) van het vervangen van dit interventie, voor het andere? En waarom denk je dat?
- Wat verwachten jullie als nade(e)l(en) van het inzetten van deze interventies? En waarom denk je dat?
- Zijn de interventies geschikt voor de hele patiëntenpopulatie? Of alleen geschikt voor bepaalde groepen?
- Kunnen wij de gehele patiëntengroep bereiken door de substitutie?
- Is de substitutie acceptabel? Zo niet, wat moet er gewijzigd/rekening gehouden worden om het wel acceptabel te maken?

Paar 4: Antidepressiva medicatie (12 maanden) vs. Combinatietherapie

- Wat vindt je van de substitutie?
- Wat verwachten jullie als voorde(e)l(en) van het vervangen van dit interventie, voor het andere? En waarom denk je dat?
- Wat verwachten jullie als nade(e)l(en) van het inzetten van deze interventies? En waarom denk je dat?
- Zijn de interventies geschikt voor de hele patiëntenpopulatie? Of alleen geschikt voor bepaalde groepen?
- Kunnen wij de gehele patiëntengroep bereiken door de substitutie?
- Is de substitutie acceptabel? Zo niet, wat moet er gewijzigd/rekening gehouden worden om het wel acceptabel te maken?

Paar 5: Antidepressiva medicatie + POH vs. Individuele psychotherapie (8-24 sessies)

- Wat vindt je van de substitutie?
- Wat verwachten jullie als voorde(e)l(en) van het vervangen van dit interventie, voor het andere? En waarom denk je dat?
- Wat verwachten jullie als nade(e)l(en) van het inzetten van deze interventies? En waarom denk je dat?
- Zijn de interventies geschikt voor de hele patiëntenpopulatie? Of alleen geschikt voor bepaalde groepen?
- Kunnen wij de gehele patiëntengroep bereiken door de substitutie?
- Is de substitutie acceptabel? Zo niet, wat moet er gewijzigd/rekening gehouden worden om het wel acceptabel te maken?

Paar 6: Antidepressiva medicatie + POH vs. Antidepressiva medicatie (12 maanden)

- Wat vindt je van de substitutie?
- Wat verwachten jullie als voorde(e)l(en) van het vervangen van dit interventie, voor het andere? En waarom denk je dat?
- Wat verwachten jullie als nade(e)l(en) van het inzetten van deze interventies? En waarom denk je dat?
- Zijn de interventies geschikt voor de hele patiëntenpopulatie? Of alleen geschikt voor bepaalde groepen?
- Kunnen wij de gehele patiëntengroep bereiken door de substitutie?
- Is de substitutie acceptabel? Zo niet, wat moet er gewijzigd/rekening gehouden worden om het wel acceptabel te maken?

Paar 7: Antidepressiva medicatie + POH vs. Combinatietherapie

- Wat vindt je van de substitutie?
- Wat verwachten jullie als voorde(e)l(en) van het vervangen van dit interventie, voor het andere? En waarom denk je dat?
- Wat verwachten jullie als nade(e)l(en) van het inzetten van deze interventies? En waarom denk je dat?
- Zijn de interventies geschikt voor de hele patiëntenpopulatie? Of alleen geschikt voor bepaalde groepen?
- Kunnen wij de gehele patiëntengroep bereiken door de substitutie?
- Is de substitutie acceptabel? Zo niet, wat moet er gewijzigd/rekening gehouden worden om het wel acceptabel te maken?

Paar 8: Combinatietherapie vs. Individuele psychotherapie (8-24 sessies)

- Wat vindt je van de substitutie?
- Wat verwachten jullie als voorde(e)l(en) van het vervangen van dit interventie, voor het andere? En waarom denk je dat?
- Wat verwachten jullie als nade(e)l(en) van het inzetten van deze interventies? En waarom denk je dat?
- Zijn de interventies geschikt voor de hele patiëntenpopulatie? Of alleen geschikt voor bepaalde groepen?
- Kunnen wij de gehele patiëntengroep bereiken door de substitutie?
- Is de substitutie acceptabel? Zo niet, wat moet er gewijzigd/rekening gehouden worden om het wel acceptabel te maken?

Paar 9: Mindfulness CT vs. Continuatie medicatie (12 maanden)

- Wat vindt je van de substitutie?
- Wat verwachten jullie als voorde(e)l(en) van het vervangen van dit interventie, voor het andere? En waarom denk je dat?
- Wat verwachten jullie als nade(e)l(en) van het inzetten van deze interventies? En waarom denk je dat?
- Zijn de interventies geschikt voor de hele patiëntenpopulatie? Of alleen geschikt voor bepaalde groepen?
- Kunnen wij de gehele patiëntengroep bereiken door de substitutie?
- Is de substitutie acceptabel? Zo niet, wat moet er gewijzigd/rekening gehouden worden om het wel acceptabel te maken?

Paar 10 Mindfulness CT vs. Cognitieve gedragstherapie

- Wat vindt je van de substitutie?
- Wat verwachten jullie als voorde(e)l(en) van het vervangen van dit interventie, voor het andere? En waarom denk je dat?
- Wat verwachten jullie als nade(e)l(en) van het inzetten van deze interventies? En waarom denk je dat?
- Zijn de interventies geschikt voor de hele patiëntenpopulatie? Of alleen geschikt voor bepaalde groepen?
- Kunnen wij de gehele patiëntengroep bereiken door de substitutie?
- Is de substitutie acceptabel? Zo niet, wat moet er gewijzigd/rekening gehouden worden om het wel acceptabel te maken?

Paar 11 IPT vs. Continuatie medicatie (12 maanden)

- Wat vindt je van de substitutie?
- Wat verwachten jullie als voorde(e)l(en) van het vervangen van dit interventie, voor het andere? En waarom denk je dat?
- Wat verwachten jullie als nade(e)l(en) van het inzetten van deze interventies? En waarom denk je dat?
- Zijn de interventies geschikt voor de hele patiëntenpopulatie? Of alleen geschikt voor bepaalde groepen?
- Kunnen wij de gehele patiëntengroep bereiken door de substitutie?
- Is de substitutie acceptabel? Zo niet, wat moet er gewijzigd/rekening gehouden worden om het wel acceptabel te maken?

Paar 12 Cognitieve gedragstherapie vs. Continuatie medicatie (12 maanden)

- Wat vindt je van de substitutie?
- Wat verwachten jullie als voorde(e)l(en) van het vervangen van dit interventie, voor het andere? En waarom denk je dat?
- Wat verwachten jullie als nade(e)l(en) van het inzetten van deze interventies? En waarom denk je dat?
- Zijn de interventies geschikt voor de hele patiëntenpopulatie? Of alleen geschikt voor bepaalde groepen?
- Kunnen wij de gehele patiëntengroep bereiken door de substitutie?
- Is de substitutie acceptabel? Zo niet, wat moet er gewijzigd/rekening gehouden worden om het wel acceptabel te maken?

Voorbeeldvragen voor de (ex)patiënt:

- *Wat zouden jullie ervan vinden als jullie meer antidepressiva medicatie met ondersteuning van de huisarts zouden krijgen in plaats van individuele psychotherapie? En waarom vinden jullie dat?*

Tabel 1: substituties op basis van het aangepaste model van DepMod

	Investeren in:	De-investeren in:
Behandeling: Milde depressie	Interapy	Individuele CGT
Behandeling: Gematigde depressie	Interapy	Individuele CGT
Behandeling : Gematigde depressie	Pharmacotherapie (3-6 maanden)	Individuele CGT
Behandeling: Ernstige depressie	Antidep. medicatie (12 maanden)	Individuele psychotherapie (8-24 sessies)
Behandeling: Ernstige depressie	Antidep. medicatie (12 maanden)	Combinatietherapie
Behandeling: Ernstige depressie	Antidep medicatie + Praktijk-ondersteuning huisarts	Individuele psychotherapie (8-24 sessies)
Behandeling : Ernstige depressie	Antidep medicatie + Praktijk-ondersteuning huisarts	Antidep. medicatie (12 maanden)
Behandeling: Ernstige depressie	Antidep medicatie + Praktijk-ondersteuning huisarts	Combinatietherapie
Behandeling: Ernstige depressie	Combinatietherapie	Individuele psychotherapie (8-24 sessies)
Preventie: Recidieve depressie	Mindfulness (C) therapie	Continuatie med. (12 maanden)
Preventie: Recidieve depressie	Mindfulness (C) therapie	Cognitieve gedragstherapie
Prevention: Recidieve depressie	Interpersoonlijke Psychotherapie	Continuatie med. (12 maanden)
Prevention: Recidieve depressie	Cognitieve gedragstherapie	Continuatie med. (12 maanden)

**De zorgsubstituties zijn aangepast aan de noord-nederlandse regio.*

Bijlage 3. De flyer

OPROEP CLIËNTENPARTICIPATIE

Ervaring met behandeling voor depressie?
Dan zijn wij op zoek naar jou!

Binnen het IMPROVE-onderzoek kijken we naar hoe behandeling voor depressie zo goed en zo betaalbaar mogelijk kan worden ingezet. We hebben een aantal depressiebehandelingen in de GGZ op een rij gezet waarmee we de GGZ effectiever of juist goedkoper zouden kunnen maken.

Graag gaan we in gesprek met cliënten en naasten die bekend zijn met verschillende behandelingen voor depressie. In hoeverre zijn deze behandelingen gewenst en acceptabel? Wij zijn benieuwd naar jouw mening!

Voor wie? Cliënten en naasten die bekend zijn met verschillende depressiebehandelingen.
Hoe? Deelname aan een focusgroep. Hiervoor ontvang je een kleine vergoeding.
Waar en wanneer? Voor cliënten: UMCG, 14 december 2017 van 15:00 tot 17:00 uur
Voor naasten: UMCG, 11 december 2017 van 14:00 tot 16:00 uur

Aanmelden of meer informatie? Neem uiterlijk 7 december contact op met Meike Bak, m.bak@umcg.nl of 050-361 4181

Indien je graag deel wilt nemen, maar op bovenstaande datum verhinderd bent, horen wij dit graag.

Wij hopen op jouw deelname!



Bijlage 4. Informed consent

Informed consent

[Naam deelnemer]

.....

en

[Studenten Hanzehogeschool Groningen]

Alleluya Uwase en Mawahib Mohamed

Verklaren dat:

1. De deelnemer uit oogpunt van bescherming van zijn/haar persoonlijke levenssfeer geen bezwaar heeft, dat gegevens worden gebruikt voor het onderzoek "[naam onderzoek]" over de wenselijkheid en passendheid van verschillende depressie behandelingen Na het onderzoek worden alle gegevens vernietigd.
2. Het recht op privacy ook inhoudt, dat de deelnemer het recht heeft zich terug te trekken uit het onderzoek. De deelnemer mag de privacy van anderen niet schenden door gegevens van andere deelnemers te verspreiden.
3. De studenten geen informatie over u aan andere personen of instanties geven, zonder schriftelijke toestemming van de deelnemer. De gegevens worden geanonimiseerd verwerkt, hetgeen betekent dat de informatie niet te herleiden is naar de individuele deelnemers.
4. De deelnemer geen bezwaar heeft tegen audio opname van de focusgroepsbijeenkomst. De opnames worden na het analyseren van de gegevens vernietigd.
5. Dat de deelnemer uit oogpunt van bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer geen bezwaar heeft tegen, het aanleveren van gegevens aan het Rob van Giel Onderzoekscentrum, verkregen in het afstudeeronderzoek van A. Uwase en M. Mohamed.

Plaats:

Datum:

Handtekening cliënt

Handtekening *M. Mohamed & A. D. Uwase*

.....

Bijlage 5. Anti-plagiaatverklaring



Hierbij verklaren wij, dat wij bijgevoegd werkstuk zelfstandig en zonder gebruik van andere dan de door ons aangegeven bronnen en hulpmiddelen gemaakt hebben. Alle passages in het werkstuk die letterlijk of inhoudelijk uit gepubliceerde en niet gepubliceerde teksten overgenomen zijn, hebben wij kenbaar gemaakt door middel van noten. Dit werkstuk is in deze of vergelijkbare vorm nog niet eerder ter beoordeling aangeboden.

Groningen, 19 - 01 -2017

Naam student 1:

Handtekening student 1:

Alleluya Uwase

Naam student 2

Handtekening student 2:

Mawahib Mohamed

Bijlage 6. Safe Assignment

HVV.0906.VTAFSU3 - U3 VOLTijd/DEELTijd

>

Afstudeeronderzoek (verslag)

Mawahib Mohamed M on Thu, Jan 18 2018,
3:12 PM

9% highest match

Submission ID: d8934392-775d-4dd6-ac31-
2c37d261d6c0

Bachelor onderzoeks...

Word Count: 14,572

Attachment ID: 195477306

9%

Bijlage 7. Planning onderzoeksverslag (U3)

Deze bijlage bevat de planning van de gehele onderzoeksperiode (U3).

Datum	Onderwerp
Week 1 11-09-2017 t/m 17-09-2017	14-09-2017: Kennismaking docentbegeleidster Elly Schoemaker.
Week 2 18-09-2017 t/m 24-09-2017	Oriëntatiefase en schrijven van de inleiding.
Week 3 25-09-2017 t/m 01-10-2017	- 27-09-2017: Kennismaking opdrachtgevers Mw. Kan en Mw. Jörg. - Oriëntatiefase en start schrijven van de inleiding. - Start formuleren van de doelstelling, vraagstelling en deelvragen.
Week 4 02-10-2017 t/m 08-10-2017	Start schrijven theoretische kader.
Week 5 09-10-2017 t/m 15-10-2017	Start schrijven van het onderzoeksmethodiek.
Week 6 16-10-2017 t/m 22-10-2017	Start schrijven van kwaliteits onderbouwing (validiteit en betrouwbaarheid).
Week 7 23-10-2017 t/m 29-10-2017	Deadline conceptversie.
Week 8 30-10-2017 t/m 05-11-2017	Inleveren onderzoeksvoorstel.
Week 9 06-11-2017 t/m 12-11-2017	Eventueel inleveren tweede versie onderzoeksvoorstel.
Week 10 13-11-2017 t/m 19-11-2017	Start flyeren
week 12 27-11-2017 t/m 03-12-2017	Start dataverzameling
week 13 & 14 4-12-2017 t/m 17-12-2017	Data-analyse
Week 15 18-12-2017 t/m inleverdatum	Start onderzoeksverslag schrijven (resultaten, discussie, conclusie, evt. aanbevelingen).
19 januari 2018	Deadline onderzoeksverslag, voor 17.00 uur inleveren.

Bijlage 8. Uitwerking OSOP (one sheet of paper) methode.

Analyse focusgroep 14-12-2017 zorgsubstituties		
Code groep: AD vs. Combinatietherapie		
Quote/steekwoorden	Resp. nummer	Quote nummer
Initiele code AD vs. Combinatietherapie als substitutie		
"Als je depressief bent, suïcidaal bent dan wil je maar één ding, dan is veel pillen. Ja want dat is uiteindelijk de uitweg."	D6	3 187
"Ik denk zelfs dat er heel veel geld te winnen is als de patiënt een of ander therapietje of contra."	D6	3 187
"Ik denk als ik mij behandelingen had moeten verbinden met trouw zijn aan pillen wat ik kreeg dat het misschien anders gelopen was."	D6	3 187
"Medicatie is wel iets, kan ja wel een goeie boots geven zegmaar. Ik denk van grensbewaring wel belangrijk is."	D3	1 180
"Iemand die eenmalig ernstig depressief is, daar moet je dus inzetten op begeleiding van die medicatie."	D6	1 182

Analyse focusgroep 14-12-2017 zorgsubstituties

Code groep: Mening uitruil behandelingen

Quote/steekwoorden	Resp. nummer	Quote nummer
Nieuwe code Mening: IHT GGZ		
Geen opname, maar thuis hulp.	D1	3 181
Home treatment	D1	3 181
Erg kostenbesparend	D6	3 181
Afbouwen bedden (wel opname voor iemand die ernstig psychotisch is).	D6	3 181
"Ik weet niet hoe dat bij Lentis is, maar toen ik daar weg ging was dat er nog niet."	D6, D2	3 181
Nieuwe code Mening: ondersteuning met leefstijl en regelmaat		
"Maar ik heb wel met uh heel wat met leefstijl en regelmaat. En hulp bij die regelmaat. En ondersteuning erbij."	D6	1 142
"Niet alleen maar wel altijd goeie ondersteuning."	D1	1 142
"Deze mensen moeten rust en regelmaat en uh.."	D5	1 178
"Er zat geen enkele beweging in en ook helemaal niets. En de maatschappij biedt ze ook niks."	D5	1 178
"En ik ben nuttig voor iemand. Ik doe iets."	D2	1 178
"Bijna alle XXX doen daar aan mee en al die mensen zijn helemaal blij met die dagbesteding. Dat soort eenvoudige dingen."	D6	1 178
"Ik denk dan eventueel hulp of begeleiding bij het vinden van interesse of een hobby."	D2	1 183
Nieuwe code Mening: beweging		
"Mijn laatste lange opname was in XXXX. Toen werd ik een jaar opgenomen. Toen was er al beweging maar, het was facultatief. Dan denk je dat je beweging deed, maar dat wa	D6	1 142
"Ik mis hier, ik mis hier in al die dingen uhh één ondersteunende behandeling die iedereen kan toepassen en dat is beweging."	D1	3 184
"Maar bewegen heeft u helemaal gelijk."	D5	3 184
"Ik zie inderdaad bewegen hier niet op terug komen en ook iets van arbeidstherapie. Zie ik hier ook niet op terugkomen."	D3	3 184
Nieuwe code Mening: intake gesprek psychiater		
"Ik denk wel, stel dat ik in een depressie zal raken. Stel.. dan wil ik, niet weer dat hele intakegesprek doen en niet weer psychiater die alles moet weten van mijn vijftiende tot €	D6, D2	1 172
"Ik weet gewoon dat een hele hoop psychiaters zich niet van te voren goed inlezen."	D4, D6, D5	1 172
"Die gaan opnieuw deal uitvinden. Ik denk van ja, ik heb die papieren van mijzelf destijds ruim alles mee. Dan zeggen ze, er is een rapport geschreven wat ik hebben moest, ver	D4	1 172
"Ik denk van, hoeveel geld kun je verspillen als je dat gaat doen."	D4, D6	1 172
Nieuwe code Mening: economisch model		
"Ik vind eigenlijk persoonlijk niet dat je dat met appel en peren te vergelijken is."	D6	1 172
"Ik zou zo graag willen dat hulpverlening die nu bij de gemeente zit weer terug ging naar het centrum uh uh CIZ."	D6	1 178
"Dus ik ik nogmaals, er wordt gekeken naar individuele therapie. En dat is ook onzin want, het gaat om de samenhang. Bij de ene mens heb je andere groepering voor een mod	D5	1 172
"Ik vind het wel gevaarlijk om zo, nou ja, vanuit die economische 'blbl' opzichte. Het is inderdaad niet zo dat je alle mensen kan helpen."	D3	1 172
"Maar ik zou meer inderdaad naar iets kijken dat werkt voor wie in welke omstandigheden en dan vervolgens daarna een keer naar geld kijken."	D3	1 172
"Het sneller ingrijpen van, veel belangrijker is dan als maar laten aan rommelen."	D5	1 172
"De zorg kost natuurlijk heel veel geld."	D4	1 172

Analyse focusgroep 14-12-2017 zorgsubstituties

Code groep: Mindfulness

Quote/steekwoorden	Resp. nummer	Quote nummer
Initiele code Mindfulness als substitutie		
"Ik heb heel veel baat gehad bij mindfulness en compassie."	D6	3 181
"Ik mocht van menzis voor 400 euro geldt besteden aan zo'n AIJ kuur. Maar ik mocht geen mindfulness cursus doen."	D6	3 181
"Mijn ervaringen zijn toch wel wat anders van, bij ons zijn de zorgpaden heel erg ontwikkeld. En overal is nu een zorgpad voor, en het gevaar bestaat dat je dan automatisch het	D1	3 181

Analyse focusgroep 14-12-2017 zorgsubstituties

Code groep: Familie ondersteuning

Quote/steekwoorden	Resp. nummer	Quote nummer
Initiele code Familie ondersteuning		
"Zij nooit heeft verteld dat zij een dochter heeft die depressief is. Als ik bij een psychiater in het ziekenhuis was, wist niemand het. Zelfs mijn broers en zus niet. Maar als ik uh	D6	1 179
"Ja maar dat bedoel ik dus. Er wordt niet goed op gereageerd."	D2	1 179
"Ze zouden mijn man kunnen vragen, uw vrouw wilt uit behandeling wat denkt u ervan of u vindt het goed?"	D6	3 162

Analyse focusgroep 14-12-2017 zorgsubstituties

Code groep: Mindfullnes vs. Antidepressiva

Quote/steekwoorden	Resp. nummer	Quote nummer
Mindfullnes therapie vs. AD als substitutie		
Herstelt met behulp van mindfulness, want er wordt gevraagd wat je nodig hebt	D6	1.101
Medicatie geeft een boost zodat je therapie kan volgen. De medicatie kan je op ene gegeven moment afbouwen	D3	1.101
Grootste vergissing is om psychiatrisch epatienten bij elkaar te houden en behandeld te worden als cliënt . Sluit je aan bij werkclubs en voer gesprekken.?	D6	1.101
'En mindfulness. En dan ook gewoon uh het ondermaat ervan kosteneffectief. Zonder dat ik weer in de psychiatrie hoef. Ik vind het zo raar dat het niet gedaan"	D6	1.174
"Ondertussen bewezen dat mensen met een depressie, opknappen van mindfulness. Maar dan denk ik ja, hoe gek kun je het krijgen."	D6	1.174
Afweging of je gehele antidepressiva slikken wenselijk en gezond is. Antidepressiva helpt sommigen en reageren daar goed op.	D2,D5	1.174
Maar als je met mindfullnes, voedseladditieven en leefstijlverandering hetzelfde effect kan krijgen gezonder en dan is antidepressiva niet wenselijk	D2, D6	1.174

Analyse focusgroep 14-12-2017 zorgsubstituties

Code groep: Cognitieve gedragstherapie vs interapy als substitutie

Quote/steekwoorden	Resp. nummer	Quote nummer
Interapy als substitutie		
Alleen computer helpt niet	D1, D2	3.192
Ik lieg toch, waarheid invullen gaan de rooide vlaggen uit	D6	3.192
Face to face, zien verpleegkunde of psychiater tics en lichaamshouding	D6	3.193
nonverbale communicatie is belangrijk	D1	3.193
Achter computer kan ik liegen	D6	3.193
Er is geen interactie, is belangrijk verhaal is niet wat het eigenlijk is	D5	3.193
Psychiater ziet eerder depressie, goede psychiater of verpleegkundige zien houding. Of uiterlijk, vergeten netjes kleden	D1, D6	3.193
Wel jongeren, zijn gewend	D1	3.194
Juist niet voor jongeren, belangrijk contact leggen. Jongeren in toekomst depressief, zitten al in digitale wereld	D3	3.194
Bij milde depressie wel, absoluut een mogelijkheid	D1	3.195
Kan zowel bij computer als face to face jezelf uiten, mensen zien niet wat je hebt als jij niks aangeeft	D4	3.196
Bij ernstige depressie maakt het niet uit waar je zit, maar een vertrouwensband is wel nodig. Dat heb je niet met een computer	D4	3.196
Helpt alleen bij goede ondersteuning, minimaal 1x per week een gesprek met iemand	D2	3.196
Met FACT facetimen zit besparingen, kan tips geven of langskomen waardoor je weer even verder kan	D6, D2	3.198
Individuele Cognitieve gedragstherapie		
'En natuurlijk is uh cognitieve gedragstherapie wel duur als je dat meerdere malen moet. Maar is in vele gevallen wel effectief.'	D2	1.172
'Bij een bipolaire depressie, kan een goeie cognitieve therapie en een goeie begeleiding in qua inname van soort medicatie en begeleiding met dagbesteding en enzo. Dat functioneert heel erg goed, als dat goed wordt verkoopt. '	D6	1.172
Als je heel depressief bent tot zekere hoogte is CGT zinvol, maar als je heel depressief bent heeft het niet zoveel zin, maar het is zinvol	D3	3.184

Analyse focusgroep 14-12-2017 zorgsubstituties

Code groep: Antidepressiva + POH ondersteuning

Quote/steekwoorden	Resp. nummer	Quote nummer
AD + POH als substitutie		
Werd snel doorverwezen door de huisarts	D4	1.177
werd pas doorverwezen bij suicide poging	D5	1.177
Educatie van artsen kan kosteneffectiever zijn, belangrijk om op de voorgrond goede zorgprofessionals op te leiden	D2, D6	1.177
vooral omdat vaak eerst gekeken wordt om binnen de praktijk het op te lossen	D2, D6	1.177
Preventief behandelen als voorziening	D2	1.177
Mensen verbergen hun depressie, iedereen uit zich anders, geven niet op een directe manier aan bij de huisarts wat er speelt	D2, D6	1.177
Alleen antidepressiva + Praktijkondersteuning was onvoldoende geweest. Had persoonlijk zeer intensieve therapie nodig gehad met medicatie	D5	3,10
Belangrijk dat huisarts klachten serieus neemt	D3	3,10
De substitutie zou kunnen werken voor sommige mensen, het is individueel	D5	3,10
Lange wachttijden voordat je geholpen wordt	D6, D5, D4	3,10
Niet meegemaakt dat praktijkondersteuner er was om in te grijpen	D6	3,10
moment dat je aangeeft dat het goed gaat en uitbehandeling wilt wordt niet naar geluisterd.	D6	3,10
Er zou bij sprake van een goede huisarts gekeken kunnen worden dat de huisarts op de hoogte wordt gesteld van ontslag en een oogje in het zeil houdt	D6	3,10
Er zou direct hulp beschikbaar moeten zijn voor mensen die bekend zijn met depressie, het is belangrijk dat je mensen het gevoel geeft dat er wordt geluisterd	D6	3.188
Vertrouwen en respect naar de patient toe is belangrijk	D5	3.188
Het gevoel hebben niet eerlijk te kunnen zijn vanwege reactie zorgverleners, ook in ambulante setting bang voor repercussie of inlizing	D1, D6, D2	3.188