



Depressieve stoornis

Deskundig in herkenning van symptomen bij patiënten met een
(chronische) lichamelijke aandoening door verpleegkundigen

S. de Koster
Goes, 2016

Depressieve stoornis

Deskundig in herkenning van symptomen bij patiënten met een
(chronische) lichamelijke aandoening door verpleegkundigen

Auteur: Simon de Koster

Studentnummer: 0067723

E-mail: Kost0054@hz.nl

Hogeschool: HZ University of Applied Sciences

Opleiding: Bachelor Verpleegkunde

Cursus: CU09322

Eerste beoordelaar: Drs. P.O.I. Mortier

Tweede beoordelaar: I. van de Velde MSc.

Peergroep: Manon de Pree, Dennis Paauwe en Angelica de Haan

Studiejaar: 2016 - 2017

Plaats: Goes

Datum: December, 2016

Voorwoord

Het document dat voor u ligt, is het afstudeerproduct voor de opleiding tot bachelor verpleegkunde aan de HZ University of Applied Sciences. Beleidsdocumenten, missies en visies van zorginstellingen zoals algemene ziekenhuizen zijn gericht op de holistische mens terwijl ik tijdens mijn werkzaamheden als verpleegkundige ervaar dat in de loop der tijd steeds minder aandacht is voor de psychische en sociale aspecten van patiënten.

Zorgverleners die werkzaam zijn in algemene ziekenhuizen leggen in hun behandeling de nadruk op lichamelijke klachten, ondanks het feit dat uit onderzoek blijkt dat lichamelijke, psychische en sociale aspecten van de patiënt niet onafhankelijk van elkaar zijn. Het ziektebeeld depressieve stoornis is daar een voorbeeld van. Patiënten met een (chronische) lichamelijke aandoening hebben een verhoogd risico om zo'n stoornis te ontwikkelen en vice versa. Bij mij is daarom de vraag ontstaan of verpleegkundigen zich deskundig voelen om een depressieve stoornis te onderkennen ondanks dat ze zich doorgaans bezighouden met lichamelijk klachten. Deze vraag is samen met de eerdergenoemde constatering de aanleiding voor dit afstudeeronderzoek.

Graag wil ik mijn begeleiders, de heer Mortier en mevrouw Van de Velde, bedanken voor de ondersteuning en begeleiding bij de totstandkoming van mijn afstudeerproduct. Ook wil ik mijn medestudenten uit de peergroup hartelijk danken voor de tijd die zij hebben besteed aan het geven van feedback. Tot slot wil ik alle verpleegkundigen die de moeite hebben genomen om aan mijn enquête deel te nemen hartelijk danken voor hun tijd en inspanning; zonder hen was ik nooit tot dit eindresultaat gekomen.

Simon de Koster

Goes, december 2016

Samenvatting

Aanleiding Per januari 2016 is de Psychiatrische Afdeling van het Algemeen Ziekenhuis gesloten waardoor de deskundigheid op het gebied van psychiatrische ziekten in het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis Goes sterk afneemt. Algemene verpleegkundigen moeten deskundig zijn in de (vroegtijdige) herkenning en het begrip van symptomen die wijzen op een depressieve stoornis bij patiënten met (chronische) lichamelijke aandoeningen, zodat de risico's van comorbiditeit beperkt kunnen worden. Het doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in de mate waarin verpleegkundigen zichzelf deskundig vinden om symptomen van een depressieve stoornis bij deze groep patiënten te herkennen en om te achterhalen aan welke organisatorische ondersteuning daarbij behoefte is.

Methode Er is kwantitatief onderzoek uitgevoerd in de vorm van een digitale enquête. De enquête is door de onderzoeker ontwikkeld en bestond uit twintig vragen die digitaal te beantwoorden waren. (Leerling)-verpleegkundigen, werkzaam op de algemene beschouwende verpleegafdelingen, zijn via e-mail uitgenodigd om deel te nemen. Alle onderzoeksgegevens zijn met IBM Statistical Package for the Social Sciences versie 22.0 geanalyseerd en inzichtelijk gemaakt met behulp van tabellen en figuren.

Resultaten In totaal hebben 34 verpleegkundigen deelgenomen. Van hen hebben 17 aangegeven over kennis en 16 over vaardigheden te beschikken om symptomen van een depressieve stoornis te herkennen. Daarnaast gaven 22 verpleegkundigen aan interventies te ondernemen om symptomen te herkennen. De interventie die verpleegkundigen vooral zeiden te ondernemen is dat ze overleggen met de behandelend arts (n=30). Van de ondervraagden vroegen 29 verpleegkundigen om meer deskundigheid gericht op zorgverlening aan patiënten met een depressieve stoornis. Ook zeiden 28 verpleegkundigen behoefte te hebben aan ondersteuning in de zorg die moet bestaan uit scholing (n=27) en de aanwezigheid van consultatieve psychiatrie (n=23).

Discussie De generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten is door de lage respons (34%) van verpleegkundigen die werkzaam zijn op twee van de vijf geïnccludeerde beschouwende verpleegafdelingen klein. Iets meer dan de helft van de verpleegkundigen heeft aangegeven over de bevroegde kennis en vaardigheden te beschikken. De interventie die verpleegkundigen het vaakst zeggen te ondernemen, 'overleggen met behandelend arts', is volgens de literatuur opmerkelijk. Medisch specialisten zijn namelijk niet deskundig om psychiatrische patiënten te beoordelen. Verder bestaat behoefte aan bijscholingen om de waarschijnlijk aanwezig basiskennis verder te ontwikkelen.

Conclusie Het merendeel van de verpleegkundigen werkzaam op twee van de vijf algemene beschouwende verpleegafdelingen van het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis Goes vindt zich deskundig om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten met een (chronische) lichamelijke aandoening te herkennen. De behoefte aan deskundigheidsbevordering en ondersteuning in de zorg blijft echter aanwezig. Scholingsmogelijkheden en de aanwezigheid van consultatieve psychiatrie zijn geschikte manieren om hier vorm aan te geven.

Aanbevelingen De behoefte aan deskundigheidsbevordering en ondersteuning gericht op zorg voor patiënten met een depressieve stoornis kan het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis beantwoorden door een afdeling ziekenhuispsychiatrie op te zetten en scholingen te organiseren. Door de lage respons, de aanwezigheid van grote groepen zonder uitgesproken mening en de vraagstelling van het meetinstrument is aan te bevelen om kwalitatief vervolgonderzoek te doen.

Abstract

Motivation In January 2016, the psychiatric ward at the Admiraal De Ruyter Ziekenhuis Goes was closed. Consequently, expertise in the field of psychiatric diseases is declining in the hospital. Non-specialized nurses now have the responsibility of proficiently recognizing and understanding symptoms of depressive disorders in patients who have a chronic physical illness to limit the risk of comorbidity. The aim of this research is to gain insight into the extent to which nurses think they are proficient in recognizing depressive symptoms in this patient category and what kind of support is needed from the organization.

Methodology To acquire sufficient quantitative data, (student) nurses who are working in the general nurseries were asked to fill out a questionnaire online. The questionnaire was developed by the researcher and contained twenty questions, of which the answers were all analysed and processed with the IBM Statistical Package for the Social Sciences version 22.0 using tables and figures.

Results Of the 34 participants, 17 nurses claimed to have the knowledge needed to recognize the symptoms of depressive disorder and 16 stated that they have the required skills. Furthermore, 22 nurses indicated that they had started using interventions to recognize symptoms. The most common intervention that nurses indicated that they are using was consultations with a medical doctor (n=30). The results also indicate that 29 nurses requested additional expertise on providing care for patients with a depressive disorder. Furthermore 28 nurses reported that they need support consisting of education (n=27) and the presence of consultative psychiatrics (n=23).

Discussion The low generalizability of the research results is due to the low response rate of 34 percent; the relatively small study population consisted of nurses who are working on two of the five included wards. A bit more than half the respondents indicated that they have the knowledge and skills required to recognize symptoms of a depressive disorder with patients who have a (chronic) physical ailment. The intervention that nurses claim to be using, consultation with a medical doctor, is remarkable according to the literature, as medical specialists usually do not have the required expertise to judge psychiatric patients. Although the nurses indicated that they have the necessary knowledge and skills, there is a need for additional training to increase their basic knowledge.

Conclusion Most of the nurses who work on two of the five general wards at the Admiraal De Ruyter Ziekenhuis Goes claimed to be competent enough to recognize symptoms of a depressive disorder with patients who have a (chronic) physical ailment. However, additional expertise and support is highly needed. This need can be fulfilled with training and consultative psychiatrics on location.

Recommendations The need for additional expertise and support can be achieved by creating a psychiatric ward in the hospital and organizing additional training. Due to the low response and the large group that remained indecisive regarding the combination of the questions from the measurement instrument, additional qualitative research is recommended.

Inhoudsopgave

Inleiding.....	11
Doelstelling.....	12
Onderzoeksvraag.....	12
Deelvragen	12
Relevantie verpleegkundig domein.....	12
Leeswijzer	13
1. Theoretisch kader.....	15
1.1. Zoekplan literatuurstudie	15
1.1.1. Zoekvragen	15
1.1.2. Zoekstrategie.....	16
1.1.3. Inclusie- en exclusiecriteria	16
1.1.4. Zoekboom.....	17
1.2. Depressieve stoornis	19
1.3. Oorzaken en risicofactoren voor het ontstaan van een depressieve stoornis	19
1.3.1. Genetische factoren	19
1.3.2. Biologische factoren	20
1.3.3. Psychologische factoren.....	20
1.3.4. Sociale factoren	20
1.4. Diagnose depressieve stoornis als comorbiditeit.....	20
1.4.1. Verpleegkundige rol	20
1.4.2. Screeningsinstrumenten	21
1.4.3. Deskundigen	21
1.5. De behandeling van een comorbide depressieve stoornis	21
1.5.1. Disciplines.....	21
1.5.2. Verpleegkundige zorg.....	22
1.6. De gevolgen van een comorbide depressieve stoornis.....	22
1.7. Verpleegkundige deskundigheid in het herkennen van een comorbide depressie.....	22
1.8. Problemen voor verpleegkundigen bij de omgang en herkenning.....	23
1.9. Algemeen ziekenhuis en het herkennen van een comorbide depressie	23
1.9.1. Richtlijnen en protocollen	23
1.9.2. Scholing	24
1.9.3. Ziekenhuispsychiatrie	24
1.9.4. Comorbide depressieve stoornis op de verpleegafdeling.....	24
1.10. Samenvatting.....	25

2. Methode van onderzoek	27
2.1. Onderzoekstype en ontwerp.....	27
2.2. Onderzoekspopulatie	27
2.3. Onderzoekperiode en -locatie	27
2.4. Gegevensverzameling	27
2.4.1. Operationalisering.....	28
2.5. Gegevensverwerking en analyse	32
2.6. Betrouwbaarheid en validiteit.....	32
2.7. Ethische en juridische aspecten	33
2.8. Wijze van rapportage	33
3. Resultaten	35
3.1. Kenmerken van de respondenten	35
3.2. De mening van verpleegkundigen over depressieve stoornissen.....	36
3.3. De mening van verpleegkundigen over deskundigheid	37
3.4. Verpleegkundigen en interventies	38
3.5. Verpleegkundigen en de behoefte aan ondersteuning	39
4. Discussie	43
4.1. Interpretatie van de resultaten	43
4.2. Sterke en zwakke kanten van het onderzoek.....	45
5. Conclusie	47
5.1. Deelvraag 1.....	47
5.2. Deelvraag 2.....	48
5.3 Eindconclusie.....	48
6. Aanbevelingen.....	49
6.1 Aanbeveling voor de praktijk.....	49
6.2 Aanbeveling voor vervolgonderzoek.....	49
Bronvermelding.....	51
Bijlage 1 Toestemmingsformulier	55
Bijlage 2 Enquête.....	57
Bijlage 3 Uitnodiging.....	67
Bijlage 4 Herinneringsuitnodiging	69
Bijlage 5 Datafile.....	71
Bijlage 6 Codeboek	73
Bijlage 7 Beoordelingsformulier onderzoeksverslag (CU09322).....	75

Inleiding

Het ontstaan van een depressieve stoornis naast een aanwezige (chronische) lichamelijke aandoening (comorbiditeit) zorgt voor meer complicaties, een langere opnameduur en maakt het risico op overlijden twee keer zo groot (Schellevis & Hoeymans, 2013; Ruth, z.d.; Nederlandse Federatie voor Ziekenhuis Psychiatrie, 2010). Onder een depressieve stoornis wordt een intense somberheid en afwezigheid van levensvreugde verstaan, die minimaal voor een periode van twee weken aanwezig is en het dagelijks leven ernstig negatief beïnvloedt (American Psychiatric Association, 2014).

Uit onderzoek blijkt dat mensen met een depressieve stoornis meer kans hebben om hart- en vaatziekten, cerebrovasculair accident (CVA) en reumatoïde artritis (reuma) te krijgen. Dit komt doordat mensen met een depressieve stoornis in het algemeen een ongezondere levensstijl hebben en minder trouw hun medicatie innemen (Tijdschrift Praktijkondersteuning, 2008; Meernik, 2015).

Mensen met een somatische ziekte lopen meer risico om een depressieve stoornis te ontwikkelen en andersom. Om deze reden is het belangrijk dat zorgverleners deskundig en vaardig zijn op het gebied van somatische en psychiatrische zorg. Zo kunnen signalen vanuit patiënten (vroegtijdig) herkend worden en kunnen de risico's van comorbiditeit beperkt worden (Tijdschrift Praktijkondersteuning, 2008; Meernik, 2015).

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) concludeerde in 2005 dat de deskundigheid op het gebied van psychiatrische ziekten in het algemeen ziekenhuis sterk is afgenomen door de sluiting van de Psychiatrische Afdeling van het Algemeen Ziekenhuis (PAAZ). Door de sluiting van deze afdeling is de integratie van somatische en psychiatrische zorg afgenomen. Dit heeft de deskundigheid van zorgverleners op de verpleegafdelingen beïnvloed (Nederlandse Federatie voor Ziekenhuis Psychiatrie, 2010).

Het ZorgSaam Ziekenhuis Terneuzen en het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (ADRZ) Goes is in de provincie Zeeland verantwoordelijk voor veilige en kwalitatief goede ziekenhuiszorg aan patiënten met (chronische) lichamelijke aandoeningen. Per 1 januari 2016 heeft het ADRZ de PAAZ gesloten, waardoor deskundigheid en integratie van somatische en psychiatrische zorg onder druk komen te staan (Omroep Zeeland, 2016). Algemene verpleegkundigen die werkzaam zijn op de verpleegafdelingen van het ADRZ kunnen hierdoor niet meer terugvallen op de deskundigheid en adviezen van psychiatrisch verpleegkundigen. De verpleegkundigen moeten nu zelfstandig (vroegtijdig) symptomen van psychiatrische aandoeningen kunnen herkennen, waarna ze om een consultatie van een psychiater kunnen vragen. Wanneer deze symptomen niet herkend worden, volgt ook geen behandeling van depressieve patiënten. Medisch specialisten zijn meestal deskundig op een specifiek gebied, waardoor ze symptomen die buiten hun deskundigheid vallen doorgaans niet herkennen (Heijmans, Rijken, Schellevis, & van den Bos, 2003).

De kwaliteit van zorg aan patiënten met een (chronische) lichamelijke aandoening staat ter discussie, omdat verpleegkundigen in het ADRZ zelfstandig symptomen van een psychiatrische stoornis moeten herkennen en begrijpen, terwijl uit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen moeite hebben met de psychiatrie en zich daardoor vooral richten op somatische zaken (Oelen, 2012).

Om de kwaliteit van zorg te behouden moeten verpleegkundigen deskundig zijn in het (vroegtijdig) herkennen en begrijpen van symptomen die wijzen op een comorbide depressieve stoornis. Hierdoor kan eerder gestart worden met de behandeling, waardoor complicaties, een langere opnameduur en een verhoogd risico op overlijden beperkt of voorkomen worden (Meijer & Hamberg- van Reenen, 2011). Het is onbekend of de verpleegkundigen van het ADRZ, nu ze niet meer terug kunnen vallen op de deskundigheid van de PAAZ, zich deskundig vinden om symptomen van een comorbide depressieve stoornis te herkennen bij (chronische) lichamelijke aandoeningen.

Doelstelling

De doelstelling van het onderzoek is om inzicht te krijgen in de mate waarin verpleegkundigen zichzelf deskundig vinden om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten met een (chronische) lichamelijke aandoening te herkennen en aan welke ondersteuning vanuit de organisatie behoefte is.

Onderzoeksvraag

Aan de hand van de bovenstaande doelstelling is de volgende probleemstelling opgesteld: **‘In hoeverre vinden verpleegkundigen die werkzaam zijn op de algemene beschouwende verpleegafdelingen van het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (ADRZ) Goes zich deskundig om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten met een (chronische) lichamelijke aandoening te herkennen en in hoeverre hebben zij behoefte aan ondersteuning in hun zorg voor depressieve patiënten?’**

Deelvragen

- In hoeverre vinden verpleegkundigen die werkzaam zijn op de algemene beschouwende verpleegafdeling van het ADRZ Goes zich deskundig om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten met een (chronische) lichamelijke aandoening te herkennen?
- In hoeverre hebben verpleegkundigen behoefte aan ondersteuning in hun zorg voor depressieve patiënten?

Relevantie verpleegkundig domein

De relevantie van het onderwerp voor het verpleegkundige domein wordt beschreven door middel van de vijf beroepsrollen van de verpleegkundige en de holistische mensvisie.

Zorgverlener

In de rol van zorgverlener staat verantwoorde en goede zorg centraal. Een zorgverlener zorgt voor, zorgt om en geeft zorg aan mensen met een zorgvraag, zoals mensen met een (chronische) lichamelijke aandoening en (een risico op) een depressieve stoornis (Hesselink, 2010).

Regisseur

De verpleegkundige richt zich in de rol van regisseur op het organiseren van de benodigde verpleegkundige zorg. Op basis van de zorgvraag van een persoon en de verpleegkundige deskundigheid stelt de verpleegkundige vast welke interventies noodzakelijk zijn om de doelen die met de zorgvrager vastgesteld zijn te kunnen behalen (Hesselink, 2010). Ook bij mensen met een (chronische) lichamelijke aandoening en (een risico op) een depressieve stoornis is het van belang dat een verpleegkundige interventies kan toepassen om de vastgestelde doelen te behalen.

Ontwerper

Als ontwerper is de verpleegkundige betrokken bij het ontwikkelen van verpleegbeleid dat gericht is op een verbetering van zorg. Dit kan bijvoorbeeld door protocollen of richtlijnen te formuleren (Hesselink, 2010). Een protocol of richtlijn zou gericht kunnen zijn op hoe verpleegkundigen om moeten gaan met de comorbiditeit van een depressieve stoornis bij mensen met een (chronische) lichamelijke aandoening.

Coach

De verpleegkundige coach speelt een belangrijke rol bij het ondersteunen van leerlingen en collega's (Hesselink, 2010). Als coach geeft de verpleegkundige scholing en feedback aan zorgverleners om de zorg aan alle mensen met een zorgvraag, zoals mensen met een (chronische) lichamelijke aandoening en (een risico op) een depressieve stoornis, te verbeteren.

Beroepsbeoefenaar

De verpleegkundige is een professional die als beroepsbeoefenaar de plicht heeft om zich te blijven ontwikkelen, zodat de kwaliteit van het verpleegkundig beroep en de verpleegkundige zorgverlening op niveau blijft en verbetert (Hesselink, 2010). De verpleegkundige deskundigheid op het gebied van de comorbiditeit van een depressieve stoornis bij mensen met een (chronische) lichamelijke aandoening kan nog verder verbeterd worden.

Holistische mensvisie

De relevantie van het onderwerp voor het verpleegkundig domein blijkt ook duidelijk uit de holistische mensvisie die verpleegkundigen aangeleerd wordt tijdens hun opleiding. Volgens deze visie moet een verpleegkundige aandacht hebben voor psychische, lichamelijke en sociale aspecten van de mens, ongeacht het werkveld waarin zij werkzaam is (Hesselink, 2010).

Leeswijzer

Het onderzoeksverslag bestaat uit verschillende hoofdstukken. Hoofdstuk 1 is het theoretisch kader, waarin het zoekplan en de gevonden literatuur staat beschreven. In hoofdstuk 2 wordt de onderzoeksmethode beschreven met informatie over het onderzoeksontwerp. Daarnaast wordt het verloop van de dataverzameling en –analyse beschreven. Hoofdstuk 3 bevat onderzoeksresultaten en hoofdstuk 4 de discussie met analyse van de onderzoeksresultaten en het theoretisch kader. Hoofdstuk 5 van deze scriptie is het hoofdstuk conclusie, waarin de onderzoeksvraag wordt beantwoord. Hoofdstuk 6, het laatste hoofdstuk, bevat de aanbevelingen die onderbouwd zijn vanuit het praktijkonderzoek. Dit praktijkonderzoeksverslag wordt tot slot afgesloten met de bronnenlijst en bijlagen.

1. Theoretisch kader

In het theoretisch kader wordt het zoekplan en de informatie die afkomstig is uit literatuur en die relevant is voor het onderzoeksonderwerp beschreven. Het zoekplan beschrijft hoe naar literatuur gezocht is en bevat de zoekvragen en de zoekstrategie met daarin een schematische weergave van de gevonden literatuur (zoekboom). In het laatste deel van dit hoofdstuk wordt informatie, die afkomstig is uit de literatuur, beschreven en samengevat.

1.1. Zoekplan literatuurstudie

Om op systematische wijze vorm te geven aan het zoekplan is gebruik gemaakt van de Big-6 methode. Deze methode hanteert zes stappen die helpen om de zoekopdracht te formuleren, de zoekopdracht uit te voeren en de resultaten te evalueren (Verhoeven, 2014). De Big 6-methode is in dit zoekplan toegepast om de zoekopdracht, de zoekplaats en de zoekstrategie die verder in dit hoofdstuk zijn uitgewerkt te formuleren. De informatie die de literatuurstudie heeft opgeleverd wordt gebruikt om de zoekvragen te beantwoorden. Voor het zoeken naar relevante literatuur is gebruikgemaakt van verschillende zoektermen, databanken en inclusie- en exclusiecriteria.

1.1.1. Zoekvragen

De literatuurstudie zorgt voor een verdieping van kennis over het onderzoeksonderwerp (Verhoeven, 2014). In de literatuur is gezocht naar informatie om de volgende vragen te beantwoorden:

- Wat is een depressieve stoornis?
- Wat zijn de risicofactoren en oorzaken van het krijgen van een depressieve stoornis?
- Hoe wordt een depressieve stoornis als comorbiditeit bij een (chronische) lichamelijke aandoening gediagnosticeerd?
- Hoe wordt een depressieve stoornis als comorbiditeit bij een (chronische) lichamelijke aandoening behandeld?
- Wat zijn de gevolgen van een depressieve stoornis bij (chronische) lichamelijke aandoeningen?
- Hoe deskundig zijn verpleegkundigen in het algemeen ziekenhuis in het herkennen van symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten met een (chronische) lichamelijke aandoening?
- Wat is op organisatorisch gebied en in de verpleegkundige begeleiding en behandeling nodig om de symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten met een (chronische) lichamelijke aandoening te herkennen?

1.1.2. Zoekstrategie

Voor het zoeken naar literatuur om de zoekvragen die in paragraaf 1.1.1 beschreven staan te beantwoorden zijn de volgende databanken gebruikt: SpringerLink, Nivel, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG) en Pubmed. De geraadpleegde databanken zijn geselecteerd op basis van betrouwbaarheid, beschikbaarheid van fulltext-artikelen en op hun relevantie voor de verpleegkunde. De databank van Google Scholar is ook geraadpleegd, maar uiteindelijk is besloten om deze vanwege de grote hoeveelheid hits niet te gebruiken. Voor het zoeken naar artikelen is gebruikgemaakt van zoekwoorden in combinatie met de booleaanse operator 'and', omdat deze zorgt voor een gericht zoekresultaat. Naast databanken is ook de eigen boekenkast en de HZ Mediatheek geraadpleegd om boeken met informatie die relevant is voor het onderwerp te vinden. Een aantal artikelen is gevonden met de sneeuwbalmethode. Bij deze methode wordt gebruikgemaakt van literatuurverwijzingen uit artikelen als bron voor andere artikelen (Verhoeven, 2014). In de zoekboom in paragraaf 1.1.4 zijn de gebruikte databanken, zoekwoorden en geïnccludeerde artikelen/boeken weergegeven.

1.1.3. Inclusie- en exclusiecriteria

Doordat het zoeken met zoekwoorden in databanken veel hits oplevert zijn inclusie- en exclusiecriteria opgesteld. De artikelen uit de databanken zijn geselecteerd op basis van de inclusie- en exclusiecriteria die in Tabel 1 beschreven staan.

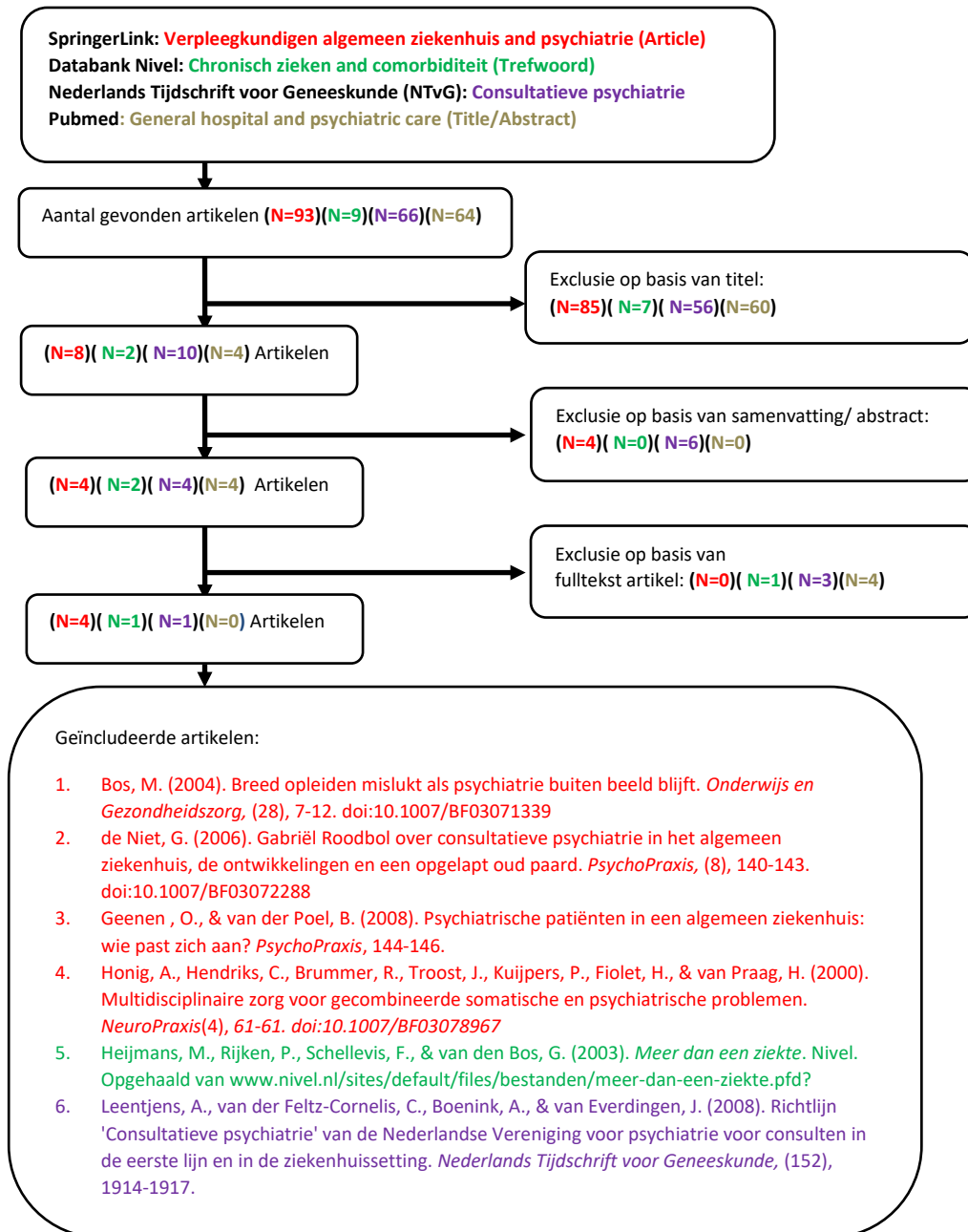
Tabel 1 Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Nederlandstalige artikelen	Artikelen die eerder dan het jaar 2000 zijn verschenen
Engelstalige artikelen	Betaalde fulltext
Artikelen gericht op een depressieve stoornis	
Artikelen gericht op co-morbiditeit	
Artikelen gericht op een depressieve stoornis in het algemeen ziekenhuis	

Het exclusie criterium dat artikelen niet later dan in het jaar 2000 mogen zijn verschenen is gebaseerd op de beschikbaarheid van artikelen over het onderzoeksonderwerp. De artikelen die hierover beschikbaar zijn, zijn namelijk vooral geschreven tussen 2000 en 2016.

1.1.4. Zoekboom

De zoekboom, Figuur 1, bevat een schematische weergave van de geselecteerde bronnen uit databanken, via sneeuwbalmethode, eigen bezit en HZ Mediatheek.



Geïnccludeerde artikelen sneeuwbalmethode:

1. Nederlandse Federatie voor Ziekenhuis Psychiatrie. (2010, Januari). *Psychiatrie in het algemeen ziekenhuis*. Nederland.
2. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2008). *Richtlijn consultatieve psychiatrie*. Nederland. Opgehaald van www.nvvp.net/website/richtlijnen/overzicht-richtlijnen
3. Oelen, M. (2012, September 10). *Ziekenhuisverpleegkundige heeft moeite met psychiatrische patiënt*. Opgeroepen op Maart 26, 2016, van Nursing: <http://www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Nieuws/2012/9/Ziekenhuisverpleegkundige-heeft-moeite-met-psychiatrische-patiAnt-NURS008185W/>
4. Robben, P., & Tietema, W. (2005). Ziekenhuispsychiatrie niet transparant. *Medisch Contact*, 60(23), 1071-1074.
5. Trimbos instituut. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn depressie derde revisie*. Opgehaald van www.ggzrichtlijnen.nl
6. van Steenbergen-Weijnenburg, K. (2013). Depression in chronic medically ill patients. (Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam). Opgehaald van http://www.bmg.eur.nl/fileadmin/ASSETS/bmg/Onderzoek/Promoties/Promoties_2013/Proefschrift_Steenbergen.pdf
7. van Steenbergen-Weijnenburg, K., van der Feltz-Cornelis, C., van Benthem, T., Horn, E., Ploeger, R., Brals, J., . . . Beekman, A. (2015). Collaborative care voor de behandeling van comorbide depressieve stoornis bij chronisch lichamelijk zieke patiënten op een polikliniek van een algemeen ziekenhuis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57(4), 248-257.

Geïnccludeerde boeken eigen bezit:

1. American Psychiatric Association. (2014). Beknopt overzicht van de criteria DSM-5 . (N. V. Psychiatrie, Vert.) Amsterdam: Uitgeverij BOOM.
2. Baseler, M. C., & Linssen, M. B. (2004). *Kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering voor verpleegkundigen*. Baarn: Uitgeverij NijghVersluys.
3. Engeltjes, A., & Spek, J. (2006). *Verplegen van zorgvragers met een psychiatrische ziekte 1*. Baarn: Uitgeverij NijghVersluys.

Geïnccludeerde boeken mediatheek HZ:

1. Nevid, J., Rathus, S., & Greene, B. (2008). *Psychiatrie in de verpleegkunde*. (E. Hoencamp, J. Haffmans, & A. Bos, Vert.) Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Figuur 1 Zoekboom

1.2. Depressieve stoornis

Een depressieve stoornis kenmerkt zich door een intense somberheid en afwezigheid van levensvreugde, die minimaal voor een periode van twee weken aanhoudt en het dagelijks leven ernstig negatief beïnvloedt (American Psychiatric Association, 2014). Symptomen van een depressieve stoornis kunnen matig en vaak vele jaren aanwezig zijn (dysthyme stoornis), maar er kan ook sprake zijn van een of meerdere episoden die worden afgewisseld door geen of matige symptomen (Nevid, Rathus, & Greene, 2008). Een depressieve stoornis uit zich niet alleen in de stemming, maar ook in lichamelijke en sociale klachten (Engeltjes & Spek, 2006). De symptomen van een depressieve stoornis zijn:

- een wisselende stemming met neerslachtige en emotionele gevoelens;
- huilen, huilbuien;
- een bedroefde houding, lusteloze uitdrukking;
- verhoogde prikkelbaarheid, gespannen en/of opvliegend;
- desinteresse, ongemotiveerdheid, inactiviteit en/of zelfverwaarlozing;
- het vermijden van sociale activiteiten en contacten;
- verminderd libido;
- trager dan normaal bewegen en praten;
- een verandering in het slaappatroon, veel of weinig slapen;
- vermoeidheid;
- verandering in eetlust, gewichtsverandering;
- obstipatie;
- minder productief in het dagelijks functioneren;
- concentratieproblemen;
- negatieve gedachten over het zelfbeeld en toekomst;
- verminderd zelfvertrouwen of een gebrek daaraan;
- zelfmoord -of doodswens/gedachten (American Psychiatric Association, 2014; Nevid, Rathus, & Greene, 2008).

1.3. Oorzaken en risicofactoren voor het ontstaan van een depressieve stoornis

In de literatuur staat dat het ontstaan van een depressieve stoornis wordt beïnvloed door verschillende factoren. Een brede blik is noodzakelijk om te begrijpen waardoor een depressieve stoornis ontstaat (Trimbos instituut, 2013). In de literatuur wordt op genetisch, biologisch, psychologisch en sociaal gebied beschreven wat de oorzaken van een depressieve stoornis zijn (Engeltjes & Spek, 2006; Nevid, Rathus, & Greene, 2008).

1.3.1. Genetische factoren

Uit diverse onderzoeken die in de loop der jaren zijn uitgevoerd blijkt dat genetische factoren een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van een depressieve stoornis (Engeltjes & Spek, 2006). Het risico op een depressieve stoornis is namelijk groter wanneer een depressie vaker voorkomt in de familie. Een verklaring hiervoor is dat de erfelijke factoren en omgevingsfactoren bij familie of gezinsleden hetzelfde zijn (Engeltjes & Spek, 2006; Trimbos instituut, 2013).

1.3.2. Biologische factoren

Een biologische verklaring van het ontstaan van een depressieve stoornis is een te laag aantal neurotransmitters in de hersenen (Engeltjes & Spek, 2006). In recente onderzoeken staat deze biologische oorzaak ter discussie. Afwijkingen in de hersenen en eiwitten worden eerder gezien als de onderliggende oorzaak van het ontstaan van een depressieve stoornis. Het hebben van hormoonschommelingen bij met name vrouwelijke hormonen zou volgens onderzoek ook invloed hebben op het ontstaan van een depressieve stoornis (Nevid, Rathus, & Greene, 2008). Het gebruik van bepaalde medicatie en de aanwezigheid van een somatische aandoening verhogen het risico op een depressieve stoornis. Bij de volgende somatische aandoeningen is sprake van een verhoogd risico op een depressieve aandoening: diabetes, hart- en vaatziekten, neurologische aandoeningen, pijnstoornissen, kanker en Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) (van Steenberg-Weijnenburg, et al., 2015; Heijmans, Rijken, Schellevis, & van den Bos, 2003).

1.3.3. Psychologische factoren

Psychologische factoren die van invloed zijn op het ontstaan van een depressieve stoornis zijn leeftijd, karakter en/of persoonlijkheid. Deze factoren bepalen in grote mate hoe iemand met stressvolle en moeilijke levensgebeurtenissen omgaat (Engeltjes & Spek, 2006).

1.3.4. Sociale factoren

Ingrijpende gebeurtenissen kunnen van invloed zijn op het ontstaan van een depressieve stoornis. Een overlijden, echtscheiding, ziekenhuisopname, ontslag, enzovoort leiden meestal tot een normale reactie van somberheid. Door een combinatie van erfelijke kwetsbaarheid, een negatief zelfbeeld en somberheid door een ingrijpende gebeurtenis kan echter een depressieve stoornis ontstaan (Engeltjes & Spek, 2006; Trimbos instituut, 2013).

1.4. Diagnose depressieve stoornis als comorbiditeit

Het diagnosticeren van een depressieve stoornis als comorbiditeit bij (chronische) lichamelijke aandoeningen is niet eenvoudig. Ten eerste wordt de diagnostiek bemoeilijkt doordat veel symptomen van een depressieve stoornis overeenkomen met die van een (chronische) lichamelijke aandoening. Hierdoor is het moeilijk om een onderscheid te maken in de oorzaak van de symptomen. Ten tweede hebben zorgprofessionals als artsen en verpleegkundigen niet altijd de tijd en kennis om aandacht te hebben voor psychiatrische aandoeningen (van Steenberg-Weijnenburg, 2013).

1.4.1. Verpleegkundige rol

De verpleegkundige speelt een belangrijke rol bij het diagnosticeren van een depressieve stoornis. Tijdens het intensieve en persoonlijke contact met de patiënt verzamelt zij gegevens die wijzen op de symptomen van een comorbide depressieve stoornis. Op basis hiervan pleegt de verpleegkundige interventies om tot een diagnose te komen (Engeltjes & Spek, 2006). Voorbeelden van zulke interventies zijn:

- het zorgen voor een open sfeer waarin ruimte is om persoonlijk informatie te bespreken;
- uitleg geven over welke klachten allemaal bij een depressie kunnen horen;
- de patiënt stimuleren om zijn mening te geven;
- het gebruiken van screeningsinstrumenten;
- het inschakelen van deskundigen in de psychopathologie (Trimbos instituut, 2013).

1.4.2. Screeningsinstrumenten

Het toepassen van screeningsinstrumenten zorgt voor een objectieve onderkenning van een depressieve stoornis. Screeningsinstrumenten die geschikt zijn voor het herkennen van een depressieve stoornis bij patiënten met een (chronische) lichamelijke aandoening zijn de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) en de Popularity of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). De HADS en PHQ-9 blijken in de praktijk valide instrumenten te zijn (Trimbos instituut, 2013; van Steenbergen-Weijenburg, 2013; van Steenbergen-Weijenburg, et al., 2015).

1.4.3. Deskundigen

Deskundigen die ondersteuning bieden bij het herkennen van symptomen die wijzen op een depressieve stoornis zijn sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV), consultatief-psychiatrisch verpleegkundigen (CPV) of nurse practitioners. Deze deskundigen zijn gespecialiseerd in de psychopathologie, waardoor zij patiënten en verpleegkundigen hulp en advies kunnen geven om vast te stellen of de (klinisch) psychiater ingeschakeld moet worden (Nederlandse Federatie voor Ziekenhuis Psychiatrie, 2010). De (klinisch) psychiater is verantwoordelijk voor de diagnose en het opstellen van een behandelplan (Engeltjes & Spek, 2006). Hij houdt in dit diagnostische proces rekening met iemands persoonlijke ontwikkeling, culturele achtergrond, sociale omgeving, geslacht en familie- en gezinssituatie om tot de diagnose van een depressieve stoornis te komen. Het betrekken van familieleden bij het diagnostische proces is hierbij een bron van aanvullende gegevens (Trimbos instituut, 2013).

1.5. De behandeling van een comorbide depressieve stoornis

De behandeling van een depressieve stoornis bij patiënten met een (chronische) lichamelijke aandoening is moeilijk en vereist een multidisciplinaire samenwerking. Deze samenwerking kan bereikt worden door behandelprotocollen te volgen waarin beschreven staat op welke wijze een interventie uitgevoerd moet worden en welke discipline daarvoor verantwoordelijk is. Overleg en overdracht tussen zorgverleners en afspraken tussen de betrokken behandelaars over de monitoring en behandeling is daarbij een vereiste. Bij het kiezen van een behandelmethode moet rekening gehouden worden met de (chronische) lichamelijke aandoening, omdat deze van invloed is op effectiviteit en uitvoerbaarheid van een behandeling (van Steenbergen-Weijenburg, 2013). Een depressieve stoornis kan op verschillende manieren behandeld worden, namelijk met antidepressiva, psychotherapie, een combinatie van antidepressiva en psychotherapie, lichttherapie en, in sommige gevallen, Elektro Convulsieve Therapie (ECT) (Nevid, Rathus, & Greene, 2008; Trimbos instituut, 2013).

1.5.1. Disciplines

Het behandelen van een comorbide depressieve stoornis vereist een samenwerking tussen verpleegkundigen, een SPV, CPV of nurse practitioner, maatschappelijk werker en psychiater. Een multidisciplinaire samenwerking zorgt voor een betere afstemming en coördinatie van de behandeling (Trimbos instituut, 2013; Engeltjes & Spek, 2006; Leentjens, van der Feltz-Cornelis, Boenink, & van Everdingen, 2008; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2008). De psychiater is als arts verantwoordelijk voor de diagnostiek en het behandelplan van de patiënt. De verpleegkundige observaties tijdens de directe zorgverlening aan de patiënt zijn voor de psychiater een belangrijke bron van informatie bij het opstellen en bijstellen van het behandelplan (Engeltjes & Spek, 2006). De SPV, CPV of nurse practitioner zorgt voor bejegeningadviezen en monitort het effect van de behandeling. Volgens de richtlijnen en protocollen is de SPV, CPV of nurse practitioner

verantwoordelijk voor onderdelen van de behandeling (Nederlandse Federatie voor Ziekenhuis Psychiatrie, 2010; Robben & Tietema, 2005; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2008). De maatschappelijk werker ondersteunt de psychiater door bepaalde psychologische testen af te nemen of door onderzoek naar de achtergrond en de omgeving van de patiënt te doen (Engeltjes & Spek, 2006).

1.5.2. Verpleegkundige zorg

Een voorwaarde voor verpleegkundige zorg aan patiënten met een comorbide depressieve stoornis is een professionele relatie met de patiënt, waarbij sprake is van gelijkwaardigheid, respect, betrokkenheid en steun. De verpleegkundige zorg tijdens de behandeling van een depressieve stoornis is gericht op het begeleiden en bieden van ondersteuning die afgestemd is op de persoonlijke omstandigheden van de patiënt en zijn omgeving. In het contact met de patiënt moet rekening gehouden worden met de volgende punten:

- controleren of de patiënt informatie ontvangen en begrepen heeft;
- het stimuleren van de patiënt om betrokken te zijn bij zijn behandelproces;
- open staan voor wensen, verzoeken en kritiek;
- het hanteren van een holistische mensvisie in het contact met de patiënt;
- het bieden van advies op basis van deskundigheid (Trimbos instituut, 2013).

In de verpleegkundige zorg aan patiënten met een comorbide depressieve stoornis en een (chronische) lichamelijke aandoening moet specifiek aandacht besteed worden aan de voeding- en vochtinname, hygiënische verzorging, het stimuleren van activiteiten, het stimuleren van sociale contacten en suïcidaliteit (Engeltjes & Spek, 2006).

1.6. De gevolgen van een comorbide depressieve stoornis

Uit onderzoek blijkt dat de aanwezigheid van een depressieve stoornis bij patiënten met een (chronische) lichamelijke aandoening door de complexere zorgvraag en toenemende lichamelijke en psychische gezondheidsklachten zorgt voor een slechtere kwaliteit van leven. Doordat de zorgvraag van deze patiënten complexer is en het aantal gezondheidsklachten dat zij hebben toeneemt, stijgt het zorggebruik en de zorgkosten (Heijmans, Rijken, Schellevis, & van den Bos, 2003; Honig, et al., 2000). Een comorbide depressieve stoornis bij patiënten in het ziekenhuis zorgt voor meer complicaties tijdens de behandeling, een langere opnameduur, een afname van therapietrouw en een hoger risico op overlijden. Een mogelijke oorzaak van het verhoogde risico op complicaties en overlijden is dat een comorbide depressieve stoornis een effectieve behandeling van de (chronische) lichamelijke aandoening belemmert (Heijmans, Rijken, Schellevis, & van den Bos, 2003).

1.7. Verpleegkundige deskundigheid in het herkennen van een comorbide depressie

Tijdens de zorgverlening aan patiënten neemt de verpleegkundige diverse signalen en symptomen waar. Het interpreteren en herkennen van symptomen die wijzen op een comorbide depressie vereist deskundigheid over een depressieve stoornis. Symptomen zijn immers de basis om tot een diagnose te komen (Engeltjes & Spek, 2006). Doordat verpleegkundigen holistisch worden opgeleid wordt ervan uitgegaan dat zij deskundig zijn in het herkennen van symptomen die kunnen wijzen op somatische en/of psychiatrische ziekten (Bos, 2004). Baseler en Linssen (2004) definiëren het begrip deskundigheid als “kennis en vaardigheden die nodig zijn om het beroep uit te oefenen” (p.87). Uit

onderzoek blijkt dat verpleegkundigen die in het algemeen ziekenhuis werken vooral gericht zijn op somatische zaken, waardoor weinig aandacht is voor gedragsobservaties die bijdragen aan de (vroegtijdige) herkenning en behandeling van een psychiatrische aandoening (Honig, et al., 2000).

1.8. Problemen voor verpleegkundigen bij de omgang en herkenning

Door een gebrek aan kennis, tijd en ervaring hebben veel verpleegkundigen moeite met het verlenen van zorg aan psychiatrische patiënten (Oelen, 2012; van Steenberg-Weijenburg, 2013). Daardoor is de omgang met psychiatrische patiënten voor veel verpleegkundigen een uitdaging. Het gedrag van een psychiatrische patiënt wijkt namelijk af van dat van de 'normale' patiënt op de verpleegafdeling. Verpleegkundigen zijn zich niet bewust van de onderliggende oorzaak van het afwijkende gedrag van psychiatrische patiënten, waardoor zij op de verkeerde manier worden benaderd. Door de huidige organisatie en de beddendruk van een verpleegafdeling zien verpleegkundigen psychiatrische patiënten als een probleem. Psychiatrische patiënten moeten zich aanpassen aan de organisatie van de verpleegafdeling en gedragen als 'normale' patiënten, die zich inzetten voor hun herstel en openstaan voor adviezen van zorgverleners. Echter, juist psychiatrische patiënten hebben moeite met het opvolgen van adviezen, waardoor de samenwerking met zorgverleners wordt verstoord. De verpleegkundige zorg moet daarom worden afgestemd op de behoefte van de patiënt. Hierdoor kan worden gezocht naar wat haalbaar is en naar waar de problemen zitten. Doordat verpleegkundigen vooral in het ziekenhuis zijn opgeleid hebben zij nooit geleerd hoe zij psychiatrische patiënten op een professionele manier kunnen begeleiden. Verpleegkundigen richten zich vooral op het somatisch gebied, waardoor symptomen en of problemen op psychiatrisch gebied niet of onvoldoende worden herkend en begrepen (Bos, 2004; Geenen & van der Poel, 2008; Heijmans, Rijken, Schellevis, & van den Bos, 2003). Doordat medisch specialisten veelal op een specifiek gebied deskundig zijn, ontbreekt kennis over de noodzaak om patiënten psychiatrisch te beoordelen. Hierdoor worden psychiatrische stoornissen vaak niet herkend en behandeld. Het psychiatrisch beoordelen van patiënten in het algemeen ziekenhuis vereist dus een brede medische kennis en ervaring in de psychiatrie (Heijmans, Rijken, Schellevis, & van den Bos, 2003).

1.9. Algemeen ziekenhuis en het herkennen van een comorbide depressie

Het herkennen van symptomen en het omgaan met patiënten met een depressieve stoornis in het algemeen ziekenhuis vereist een organisatie brede aanpak. Om verpleegkundigen te helpen bij het (vroegtijdig) herkennen van symptomen en om hen leren om te gaan met de mogelijkheden en beperkingen van patiënten met een depressieve stoornis is vanuit de organisatie ondersteuning nodig in de vorm van richtlijnen, protocollen, scholing en beschikbaarheid van ziekenhuispsychiatrie (Leentjens, van der Feltz-Cornelis, Boenink, & van Everdingen, 2008; de Niet, 2006; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2008).

1.9.1. Richtlijnen en protocollen

In het artikel van Robben en Tietema (2005) wordt geconcludeerd dat "het noodzakelijk is richtlijnen en protocollen te ontwikkelen op het terrein van screening, diagnostiek en behandeling van psychiatrische comorbiditeit bij somatisch zieke patiënten en deze in de praktijk toe te passen" (p. 1074). Het hebben van een standaard waaraan de zorg voor patiënten met een (risico op) een comorbide depressieve stoornis moet voldoen maakt de zorgverlening toetsbaar, wat ervoor zorgt dat de zorg transparanter wordt en dat de kwaliteit ervan verbetert (Baseler & Linssen, 2004; Leentjens, van der Feltz-Cornelis, Boenink, & van Everdingen, 2008; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2008).

1.9.2. Scholing

Kennis en vaardigheden zijn nodig om het verpleegkundig beroep uit te voeren. Kennis en vaardigheden die gericht zijn op het (vroegtijdig) herkennen van een comorbide depressie vereisen deskundigheidsbevordering. Voorbeelden van deskundigheidsbevordering zijn vakliteratuur lezen, themabijeenkomsten, klinische les volgen, bijscholing krijgen en intervisie (Baseler & Linssen, 2004).

1.9.3. Ziekenhuispsychiatrie

Alle psychiatrische zorg die in het algemeen ziekenhuis aan patiënten wordt verleend valt onder de ziekenhuispsychiatrie (Robben & Tietema, 2005). De aanwezigheid hiervan zorgt voor een geïntegreerde somatische en psychiatrische zorg aan patiënten met een (chronische) lichamelijke aandoening (Nederlandse Federatie voor Ziekenhuis Psychiatrie, 2010). De ziekenhuispsychiatrie wordt op verschillende manieren georganiseerd, namelijk poliklinische psychiatrie, consultatieve psychiatrie en liaisonpsychiatrie.

Onder de consultatieve psychiatrie valt de zorg die op verzoek van medisch specialisten wordt verleend door de psychiater, SPV, CPV of nurse practitioner (Nederlandse Federatie voor Ziekenhuis Psychiatrie, 2010). Liaisonpsychiatrie is een intensievere versie van de consultatieve psychiatrie, waarbij het continue contact met de afdeling en het vroegtijdig herkennen van symptomen die wijzen op een psychiatrische aandoening centraal staan (Robben & Tietema, 2005). De psychiater, SPV, CPV en nurse practitioner zijn deskundig op het gebied van psychopathologie, waardoor zij patiënten, verpleegkundigen en medisch specialisten kunnen ondersteunen en adviseren op het gebied van complexe psychosomatische problemen en de behandeling daarvan (Nederlandse Federatie voor Ziekenhuis Psychiatrie, 2010). Uit onderzoek blijkt dat consultatieve en liaisonpsychiatrie effectief zijn voor het (vroegtijdig) herkennen, diagnosticeren en behandelen van een comorbide depressieve aandoening bij patiënten in het algemeen ziekenhuis (Robben & Tietema, 2005; Leentjens, van der Feltz-Cornelis, Boenink, & van Everdingen, 2008).

1.9.4. Comorbide depressieve stoornis op de verpleegafdeling

Uit onderzoek blijkt dat patiënten met een depressieve stoornis als lastig worden gezien. Op de verpleegafdeling heerst een cultuur waarin patiënten met een depressieve stoornis zich aan moeten passen aan de afdeling, waardoor de samenwerking met zorgverleners ernstig wordt verstoord. Verpleegkundigen hebben door de werkdruk op de verpleegafdeling weinig begrip voor patiënten die door hun depressie niet het belang inzien van persoonlijke hygiëne, uit bed komen en het ondernemen van activiteiten. De verpleegkundigen op de verpleegafdelingen moeten zich meer openstellen voor de mogelijkheden en beperkingen van de individuele patiënt en voorwaarden stellen voor de integratie op de afdeling (Geenen & van der Poel, 2008).

1.10. Samenvatting

Er wordt van een depressieve stoornis gesproken als er sprake is van intense somberheid en afwezigheid van levensvreugde die minimaal voor een periode van twee weken aanhoudt en het dagelijks leven ernstig negatief beïnvloed. Een depressieve stoornis uit zich in een sombere stemming en in lichamelijke en sociale klachten. Patiënten met een somatische aandoening hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een depressieve stoornis. Het diagnosticeren van een comorbide depressieve stoornis is complex. Verpleegkundigen spelen door het intensieve contact met de patiënt een belangrijke rol in het verzamelen van gegevens die wijzen op symptomen van een depressieve stoornis. Het toepassen van de HADS, PHQ-9 en het inschakelen van deskundigen draagt bij aan het herkennen van een depressieve stoornis. Het behandelen van een comorbide depressieve stoornis vereist een multidisciplinaire samenwerking waarbij behandelprotocollen gevolgd moeten worden. In deze protocollen wordt de werkwijze, het overleg en de overdracht beschreven. Bij het bepalen van de behandelmethode moet rekening worden gehouden met de (chronische) lichamelijke aandoening van de patiënt. De aanwezigheid van een comorbide depressieve stoornis zorgt voor een verhoogd risico op complicaties en overlijden. Verpleegkundigen in het ziekenhuis zijn, ondanks de risico's die een comorbide depressieve stoornis met zich meebrengt, vooral gericht op somatische zaken, waardoor zij tekortschieten in het herkennen en behandelen van een psychiatrische aandoening. Doordat zij een gebrek aan kennis, tijd en ervaring hebben begrijpen zij het gedrag van psychiatrische patiënten vaak niet en beschouwen zij dit als een probleem. Om verpleegkundigen te ondersteunen bij het (vroegtijdig) herkennen van symptomen en om hen om te leren gaan met psychiatrische patiënten is de aanwezigheid van richtlijnen, protocollen, scholing en de beschikbaarheid van ziekenhuispsychiatrie van belang.

2. Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk worden het onderzoekstype, het ontwerp, de populatie, de gegevensverzameling, de gegevensverwerking, de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek beschreven.

2.1. Onderzoekstype en ontwerp

Het onderzoek is kwantitatief van aard. De evaluerende onderzoeksvraag over de deskundigheid van verpleegkundigen en de behoefte aan ondersteuning is cijfermatig meetbaar. Het is voor de generaliseerbaarheid en representativiteit van de onderzoeksresultaten noodzakelijk dat een grote groep respondenten ondervraagd wordt. De kwantitatieve methode van dataverzameling betreft een surveyonderzoek. Hiervoor is gekozen, omdat deze methode geschikt is om informatie over de kennis, mening en houding van een grote groep respondenten te verzamelen. Daarnaast kan een surveyonderzoek digitaal en anoniem uitgevoerd worden, waardoor de autonomie en anonimiteit van respondenten gewaarborgd is (Verhoeven, 2014).

2.2. Onderzoekspopulatie

Het onderzoek is in het ADRZ, locatie Goes, uitgevoerd. Het ADRZ is samen met een ander ziekenhuis verantwoordelijk voor de ziekenhuiszorg in de provincie Zeeland. Op de verpleegafdelingen worden jaarlijks duizenden mensen met een (chronische) lichamelijke aandoening behandeld en verpleegd. De onderzoekspopulatie van het onderzoek bestaat uit gediplomeerde mbo-, hbo- en leerling-verpleegkundigen, omdat zij als zorgverleners het ADRZ vertegenwoordigen. Het onderzoek is uitgevoerd op de algemene beschouwende verpleegafdelingen: longgeneeskunde, interne geneeskunde, geriatrie, neurologie en cardiologie. Op deze afdelingen verblijven patiënten met ziektebeelden waarbij sprake is van een verhoogd risico op een depressieve stoornis. Alle verpleegkundigen en leerling-verpleegkundigen die op de vijf geselecteerde verpleegafdelingen werkzaam zijn, zijn in het onderzoek geïnccludeerd, zodat met de onderzoeksgegevens een representatief antwoord op de onderzoeksvraag kan worden gegeven (Verhoeven, 2014).

2.3. Onderzoekperiode en -locatie

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in het ADRZ Goes. In de periode van 7 september 2016 tot en met 24 september 2016 hebben de respondenten de mogelijkheid gekregen om de enquête digitaal in te vullen. De enquête is onder de respondenten verspreid via e-mail. Hierdoor konden de respondenten zelf bepalen of, waar en wanneer zij de vragenlijst invulden.

2.4. Gegevensverzameling

De gegevens van de respondenten zijn verzameld middels een door de onderzoeker opgestelde enquête. Deze werd ingevoerd op www.enquetesmaken.com. De respondenten werden door middel van een e-mail, gevraagd om via de bijgevoegde link de enquête in te vullen. De e-mail werd in verband met de privacy via de teamleiders van longgeneeskunde, interne geneeskunde, geriatrie, neurologie en cardiologie doorgestuurd naar de e-mailadressen van de verpleegkundigen. Om de respons te verhogen werd op 20 september 2016 via de teamleiders een herinneringsmail verstuurd. Alle ingevulde enquêtes werden digitaal opgeslagen in de beveiligde omgeving van Enquêtes Maken, zodat alleen de onderzoeker toegang had tot de onderzoeksgegevens (Verhoeven, 2014; Enquêtes Maken, 2016).

2.4.1. Operationalisering

Het meetinstrument, de enquête, is opgesteld op basis van informatie uit het literatuuronderzoek. De enquêtevragen zijn met een verwijzing naar de deelvragen en onderbouwing uit de literatuur in het theoretisch kader weergegeven in Tabel 2 en 3.

Tabel 2 Meetinstrument

Nr.	Vraag	Antwoordmogelijkheden	Verwijzing
Demografische gegevens			
1	Op welke verpleegafdeling van het ADRZ bent u werkzaam?	○ Cardiologie ○ Geriatrie ○ Interne geneeskunde ○ Longgeneeskunde ○ Neurologie	-
2	Wat is uw hoogst afgeronde verpleegkunde opleiding?	○ Verpleegkundig specialist ○ Verpleegkundige hbo-niveau 5 ○ Verpleegkundige mbo-niveau 4 (in service) ○ Nog geen afgeronde opleiding	-
3	Hoe lang bent u al werkzaam als (gediplomeerd) verpleegkundige?	○jaar	-
Deelvraag 1			
4	In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik heb als verpleegkundige aandacht voor de lichamelijke, psychische en sociale aspecten van de patiënt'?	○ 1= Sterk mee eens ○ 2= Mee eens ○ 3= Neutraal ○ 4= Mee oneens ○ 5= Sterk mee oneens	A E
5	In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik vind dat een depressieve stoornis bij patiënten in het algemeen ziekenhuis aandacht behoeft'?	○ 1= Sterk mee eens ○ 2= Mee eens ○ 3= Neutraal ○ 4= Mee oneens ○ 5= Sterk mee oneens	A D
6	In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik vind dat een depressieve stoornis bij patiënten in het ADRZ de aandacht krijgt van zorgverleners'?	○ 1= Sterk mee eens ○ 2= Mee eens ○ 3= Neutraal ○ 4= Mee oneens ○ 5= Sterk mee oneens	B
7	In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik vind dat op de verpleegafdeling aandacht is voor patiënten met een depressieve stoornis'?	○ 1= Sterk mee eens ○ 2= Mee eens ○ 3= Neutraal ○ 4= Mee oneens ○ 5= Sterk mee oneens	D E

8	In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik vind dat het de taak van de verpleegkundige in het ADRZ is om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten te herkennen'?	○ 1= Sterk mee eens ○ 2= Mee eens ○ 3= Neutraal ○ 4= Mee oneens ○ 5= Sterk mee oneens	E
9	In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik vind het als verpleegkundige belangrijk om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten te herkennen'?	○ 1= Sterk mee eens ○ 2= Mee eens ○ 3= Neutraal ○ 4= Mee oneens ○ 5= Sterk mee oneens	E
10	In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik heb als verpleegkundige kennis (definitie, symptomen, oorzaak, ontstaan) van het ziektebeeld depressieve stoornis'?	○ 1= Sterk mee eens ○ 2= Mee eens ○ 3= Neutraal ○ 4= Mee oneens ○ 5= Sterk mee oneens	E
11	In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik heb genoeg kennis om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten te herkennen'?	○ 1= Sterk mee eens ○ 2= Mee eens ○ 3= Neutraal ○ 4= Mee oneens ○ 5= Sterk mee oneens	E
12	In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik heb vaardigheden om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten te herkennen'?	○ 1= Sterk mee eens ○ 2= Mee eens ○ 3= Neutraal ○ 4= Mee oneens ○ 5= Sterk mee oneens	E
13	In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik onderneem als verpleegkundige interventies om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten te herkennen'?	○ 1= Sterk mee eens ○ 2= Mee eens ○ 3= Neutraal ○ 4= Mee oneens ○ 5= Sterk mee oneens	B C
14	Interventies die ik als verpleegkundige onderneem om symptomen van een depressieve stoornis vast te stellen zijn: (meerdere antwoorden mogelijk)	○ Ik onderneem geen interventies ○ Ik zorg voor een open sfeer ○ Ik stimuleer de patiënt om zijn/haar mening te geven ○ Ik overleg met een collega-verpleegkundige ○ Ik overleg met contactpersoon van de patiënt ○ Ik overleg met behandelend arts ○ Ik pas screeningsinstrumenten toe (bijvoorbeeld HADS en PHQ-9) ○ Ik schakel deskundigen in de psychopathologie in (sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV), consultatief-psychiatrisch verpleegkundige (CPV) of een nurse practitioner)	B C

Deelvraag 2			
15	In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik heb als verpleegkundige behoefte aan meer kennis en vaardigheden (deskundigheid) om zorg aan patiënten met een depressieve stoornis te verlenen'?	○ 1= Sterk mee eens ○ 2= Mee eens ○ 3= Neutraal ○ 4= Mee oneens ○ 5= Sterk mee oneens	F
16	In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik heb als verpleegkundige behoefte aan themabijeenkomsten, klinische lessen en/of bijscholing over het verlenen van zorg aan patiënten met een depressieve stoornis'?	○ 1= Sterk mee eens ○ 2= Mee eens ○ 3= Neutraal ○ 4= Mee oneens ○ 5= Sterk mee oneens	F
17	In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik vind dat het ADRZ voldoende themabijeenkomsten, klinische lessen en/of bijscholing organiseert over het verlenen van zorg aan patiënten met een depressieve stoornis'?	○ 1= Sterk mee eens ○ 2= Mee eens ○ 3= Neutraal ○ 4= Mee oneens ○ 5= Sterk mee oneens	F G
18	In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik heb als verpleegkundige behoefte aan ondersteuning in de zorg aan patiënten met een depressieve stoornis'?	○ 1= Sterk mee eens ○ 2= Mee eens ○ 3= Neutraal ○ 4= Mee oneens ○ 5= Sterk mee oneens	F G
19	Aan welke vormen van ondersteuning heeft u als verpleegkundigen behoefte in de zorg aan patiënten met een depressieve stoornis? (meerdere antwoorden mogelijk)	○ Ik heb geen behoefte aan ondersteuning ○ Richtlijnen ○ Protocollen ○ Scholing ○ Consultatieve psychiatrie (zorg die op verzoek van medisch specialisten door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV), consultatief-psychiatrisch verpleegkundige (CPV) of een nurse practitioner wordt verleend) ○ Liaisonpsychiatrie (een intensievere versie van de consultatieve psychiatrie, waarbij het continue contact met de afdeling en de vroegtijdige herkenning van symptomen die wijzen op een psychiatrische aandoening centraal staan)	F G
20	In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik krijg als verpleegkundige binnen het ADRZ ondersteuning in de zorg aan patiënten met een depressieve stoornis'?	○ 1= Sterk mee eens ○ 2= Mee eens ○ 3= Neutraal ○ 4= Mee oneens ○ 5= Sterk mee oneens	G

Tabel 3 Verwijzingen naar het theoretische kader en onderbouwing uit de literatuur

Ver.	Verwijzingen naar het theoretische kader en onderbouwing uit de literatuur
A	<i>Theoretisch kader hoofdstuk 1, paragraaf 1.2. Depressieve stoornis en theoretisch kader hoofdstuk 1, paragraaf 1.3. Oorzaken en risicofactoren voor het ontstaan van een depressieve stoornis.</i> Engeltjes en Spek (2006) beschrijven dat een depressieve stoornis zich niet alleen uit in een afwijkende stemming, maar ook in lichamelijke en sociale klachten. Genetische, biologische, psychische en sociale oorzaken zijn beschreven (Engeltjes & Spek, 2006; Trimbos instituut, 2013). Deze enquêtevraag kan vaststellen of de verpleegkundige aandacht heeft voor de lichamelijke, psychische en sociale aspecten van de patiënt.
B	<i>Theoretisch kader hoofdstuk 1, paragraaf 1.4. Diagnose depressieve stoornis als comorbiditeit.</i> De diagnostisering van een depressieve stoornis zoals comorbiditeit bij (chronische) lichamelijke aandoeningen is niet eenvoudig. Verpleegkundigen spelen een belangrijke rol in de verzameling van gegevens die wijzen op symptomen van een comorbide depressieve stoornis, op basis waarvan een verpleegkundige interventies onderneemt om tot een diagnose te komen (Engeltjes & Spek, 2006; Trimbos instituut, 2013). Deze vragen onderzoeken in hoeverre verpleegkundigen vinden dat aandacht is voor een depressieve stoornis.
C	<i>Theoretisch kader hoofdstuk 1, paragraaf 1.5. De behandeling van een comorbide depressieve stoornis.</i> De behandeling van een depressieve stoornis bij patiënten met een (chronische) lichamelijke aandoening vereist een multidisciplinaire samenwerking en specifieke verpleegkundige interventies gericht op begeleiding en ondersteuning (Trimbos instituut, 2013; Engeltjes & Spek, 2006; Leentjens, van der Feltz-Cornelis, Boenink, & van Everdingen, 2008; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2008). De vragen bieden inzicht in de interventies die verpleegkundigen ondernemen om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten te herkennen en in welke mate ze die interventies toepassen.
D	<i>Theoretisch kader hoofdstuk 1, paragraaf 1.6. De gevolgen van een comorbide depressieve stoornis.</i> Een comorbide depressieve stoornis bij patiënten in het ziekenhuis zorgt voor meer complicaties tijdens de behandeling, een langere opnameduur, een afname van therapietrouw en een hoger risico op overlijden (Heijmans, Rijken, Schellevis, & van den Bos, 2003). Deze vraag onderzoekt in hoeverre verpleegkundigen van mening zijn dat aandacht moet zijn voor een depressieve stoornis bij patiënten in het algemeen ziekenhuis.
E	<i>Theoretisch kader hoofdstuk 1, paragraaf 1.7. Verpleegkundige deskundigheid in de herkenning van een comorbide depressie.</i> Uit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen die in het algemeen ziekenhuis werken vooral gericht zijn op somatische klachten (Honig, et al., 2000). Deze vragen onderzoeken in hoeverre verpleegkundigen van mening zijn dat het hun taak is om een depressieve stoornis te herkennen en in welke mate zij daarin deskundig zijn.
F	<i>Theoretisch kader hoofdstuk 1, paragraaf 1.8. Problemen voor verpleegkundigen bij de omgang en herkenning.</i> Verpleegkundigen ontbreekt het aan kennis, tijd en ervaring waardoor veel van hen moeite hebben met zorgverlening aan psychiatrische patiënten (Oelen, 2012; van Steenbergen-Weijenburg, 2013). De vragen onderzoeken in hoeverre en in welke vorm verpleegkundigen behoefte hebben aan ondersteuning daarin.
G	<i>Theoretisch kader hoofdstuk 1, paragraaf 1.9. Algemeen ziekenhuis en het herkennen van een comorbide depressie.</i> Om verpleegkundigen te helpen bij de herkenning van symptomen en om te gaan met patiënten die lijden aan een depressieve stoornis is organisatorische ondersteuning nodig in de vorm van richtlijnen, protocollen, scholing en beschikbaarheid van ziekenhuispsychiatrie (Leentjens, van der Feltz-Cornelis, Boenink, & van Everdingen, 2008; de Niet, 2006; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2008). De vragen onderzoeken in hoeverre de verpleegkundigen dit soort ondersteuning genieten.

2.5. Gegevensverwerking en analyse

Nadat de periode waarin de enquête op Enquêtes Maken ingevuld kon worden was verlopen, zijn de onderzoeksgegevens verwerkt en geanalyseerd. De gegevens zijn opgeslagen op Enquêtes Maken en geëxporteerd naar IBM Statistical Package for the Social Sciences, versie 22.0 (SPSS). SPSS is software voor de statistische analyse van onderzoeksgegevens. Met de gegevens uit Enquêtes Maken is in SPSS een codeboek gemaakt. Dat bevat een overzicht van de onderzoeksgegevens die geanalyseerd zijn. Deze gegevens worden in de vorm van tabellen en figuren weergegeven (Verhoeven, 2014; Enquêtes Maken, 2016).

2.6. Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid van het onderzoek is afhankelijk van de herhaalbaarheid en van de afwezigheid van toevallige fouten (Verhoeven, 2014). De betrouwbaarheid van het onderzoek is verhoogd doordat:

- alle stappen van het onderzoek in dit dossier zijn beschreven, zodat het onderzoek onder nieuwe omstandigheden en op een ander tijdstip herhaald kan worden (Verhoeven, 2014);
- de onderzoeksgegevens vanuit Enquêtes Maken naar SPSS zijn geëxporteerd, zodat de kans op toevallige fouten door handmatige invulling van de onderzoeksgegevens klein is;
- het meetinstrument bestond uit een zelfontwikkelde vragenlijst die als proef aan de peergroup en aan een ondeskundige is voorgelegd, zodat getoetst werd of de vragenlijst bruikbaar, leesbaar, helder, compleet en neutraal was (Verhoeven, 2014);
- tijdens het onderzoeksproces gebruik werd gemaakt van peerfeedback. Peergroup leden hebben hierbij kritisch gekeken naar het onderzoeksproces en de verslaglegging hiervan.

Verhoeven (2014) definieert het begrip validiteit als “de mate waarin het onderzoek vrij is van systematische fouten, de echtheid, het waarheidsgehalte van onderzoek” (p.208). De interne validiteit van het onderzoek is als volgt gewaarborgd:

- De enquêtevragen hingen samen met de hoofd- en deelvragen en zijn theoretisch onderbouwd.
- De enquête is tijdens het onderzoek niet veranderd, zodat geen vertekening van onderzoeksresultaten ontstond (Verhoeven, 2014).
- De enquête is anoniem afgenomen, waardoor de respondenten gestimuleerd werden om objectief en eerlijk antwoord te geven.
- De gehele onderzoekspopulatie is benaderd om deel te nemen aan het onderzoek.

De externe validiteit van het onderzoek is gewaarborgd door het volgende:

- De onderzoekspopulatie bestond uit verpleegkundigen werkzaam op de vijf beschouwende verpleegafdelingen van het ADRZ. Door het sterke verloop van verpleegkundigen is de precieze onderzoekspopulatie in aantallen moeilijk vast te stellen. Geschat wordt dat de onderzoekspopulatie bestond uit honderd verpleegkundigen. Om inzicht te geven in de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten naar de vijf beschouwende verpleegafdelingen is berekend hoeveel respons nodig zou zijn. In Afbeelding 1 is een berekening van ‘Checkmarket’ weergegeven, waarin te zien is dat een respons van tachtig deelnemers nodig was om een generaliseerbare uitspraak te doen (CheckMarket, 2016).

Steekproefgrootte		
Grootte populatie:	100	Hoeveel mensen bevat de groep die uw steekproef voorstelt? (De steekproefgrootte wijzigt niet veel voor een populatie groter dan 20.000.)
Foutenmarge:	5%	Dit is het positieve of negatieve getal dat meestal wordt weergegeven in opiniepeilingresultaten van dagbladen of televisie. Bijvoorbeeld, als u een foutenmarge van 4% gebruikt en 47% van uw steekproef een bepaald antwoord geeft, dan kan u er "zeker" van zijn dat als u diezelfde vraag aan de volledige populatie had gesteld, tussen 43% (47-4) en 51% (47+4) datzelfde antwoord zouden gekozen hebben (een lagere foutenmarge vereist een grotere steekproef).
Betrouwbaarheidsniveau:	95%	Het betrouwbaarheidsniveau vertelt u hoe zeker u kan zijn van de foutenmarge. Het wordt uitgedrukt in percent en geeft weer hoe vaak het werkelijke percentage van de populatie dat een antwoord zou kiezen, binnen die foutenmarge ligt, m.a.w. in welke mate vertrouwt u erop dat de antwoorden die de respondenten hebben ingegeven, correct zijn (een hoger betrouwbaarheidsniveau vereist een grotere steekproef).
Vereiste steekproefgrootte:	80	Aantal respondenten nodig
Geschatte responspercentage:	20%	Welk percentage van 'mensen die gevraagd werden om deel te nemen aan de enquête' zal dit effectief doen. Het responspercentage hangt af van vele factoren, zoals de distributiemethode (e-mail, papier, telefoon...), communicatietype (B2B, B2C...), kwaliteit van de uitnodiging, gebruik van incentives, enz.
Vereiste aantal uitnodigingen:	400	Dit is het aantal personen uit de populatie dat u dient te vragen om deel te nemen, teneinde de vereiste steekproefgrootte te bereiken op basis van het verwachte responspercentage.

Afbeelding 1 Steekproefgrootte

2.7. Ethische en juridische aspecten

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in het ADRZ Goes. Daarvoor is schriftelijk toestemming gevraagd (Bijlage 1). De privacy van de respondenten is gewaarborgd, doordat de e-mail met de uitnodiging en een link naar de enquête via de teamleiders naar de verpleegkundigen is doorgestuurd. Daarnaast bleven de respondenten anoniem, doordat de enquête geen vragen en antwoorden bevatte die naar individuen herleid konden worden.

2.8. Wijze van rapportage

Het afstudeeronderzoek is vastgelegd in de vorm van een scriptie, die is geschreven volgens de eisen die de HZ University of Applied Sciences aan een verslag stelt. De bronvermelding in de scriptie is volgens de richtlijnen van de American Psychological Association (APA) weergegeven (Habracken, 2014).

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de enquête in diverse tabellen en figuren weergegeven zodat antwoord kan worden gegeven op de probleemstelling en de hoofd- en de deelvragen. Afbeeldingen van het databestand en het codeboek van de gegevens zoals ze in SPSS zijn ingevoerd, zijn toegevoegd als Bijlages 5 en 6. De demografisch kenmerken 'afdeling waar de respondent werkzaam is' en 'opleidingsniveau' zijn gezien de lage aantallen respondenten samengenomen in de verdere analyse van de onderzoeksgegevens. Daarnaast kunnen de percentages vermeld in de tabellen afwijken, omdat deze zijn afgerond naar hele getallen.

3.1. Kenmerken van de respondenten

Tijdens de uitvoering van het onderzoek wisselde de grootte van de verpleegkundige teams door het gebruikelijke persoonsverloop sterk waardoor de totale onderzoekspopulatie niet precies is aan te tonen. Geschat wordt dat deze bestond uit honderd verpleegkundigen. In totaal hebben 34 respondenten de digitale enquête ingevuld, waarmee de respons 34% is. Omdat niet alle respondenten de vragen (op de juiste manier) hebben beantwoord, kan het totale aantal respondenten tussen tabellen verschillen.

Tabel 4 Kenmerken van de respondenten (N=34)

Kenmerk	Aantal	Percentage
Aantal jaar werkervaring		
0-10 jaar	13	39%
11-20 jaar	13	39%
21-30 jaar	3	9%
31-40 jaar	2	6%
Opleidingsniveau		
Verpleegkundig specialist	0	0%
Verpleegkundige hbo-niveau 5	9	27%
Verpleegkundige mbo-niveau 4 (in service)	24	70%
Nog geen afgeronde opleiding	1	3%
Afdeling waar de respondent werkzaam is		
Cardiologie	14	41%
Geriatric	2	6%
Interne geneeskunde	3	9%
Longgeneeskunde	15	44%
Neurologie	0	0%

In Tabel 4 zijn de kenmerken van de respondenten weergegeven, namelijk hun ervaring in jaren, hun opleidingsniveau en de afdeling waar ze werkzaam zijn. De vraag gericht op het aantal jaar dat de respondent werkzaam is als (gediplomeerd) verpleegkundige is door 31 respondenten beantwoord. Uit analyse van de gegevens blijkt dat het aantal jaar ervaring van de respondent van 0 tot en met 40 jaar loopt en een gemiddelde van 14 jaar heeft. Wat betreft de hoogst afgeronde verpleegkundige opleiding is te zien dat 24 respondenten een opleiding van niveau 4 of een service-opleiding heeft afgerond, gevolgd door 9 respondenten met niveau 5. Te zien is dat 15 respondenten werkzaam zijn op de afdeling longgeneeskunde en 14 op de afdeling cardiologie. Geen van de respondenten is werkzaam op de afdeling neurologie.

3.2. De mening van verpleegkundigen over depressieve stoornissen

Voorafgaand aan de resultaten gericht op de vraag hoe verpleegkundigen naar hun eigen deskundigheid kijken op het gebied van de herkenning van symptomen die wijzen op een depressieve stoornis worden de resultaten van een aantal algemene vragen beschreven. Deze resultaten geven weer hoe verpleegkundigen kijken naar het onderwerp depressieve stoornis, depressieve stoornis in het algemeen ziekenhuis en de rol van de verpleegkundige.

Tabel 5 De mening van verpleegkundigen over depressieve stoornissen in het Algemeen Ziekenhuis

	Sterk mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Sterk mee eens	Totaal
Verpleegkundige aandacht voor lichamelijk, psychische en sociale aspecten van de patiënt	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=15 (44%)	n=18 (53%)	n=33 (97%)
Depressieve stoornis in het algemeen ziekenhuis heeft aandacht	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=16 (47%)	n=17 (50%)	n=33 (97%)
Aandacht voor de depressieve patiënt in het ADRZ door zorgverleners	n=0 (0%)	n=9 (26%)	n=13 (38%)	n=10 (30%)	n=1 (3%)	n=33 (97%)
Aandacht voor depressieve patiënten op de verpleegafdeling	n=0 (0%)	n=6 (18%)	n=13 (38%)	n=13 (38%)	n=1 (3%)	n=33 (97%)
Het is de taak van de verpleegkundige in het ADRZ om symptomen van een depressieve stoornis te herkennen	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=2 (6%)	n=23 (67%)	n=8 (24%)	n=33 (97%)
Het is belangrijk om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten te herkennen	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=0 (0%)	n=19 (56%)	n=14 (41%)	n=33 (97%)

In Tabel 5 is te zien dat 33 respondenten met het antwoord 'mee eens' of 'sterk mee eens' aan hebben gegeven aandacht te hebben voor de lichamelijke, psychische en sociale aspecten van de patiënt. Ook is te zien dat 33 respondenten hebben aangegeven het 'mee eens' of 'sterk mee eens' te zijn dat een depressieve patiënt in het algemeen ziekenhuis aandacht heeft. Op de vraag of de respondenten van mening zijn dat een depressieve stoornis in het ADRZ de aandacht krijgt is te zien dat 9 van hen 'mee oneens', 13 'neutraal' en 10 'mee eens' hebben geantwoord. Ditzelfde verdeelde beeld geldt voor de vraag of respondenten vinden dat op de verpleegafdeling aandacht is voor patiënten met een depressieve stoornis. Zo hebben 6 deelnemers 'mee oneens', 13 'neutraal' en 13 'mee eens' geantwoord. De meeste respondenten (31) hebben aangegeven het 'mee eens' of 'sterk mee eens' te zijn dat het de taak is van de verpleegkundige in het ADRZ om symptomen van een

depressieve stoornis bij patiënten te herkennen. Op de vraag in hoeverre respondenten het eens zijn met de stelling 'ik vind het als verpleegkundige belangrijk om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten te herkennen' hebben 33 respondenten 'mee eens' of 'sterk mee eens' geantwoord.

3.3. De mening van verpleegkundigen over deskundigheid

De resultaten die inzicht geven in de vraag in hoeverre verpleegkundigen zich deskundig achten om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten met een (chronische) lichamelijke aandoening te herkennen, is in deze paragraaf beschreven.

Tabel 6 De kennis van verpleegkundigen over depressieve stoornis

Bezit kennis over het ziektebeeld depressieve stoornis	Aantal	Percentage	Aantal jaar ervaring			
			0-10	11-20	21-30	31-40
Sterk mee eens	2	6%	n=1	n=1	n=0	n=0
Mee eens	17	50%	n=6	n=7	n=1	n=1
Neutraal	10	30%	n=5	n=3	n=1	n=1
Mee oneens	4	11%	n=1	n=2	n=1	n=0
Sterk mee oneens	0	0%	n=0	n=0	n=0	n=0
Totaal	33	97%				

In Tabel 6 is te zien dat 19 respondenten met het antwoord 'mee eens' of 'sterk mee eens' heeft aangegeven kennis te hebben van het ziektebeeld van depressieve stoornissen, gevolgd door 10 respondenten die 'neutraal' hebben geantwoord.

Tabel 7 De herkenning van symptomen door verpleegkundigen

Bezit kennis om symptomen van een depressieve stoornis te herkennen	Aantal	Percentage	Aantal jaar ervaring			
			0-10	11-20	21-30	31-40
Sterk mee eens	3	9%	n=2	n=1	n=0	n=0
Mee eens	14	41%	n=6	n=6	n=1	n=0
Neutraal	11	32%	n=4	n=3	n=1	n=2
Mee oneens	4	12%	n=1	n=2	n=1	n=0
Sterk mee oneens	1	3%	n=0	n=1	n=0	n=0
Totaal	33	97%				

Op de vraag in hoeverre verpleegkundigen het eens zijn met stelling 'ik heb genoeg kennis om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten te herkennen' (Tabel 7) geven 17 respondenten aan het met de stelling 'eens' of 'sterk mee eens' te zijn gevolgd door 11 respondenten die met het antwoord 'neutraal' aan hebben gegeven geen duidelijke mening te hebben.

Tabel 8 Verpleegkundigen en vaardigheden

Bezit vaardigheden om symptomen van een depressieve stoornis te herkennen	Aantal	Percentage	Aantal jaar ervaring			
			0-10	11-20	21-30	31-40
Sterk mee eens	4	12%	n=3	n=1	n=0	n=0
Mee eens	12	35%	n=4	n=6	n=1	n=0
Neutraal	11	32%	n=4	n=3	n=2	n=2
Mee oneens	6	18%	n=2	n=3	n=0	n=0
Sterk mee oneens	0	0%	n=0	n=0	n=0	n=0
Totaal	33	97%				

Tabel 8 laat zien dat respectievelijk 16 respondenten hebben aangegeven het ‘mee eens’ of ‘sterk mee eens’ te zijn dat zij vaardigheden bezitten om symptomen van een depressieve stoornis te herkennen. Van de respondenten die ‘sterk mee eens’ hebben geantwoord beschikt niemand over meer dan 20 jaar ervaring. Verder is in de tabel te zien dat 11 respondenten de vraag hebben beantwoord met ‘neutraal’.

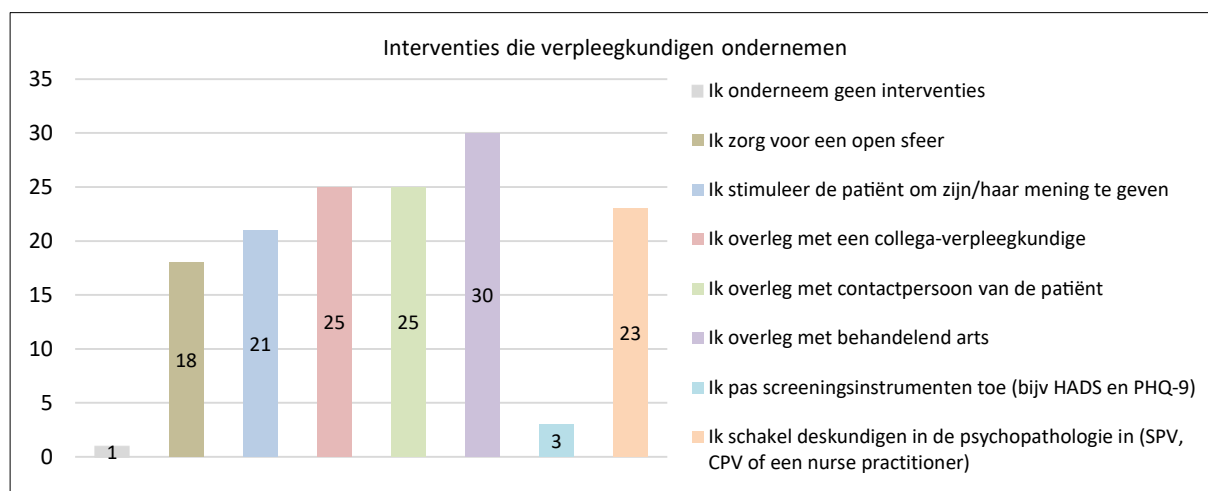
3.4. Verpleegkundigen en interventies

De resultaten beschreven in deze paragraaf geven inzicht in de vraag welke interventies verpleegkundigen ondernemen om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten te herkennen en in hoeverre ze dat doen.

Tabel 9 Verpleegkundigen en interventies

Onderneemt interventies om symptomen van een depressieve stoornis te herkennen	Aantal	Percentage	Aantal jaar ervaring			
			0-10	11-20	21-30	31-40
Sterk mee eens	2	6%	n=1	n=1	n=0	n=0
Mee eens	20	59%	n=7	n=9	n=1	n=2
Neutraal	7	20%	n=3	n=2	n=1	n=0
Mee oneens	4	12%	n=2	n=1	n=1	n=0
Sterk mee oneens	0	0%	n=0	n=0	n=0	n=0
Totaal	33	97%				

Zoals in Tabel 9 is weergegeven, hebben 22 respondenten aangegeven het er ‘mee eens’ of ‘sterk mee eens’ te zijn dat zij interventies ondernemen om symptomen van een depressieve stoornis te herkennen. Het antwoord ‘mee oneens’ is door 4 respondenten gegeven van wie niemand over meer dan 30 jaar ervaring beschikt.



Figuur 2 Interventies die verpleegkundigen ondernemen om een depressieve stoornis te herkennen

In Figuur 2 is weergegeven welke interventies verpleegkundigen ondernemen om symptomen van een depressieve stoornis vast te stellen. Omdat ter beantwoording van deze vraag meerdere antwoorden konden worden gegeven is het totaal aantal opgeteld hoger dan het aantal respondenten (n=33) die deze vraag hebben beantwoord. De interventie die respondenten het vaakst aangaven uit te voeren is overleg met de behandelend arts (n=30). Overleg met een collega-verpleegkundige (n=25) en de contactpersoon van de patiënt (n=25) is daaropvolgend de meest aangegeven interventie die respondenten zeggen te ondernemen. Te zien is dat één keer is aangegeven dat de respondent geen interventies onderneemt.

3.5. Verpleegkundigen en de behoefte aan ondersteuning

In deze paragraaf wordt inzichtelijk gemaakt in hoeverre verpleegkundigen behoefte hebben aan ondersteuning in hun zorg voor depressieve patiënten.

Tabel 10 Behoeft aan meer kennis en vaardigheden

Behoeft aan meer kennis en vaardigheden (deskundigheid)	Aantal	Percentage	Aantal jaar ervaring			
			0-10	11-20	21-30	31-40
Sterk mee eens	3	9%	n=0	n=2	n=0	n=0
Mee eens	26	76%	n=11	n=9	n=3	n=2
Neutraal	4	12%	n=2	n=2	n=0	n=0
Mee oneens	0	0%	n=0	n=0	n=0	n=0
Sterk mee oneens	0	0%	n=0	n=0	n=0	n=0
Totaal	33	97%				

Geen respondent heeft 'mee oneens' of sterk mee oneens' geantwoord op de stelling dat zij behoefte hebben aan meer kennis en vaardigheden om zorg aan patiënten met een depressieve stoornis te verlenen, zoals te zien is in Tabel 10. De groep bestaande uit 29 respondenten, vertegenwoordigd door verpleegkundigen met ervaring van 0 tot en met 40 jaar, heeft aangegeven het met de stelling 'eens' of 'sterk mee eens' te zijn.

Tabel 11 Behoefte aan themabijeenkomsten, klinische lessen en/of bijscholing

Behoefte aan themabijeenkomsten, klinische lessen en/of bijscholing	Aantal	Percentage	Aantal jaar ervaring			
			0-10	11-20	21-30	31-40
Sterk mee eens	2	6%	n=0	n=1	n=0	n=0
Mee eens	28	82%	n=11	n=11	n=3	n=2
Neutraal	2	6%	n=1	n=1	n=0	n=0
Mee oneens	1	3%	n=1	n=0	n=0	n=0
Sterk mee oneens	0	0%	n=0	n=0	n=0	n=0
Totaal	33	97%				

In Tabel 11 is te zien dat 30 respondenten met de antwoorden 'mee eens' of 'sterk mee eens' aangegeven heeft behoefte te hebben aan themabijeenkomsten, klinische lessen en/of bijscholing over zorgverlening aan patiënten met een depressieve stoornis. Daarnaast is te zien dat één respondent met 0 tot 10 jaar ervaring met het antwoord 'mee oneens' heeft aangegeven hier juist geen behoefte aan te hebben.

Tabel 12 ADRZ en themabijeenkomsten, klinische lessen en/of bijscholing

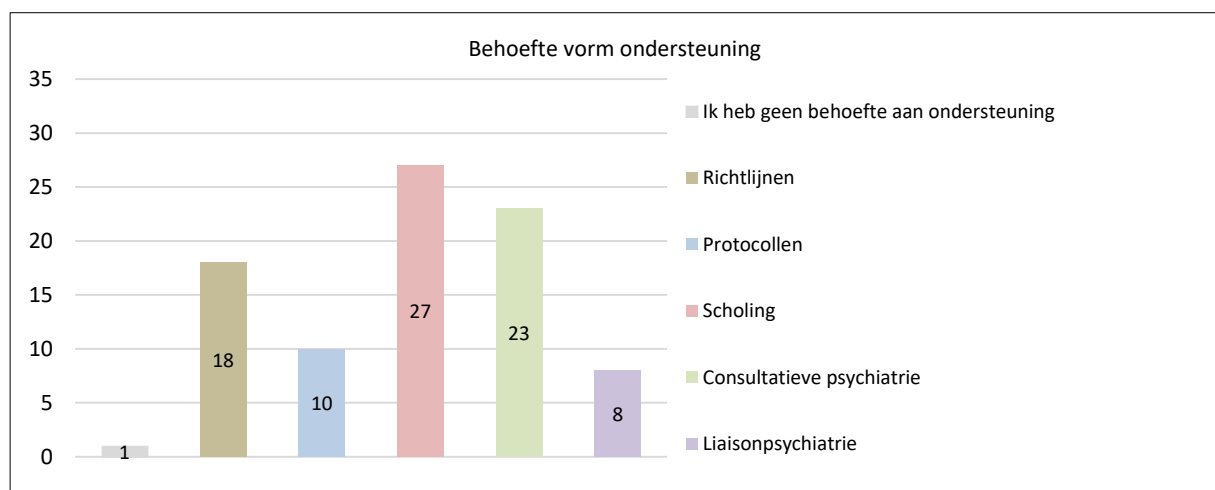
Het ADRZ organiseert voldoende themabijeenkomsten, klinische lessen en/of bijscholing	Aantal	Percentage	Aantal jaar ervaring			
			0-10	11-20	21-30	31-40
Sterk mee eens	1	3%	n=0	n=1	n=0	n=0
Mee eens	3	9%	n=2	n=1	n=0	n=0
Neutraal	7	20%	n=2	n=2	n=2	n=1
Mee oneens	17	50%	n=7	n=8	n=0	n=1
Sterk mee oneens	5	15%	n=2	n=1	n=1	n=0
Totaal	33	97%				

In de bovenstaande Tabel 12 is te zien dat 22 respondenten met het antwoord 'mee eens' of 'sterk mee eens' hebben aangegeven dat het ADRZ onvoldoende themabijeenkomsten, klinische lessen en/of bijscholing over zorgverlening aan patiënten met een depressieve stoornis organiseert. Kijkende naar het aantal jaar ervaring blijkt dat van de 17 respondenten met het antwoord 'mee oneens' er 7 beschikken over 0 tot 10 jaar ervaring en 8 over 11 tot 20 jaar ervaring.

Tabel 13 Behoefte aan ondersteuning

Behoefte aan ondersteuning in de zorg aan patiënten met een depressieve stoornis	Aantal	Percentage	Aantal jaar ervaring			
			0-10	11-20	21-30	31-40
Sterk mee eens	2	6%	n=0	n=2	n=0	n=0
Mee eens	26	76%	n=10	n=10	n=3	n=2
Neutraal	4	12%	n=2	n=1	n=0	n=0
Mee oneens	1	3%	n=1	n=0	n=0	n=0
Sterk mee oneens	0	0%	n=0	n=0	n=0	n=0
Totaal	33	97%				

In Tabel 13 is weergegeven dat 28 respondenten ‘mee eens’ of ‘sterk mee eens’ hebben geantwoord op de vraag of behoefte is aan ondersteuning in de zorg aan patiënten met een depressieve stoornis. Het antwoord ‘mee eens’ is vertegenwoordigd door respondenten met 0 tot en met 40 jaar ervaring.



Figuur 3 Behoefte aan vormen van ondersteuning in de zorg aan patiënten met een depressieve stoornis

Figuur 3 toont aan welke vorm van ondersteuning het meeste behoefte is in de zorg aan patiënten met een depressieve stoornis. Omdat respondenten meerdere antwoorden konden geven is het totaal aantal opgeteld hoger dan het aantal respondenten (n=33) die deze vraag hebben beantwoord. Te zien is dat scholing (n=27) de meest aangegeven vorm van ondersteuning is waar de respondenten behoefte aan hebben. Daarop volgen consultatieve psychiatrie (n=23) en zorg die op verzoek van medisch specialisten door de SPV, de CPV of een nurse practitioner wordt verleend.

Tabel 14 Ondersteuning binnen het ADRZ

Ondersteuning in het ADRZ in de zorg aan patiënten met een depressieve stoornis	Aantal	Percentage	Aantal jaar ervaring			
			0-10	11-20	21-30	31-40
Sterk mee eens	0	0%	n=0	n=0	n=0	n=0
Mee eens	11	32%	n=5	n=4	n=2	n=0
Neutraal	16	47%	n=5	n=7	n=1	n=2
Mee oneens	4	12%	n=1	n=2	n=0	n=0
Sterk mee oneens	2	6%	n=2	n=0	n=0	n=0
Totaal	33	97%				

Tabel 14 toont aan dat 16 respondenten met het antwoord 'neutraal' aan hebben gegeven geen duidelijke mening te hebben over het aanbod aan ondersteuning in de zorg aan patiënten met een depressieve stoornis in het ADRZ. Daartegenover staan 11 respondenten die met het antwoord 'mee eens' wel aan heeft gegeven ondersteuning te krijgen in het ADRZ. Van de 11 respondenten met het antwoord 'mee eens' zeggen 5 respondenten over 0 tot 10 jaar ervaring te beschikken.

4. Discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek vergeleken met bevindingen uit de literatuur. Daarnaast wordt beschreven wat de zwakke en sterke kanten van het onderzoek zijn en hoe die van invloed zijn op de betrouwbaarheid en validiteit.

4.1. Interpretatie van de resultaten

Het doel van het onderzoek is om aan te tonen in hoeverre verpleegkundigen zich deskundig vinden om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten met een (chronische) lichamelijke aandoening te herkennen en in hoeverre zij behoefte hebben aan ondersteuning in de zorg voor depressieve patiënten. Het merendeel van de respondenten is werkzaam op de afdelingen longgeneeskunde en cardiologie (de andere afdelingen zijn ondervetegenwoordigd), waardoor in combinatie met de lage respons van 34% niet meer dan een oppervlakkige beantwoording van de onderzoeksvraag kan worden gegeven.

Uit de verder analyse van de resultaten blijkt dat alle verpleegkundigen vinden dat zij aandacht hebben voor de lichamelijke, psychische en sociale aspecten van de patiënt. Dit is volgens Engeltjes en Spek (2006) belangrijk, omdat een depressieve stoornis zich naast een sombere stemming ook in lichamelijke en sociale klachten uit. Opvallend is dat het resultaat niet overeenkomt met het onderzoek van Honig et al. (2000) waarin geconcludeerd wordt dat verpleegkundigen werkzaam in algemene ziekenhuizen zich met name richten op somatische verschijnselen. Een mogelijke verklaring voor het verschil in resultaten is dat respondenten een sociaal wenselijk antwoord hebben gegeven en dat hun zelfbeeld niet altijd overeenkomt met de werkelijkheid. Alle verpleegkundigen hebben aangegeven dat een depressieve stoornis bij patiënten in het algemeen ziekenhuis aandacht behoeft. Ondanks het feit dat dit niet uit de resultaten blijkt, kan dit betekenen dat verpleegkundigen onderkennen dat zowel de aanwezigheid van een (chronische) lichamelijke aandoening, stress en ziekenhuisopname als biologische, psychologische en sociale factoren het ontstaan en verloop van een depressieve stoornis beïnvloeden, zoals beschreven in de literatuur (Engeltjes & Spek, 2006; Trimbos instituut, 2013; van Steenberg-Weijenburg, et al., 2015).

Het resultaat dat verpleegkundigen het belangrijk vinden dat een depressieve stoornis in het algemeen ziekenhuis aandacht krijgt, wijkt sterk af van de antwoorden op de vraag of verpleegkundigen vinden dat een depressieve stoornis bij patiënten in het ADRZ daadwerkelijk de aandacht krijgt. Het merendeel van de verpleegkundigen heeft hier geen uitgesproken mening over. Dit is opvallend, omdat volgens Engeltjes en Spek (2006) juist de verpleegkundigen een belangrijke rol spelen in de aandacht voor een depressieve stoornis. Zij verzamelen tijdens de zorgverlening belangrijke gegevens die bijdragen aan de diagnostisering. Een mogelijke verklaring voor de afwijking tussen de resultaten kan zijn dat wat Honig et al. (2000) concludeert juist is en verpleegkundigen zich met name richten op somatische verschijnselen. Een kleine meerderheid van de verpleegkundigen heeft aangegeven dat op de verpleegafdeling aandacht is voor patiënten met een depressieve stoornis. Wat de oorzaak is van het verschil in mening over aandacht bij patiënten in het ADRZ en op de verpleegafdeling is niet aan te tonen. Mogelijk speelt toeval een rol. De conclusie van Honig et al. (2000) dat verpleegkundigen werkzaam in het algemeen ziekenhuis weinig aandacht hebben voor gedragsobservaties die bijdragen aan de (vroegtijdige) herkenning en behandeling van een psychiatrische aandoening wordt niet ondersteund. Alle verpleegkundigen hebben aangegeven het belangrijk te vinden en de taak van verpleegkundigen dat ze symptomen van een depressieve

stoornis bij patiënten herkennen. Zo concluderen Engeltjes en Spek (2006) eerder al dat symptomen immers de basis zijn om tot een diagnose te komen. Of verpleegkundigen ook daadwerkelijk van mening zijn dat zij over de kennis en vaardigheden beschikken om symptomen die wijzen op een depressieve stoornis te herkennen, wordt door iets meer dan de helft van de verpleegkundigen bevestigd. Dat verpleegkundigen op basis van verzamelde gegevens interventies ondernemen om tot een diagnose te komen, zoals beschreven is door Engeltjes en Spek (2006), komt overeen met de resultaten van het onderzoek. De interventie die verpleegkundigen het vaakst zeggen te ondernemen, is overleggen met de behandelend arts. Dat is een bijzondere keuze omdat uit Heijmans, Rijken, Schellevis, en van den Bos (2003) blijkt dat medisch specialisten veelal op één specifiek gebied deskundig zijn. Hierdoor missen zij kennis over de noodzaak om psychiatrische patiënten te beoordelen met als resultaat dat psychiatrische stoornissen vaak niet worden herkend en behandeld. Mogelijk speelt het feit dat de behandelend arts als hoofdbehandelaar eindverantwoordelijk is voor de behandeling een rol. Verpleegkundigen zijn van mening dat in het algemeen ziekenhuis aandacht en zorg moet zijn voor patiënten met een depressieve stoornis en proberen er op deze manier waarschijnlijk voor te zorgen dat de aandacht en zorg ook daadwerkelijk wordt gegeven. De resultaten tonen aan dat het merendeel van de verpleegkundigen behoefte heeft aan meer kennis en vaardigheden om zorg aan patiënten met een depressieve stoornis te verlenen. Volgens het merendeel van de verpleegkundigen zou die kennis verkregen moeten worden middels bijscholing. Een verklaring voor het feit dat iets meer dan de helft van de verpleegkundigen heeft aangegeven over kennis en vaardigheden te beschikken maar daarnaast ook zegt behoefte te hebben aan bijscholing kan zijn dat zij hun basiskennis al dan niet in de verpleegopleiding verder willen ontwikkelen. Wat betreft de vraag of het ADRZ voldoende bijscholing organiseert, geven de meeste verpleegkundigen aan dat dit niet het geval is. Zoals Leentjens, van der Feltz-Cornelis, Boenink, en van Everdingen (2008) beschrijven, vereist de herkenning van symptomen en de omgang met patiënten die lijden aan een depressieve stoornis een organisatiebrede aanpak. Dit blijkt ook uit het feit dat het merendeel van de verpleegkundigen heeft aangegeven hier behoefte aan te hebben in de vorm van scholing. Dat een gebrek aan kennis door van Steenberg-Weijnenburg (2013) wordt beschreven als de oorzaak dat verpleegkundigen moeite hebben met zorgverlening aan psychiatrische patiënten kan door de resultaten worden bevestigd. Op de vraag of verpleegkundigen in het ADRZ ondersteuning krijgen, heeft het merendeel van de verpleegkundigen geen duidelijke mening. Deze groep wordt gevolgd door verpleegkundigen die aangeven dit wel te vinden.

Tot slot zijn in de resultaten demografische kenmerken meegenomen. Hieruit blijkt dat het merendeel van de verpleegkundigen op mbo-niveau 4 (in service) en een aantal op hbo-niveau 5 is opgeleid. Opvallend is dat de paar verpleegkundigen met 21 tot 30 en 31 tot 40 jaar werkervaring, die voor het merendeel op mbo-niveau 4 (in service) zijn opgeleid, minder uitgesproken is in hun mening, omdat zij veelal het antwoord 'neutraal' vertegenwoordigen. Mogelijk kan dit worden verklaard doordat de verpleegkundigen gezien de werkervaring in service zijn opgeleid en geen psychiatrie in het curriculum hebben gehad.

4.2. Sterke en zwakke kanten van het onderzoek

Rond de uitvoering van het onderzoek zijn een aantal punten die van invloed kunnen zijn op de betrouwbaarheid en de validiteit van het uitgevoerde onderzoek. De enquête bevatte voor iedere respondent dezelfde vragen en kon maar één keer per persoon ingevuld worden. Gedurende de periode waarin de enquête beschikbaar is geweest, konden de respondenten onderling overleggen en het internet raadplegen, waardoor mogelijke vertekening van de onderzoeksresultaten niet is uitgesloten. Echter, gezien de korte periode waarin de enquête beschikbaar was, zal dit minimaal zijn geweest. Tijdens de verwerking van de gegevens bleek dat veruit de meeste respons afkomstig was van verpleegkundigen die werkzaam waren op twee van de vijf geïncludeerde beschouwende verpleegafdelingen van het ADRZ. Geen van de respondenten was werkzaam op afdeling neurologie en slechts enkelen op geriatrie en interne geneeskunde. Hierdoor wordt de externe validiteit en dan met name de generaliseerbaarheid verkleind. Door de verkleinde generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten kan niet meer dan een oppervlakkige beantwoording van de onderzoeksvraag worden gegeven gericht op de afdelingen cardiologie en longgeneeskunde. Het feit dat de onderzoeker tijdens het onderzoek werkzaam was op afdeling longgeneeskunde kan een rol spelen in de hoogte van de respons en de beantwoording. Door een fout in de digitale enquête bleek dat drie respondenten op de vraag 'duur werkzaam als gediplomeerd verpleegkundige' een afwijkend antwoord hadden gegeven. Hierdoor moesten deze antwoorden als missing worden geregistreerd. Een van de in totaal 34 respondenten heeft alleen antwoord gegeven op de eerste drie vragen, waardoor de overige vragen één antwoord missen. Doordat slechts sprake is van één ontbrekend antwoord is de antwoordscore onder de respondenten hoog. Het meetinstrument dat voor dit onderzoek door de onderzoeker is opgesteld, geeft door middel van een beperkt aantal keuzemogelijkheden, gebaseerd op literatuur, inzicht in meningen over stellingen en de voorkeur voor interventies en beleid onder grote aantallen respondenten. Omdat de vraagstelling van het meetinstrument gericht is op de mening over het zelfbeeld van de respondent is de kans groot dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven, wat voor vertekening van de resultaten zorgt. Voor de motivatie waarom een respondent een bepaald antwoord heeft gegeven was echter geen ruimte en die motivatie blijft in dit kwantitatief onderzoek dus onduidelijk.

5. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt per deelvraag een conclusie getrokken. Hierbij is rekening gehouden met de bevindingen uit het hoofdstuk Discussie. De onderzoeksvraag luidde als volgt:

‘In hoeverre vinden verpleegkundigen die werkzaam zijn op de algemene beschouwende verpleegafdelingen van het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (ADRZ) Goes zich deskundig om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten met een (chronische) lichamelijke aandoening te herkennen en in hoeverre hebben zij behoefte aan ondersteuning in hun zorg voor depressieve patiënten?’

5.1. Deelvraag 1

In hoeverre vinden verpleegkundigen die werkzaam zijn op de algemene beschouwende verpleegafdeling van het ADRZ Goes zich deskundig om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten met een (chronische) lichamelijke aandoening te herkennen?

Deze deelvraag kan niet zonder meer beantwoord worden. Dit komt door de lage respons en het feit dat de resultaten veelal afkomstig zijn van verpleegkundigen die werkzaam zijn op slechts twee van de vijf beschouwende verpleegafdelingen. De conclusie kan niet worden gegeneraliseerd naar de algemene beschouwende verpleegafdelingen van het ADRZ Goes als geheel waardoor slechts tot een oppervlakkige beantwoording van deelvraag 1 zal worden overgegaan.

De resultaten van een aantal onderliggende vragen ter ondersteuning van deelvraag 1 geven inzicht in de mening van verpleegkundigen over een depressieve stoornis. Zo kan worden geconcludeerd dat de verpleegkundigen van mening zijn aandacht te hebben voor de lichamelijk, psychische en sociale aspecten van patiënten, dat zij vinden dat een depressieve stoornis bij patiënten in het algemeen ziekenhuis aandacht behoeft en dat ze het de taak vinden van verpleegkundigen, werkzaam in het ADRZ, om symptomen van een depressieve stoornis te herkennen.

Of verpleegkundigen zich ook daadwerkelijk deskundig vinden om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten met een (chronische) lichamelijke aandoening te herkennen, wordt door een kleine meerderheid bevestigd. Een kleine meerderheid van de verpleegkundigen geeft ook aan van mening te zijn over de relevante kennis en vaardigheden te beschikken en verpleegkundige interventies te gebruiken om symptomen bij patiënten te herkennen. Interventies die verpleegkundigen vooral zeggen te ondernemen zijn overleggen met de behandelend arts, collega-verpleegkundigen en de contactpersoon van de patiënt.

5.2. Deelvraag 2

In hoeverre hebben verpleegkundigen behoefte aan ondersteuning in hun zorg voor depressieve patiënten?

Uit dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat de meeste verpleegkundigen behoefte hebben aan meer kennis en vaardigheden om zorg aan patiënten met een depressieve stoornis te verlenen. De meerderheid van de verpleegkundigen vraagt om meer themabijeenkomsten, klinische lessen en/of bijscholingen gericht op zorgverlening aan patiënten met een depressieve stoornis. Een mogelijke oorzaak waardoor deze vraag zo hoog is, is dat de meerderheid van mening is dat het ADRZ onvoldoende op dat gebied organiseert.

Naast het feit dat de meeste verpleegkundigen aangeven behoefte te hebben aan meer kennis en vaardigheden bestaat onder het merendeel van hen ook een behoefte aan ondersteuning in de zorg aan patiënten met een depressieve stoornis. Of verpleegkundigen vinden dat het ADRZ, door ondersteuning te bieden in de zorg aan patiënten met een depressieve stoornis, aan die behoefte voldoet, kan niet eenduidig worden geconcludeerd. Zo heeft een meerderheid van de verpleegkundigen geen duidelijke mening, gevolgd door verpleegkundigen die aangeven wel ondersteuning te krijgen in de zorg. Op de vraag aan welke vorm van ondersteuning behoefte is, noemen verpleegkundigen met name scholing en consultatieve psychiatrie.

5.3 Eindconclusie

Het merendeel van de verpleegkundigen werkzaam op twee van vijf algemene beschouwende verpleegafdeling van het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis Goes vindt zich deskundig om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten met een (chronische) lichamelijke aandoening te herkennen. Onder de verpleegkundigen blijft echter een behoefte bestaan aan deskundigheidsbevordering en ondersteuning in de zorg voor patiënten met een depressieve stoornis. De organisatie van scholingen in de vorm van themabijeenkomsten en klinische lessen, alsook consultatieve psychiatrie is volgens verpleegkundigen de manier om hier vorm aan te geven.

6. Aanbevelingen

Uit het onderzoek volgen aanbevelingen voor de praktijk en voor vervolgonderzoek.

6.1 Aanbeveling voor de praktijk

In het onderzoek is vastgesteld dat verpleegkundigen behoefte hebben aan deskundigheidsbevordering en ondersteuning in de zorg voor patiënten met een depressieve stoornis in het ADRZ. Een aantal aanbevelingen kan daarbij helpen:

- de ontwikkeling en uitvoering van een implementatieplan gericht op een in de organisatie verweven afdeling ziekenhuispsychiatrie met voldoende deskundigen in de psychiatrie (SPV, CPV, nurse practitioner en psychiater), zodat de deskundigheid op het gebied van psychiatrie terug is binnen de muren van het ADRZ en er weer de mogelijkheid is consultatieve psychiatrie te bieden;
- de opstelling van een werkgroep waarin verschillende deskundigen in de psychiatrie en verpleegkundigen werkzaam op de algemene beschouwende verpleegafdelingen in participeren, zodat vanuit de werkvloer (bottom-up) en op iteratieve wijze vorm kan worden gegeven aan verbeterplannen op het gebied van psychiatrische zorg in het ADRZ;
- de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem met protocollen, standaarden, richtlijnen gericht op de zorgverlening voor patiënten met een depressieve stoornis in het algemeen ziekenhuis, zodat alle betrokken zorgverleners deze op eenduidige en efficiënte wijze kunnen raadplegen en toepassen;
- de aanpassing van het elektronisch patiëntendossier, zodat preventief gescreend kan worden of patiënten bekend zijn met een depressieve stoornis of een verhoogd risico lopen om een depressieve stoornis te ontwikkelen en waardoor direct en op efficiënte wijze een SPV, CPV of nurse practitioner in consult kan worden gevraagd om de patiënt en verpleegkundige gedurende de gehele opname te begeleiden, te adviseren en te ondersteunen;
- regelmatige themabijeenkomsten en klinische lessen die in het teken staan van een depressieve stoornis bij patiënten in het algemeen ziekenhuis.

6.2 Aanbeveling voor vervolgonderzoek

Na de analyse van de onderzoeksgegevens kwam naar voren dat de respons van het onderzoek laag was, waardoor niet meer dan een oppervlakkige beantwoording van de onderzoeksvraag kon worden geformuleerd. Daarnaast bleek dat grote groepen verpleegkundigen aan hebben gegeven geen uitgesproken mening te hebben en dat de vraagstelling van het meetinstrument gericht op de mening van de verpleegkundigen zorgde voor tegenstrijdigheden in de onderzoeksgegevens. Wat verpleegkundigen persoonlijk vinden, is niet per definitie gelijk aan de werkelijkheid. Door de lage respons, de aanwezigheid van grote groepen zonder uitgesproken mening en de vraagstelling van het meetinstrument is aan te bevelen om vervolgonderzoek te laten doen. Kwalitatief onderzoek in de vorm van een open interview kan diepgaande informatie verschaffen over de beweegredenen die aan de tegenstrijdigheden onderliggend zijn en over het ontbreken van een uitgesproken mening. Ook speelt de lage respons bij de afname van interviews geen rol. Door de intensiviteit van de afname en analyse zijn interviews met grote groepen respondenten niet haalbaar. De toekomstig onderzoeker blijft interviews houden tot de informatie afkomstig van de respondenten verzadigd is.

Bronvermelding

- American Psychiatric Association. (2014). *Beknopt overzicht van de criteria DSM-5*. (N. V. Psychiatrie, Vert.) Amsterdam: Uitgeverij BOOM.
- Baseler, M. C., & Linssen, M. B. (2004). *Kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering voor verpleegkundigen*. Baarn: Uitgeverij NijghVersluys.
- Bos, M. (2004). Breed opleiden mislukt als psychiatrie buiten beeld blijft. *Onderwijs en Gezondheidszorg*(28), 7-12. doi:10.1007/BF03071339
- CheckMarket. (2016). *CheckMarket*. Opgehaald van <https://nl.checkmarket.com/marktonderzoek-hulpbronnen/steekproefcalculator/>
- de Niet, G. (2006). Gabriël Roodbol over consultatieve psychiatrie in het algemeen ziekenhuis, de ontwikkelingen en een opgelapt oud paard. *PsychoPraxis*(8), 140-143. doi:10.1007/BF03072288
- Engeltjes, A., & Spek, J. (2006). *Verplegen van zorgvragers met een psychiatrische ziekte 1*. Baarn: Uitgeverij NijghVersluys.
- Enquêtes Maken. (2016). *Startpagina*. Opgehaald van Enquêtes Maken: <https://www.enquetesmaken.com/>
- Geenen, O., & van der Poel, B. (2008). Psychiatrische patiënten in een algemeen ziekenhuis: wie past zich aan? *PsychoPraxis*, 144-146.
- Habraken, J. (2014). *Bronvermelding volgens de richtlijnen van de APA*. Tilburg: Tilburg University.
- Heijmans, M., Rijken, P., Schellevis, F., & van den Bos, G. (2003). *Meer dan een ziekte*. Nivel. Opgehaald van www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/meer-dan-een-ziekte.pfd?
- Hesselink, J. (2010). *Oriëntatie op Verpleegkunde*. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Honig, A., Hendriks, C., Brummer, R., Troost, J., Kuijpers, P., Fiolet, H., & van Praag, H. (2000). Multidisciplinaire zorg voor gecombineerde somatische en psychiatrische problemen. *NeuroPraxis*(4), 61-61. doi:10.1007/BF03078967
- Leentjens, A., van der Feltz-Cornelis, C., Boenink, A., & van Everdingen, J. (2008). Richtlijn 'Consultatieve psychiatrie' van de Nederlandse Vereniging voor psychiatrie voor consulten in de eerste lijn en in de ziekenhuissetting. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*(152), 1914-1917.
- Meernik, I. (2015, November 11). *Verband reuma, hartziekten en depressie ontdekt*. Opgehaald van Gezondheidsnet: <http://www.gezondheidsnet.nl/hart-en-vaatziekten/verband-reuma-hartziekten-en-depressie-ontdekt>

- Meijer, S., & Hamberg- van Reenen, H. (2011, September 22). *Wat is preventie?* Opgehaald van Nationaal Kompas Volksgezondheid: <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/wat-is-preventie/>
- Nederlandse Federatie voor Ziekenhuis Psychiatrie. (2010, Januari). Psychiatrie in het algemeen ziekenhuis. Nederland.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2008). Richtlijn consultatieve psychiatrie. Nederland. Opgehaald van www.nvvp.net/website/richtlijnen/overzicht-richtlijnen
- Nevid, J., Rathus, S., & Greene, B. (2008). *Psychiatrie in de verpleegkunde*. (E. Hoencamp, J. Haffmans, & A. Bos, Vert.) Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Oelen, M. (2012, September 10). *Ziekenhuisverpleegkundige heeft moeite met psychiatrische patiënt*. Opgehaald van Nursing: <http://www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Nieuws/2012/9/Ziekenhuisverpleegkundige-heeft-moeite-met-psychiatrische-patiAnt-NURS008185W/>
- Omroep Zeeland. (2016, Januari 7). *PAAZ-afdeling ADRZ Vlissingen verhuist naar Emergis*. Opgehaald van Omroep Zeeland: http://www.omroepzeeland.nl/nieuws/2016-01-07/958815/paaz-afdeling-adrz-vlissingen-verhuist-naar-emergis#.Vuwni_nhDNN
- Robben, P., & Tietema, W. (2005). Ziekenhuispsychiatrie niet transparant. *Medisch Contact* , 60(23), 1071-1074.
- Ruth, P. (z.d.). Een ziekte komt zelden alleen. *Een verkenning van de organisatie van zorg voor chronisch zieken met comorbiditeit in de eerste lijn* . Nederland: Vilans.
- Schellevis, F., & Hoeymans, N. (2013, November 14). *Wat zijn de gevolgen van multimorbiditeit voor de zorg?* Opgeroepen op Maart 14, 2016, van Nationaal Kompas Volksgezondheid: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/wat-zijn-de-gevolgen-van-multimorbiditeit-voor-de-zorg/>
- Tijdschrift Praktijkondersteuning. (2008). *Depressie: een nieuwe risicofactor voor hart- en vaatziekten*. Opgehaald van Tijdschrift praktijkondersteuning: <http://www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl/archief/volledig/id89-depressie-een-nieuwe-risicofactor-voor-hart-en-vaatziekten.html#hetverbandtussendepressieenhartenvaatziekten>
- Trimbos instituut. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn depressie derde revisie*. Opgehaald van www.ggzrichtlijnen.nl
- van Steenbergen-Weijnenburg, K. (2013). *Depression in chronic medically ill patients*. (Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam). Opgehaald van http://www.bmg.eur.nl/fileadmin/ASSETS/bmg/Onderzoek/Promoties/Promoties_2013/Proefschrift_Steenbergen.pdf
- van Steenbergen-Weijnenburg, K., van der Feltz-Cornelis, C., van Benthem, T., Horn, E., Ploeger, R., Brals, J., . . . Beekman, A. (2015). Collaborative care voor de behandeling van comorbide depressieve stoornis bij chronisch lichamelijk zieke patiënten op een polikliniek van een algemeen ziekenhuis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57(4), 248-257.

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Bijlage 1 Toestemmingsformulier

Nadat de opleiding fase 1B heeft goedgekeurd dient ook de organisatie of instelling akkoord te gaan met de uitvoering zoals die beschreven is in het onderzoeksvoorstel (fase 1B).

Door dit formulier te ondertekenen wordt er toestemming gegeven aan **Simon de Koster** om het praktijkgerichte onderzoek uit te voeren bij de benoemde instelling zoals beschreven in de onderzoeksopzet van fase 1B.

Naam instelling : **Admiraal De Ruyter Ziekenhuis**
Naam begeleider/contactpersoon : *michèle snyders- swaager*
Functie begeleider/contactpersoon : *teamleider*
Adres : **'s-Gravenpolderseweg 114**
Postcode en Plaats : **4462 RA Goes**
E-mail begeleider/contactpersoon : *m. snyders@adrz.nl*

De student scant na ondertekening het formulier en stuurt dit op naar de begeleider (docent) van het praktijkgerichte onderzoek.

Datum
2-6-2016

Plaats
Goes

Handtekening



Bijlage 2 Enquête

DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

Op welke verpleegafdeling van het ADRZ bent u werkzaam? *

- ☐ Cardiologie
- ☐ Geriatrie
- ☐ Interne geneeskunde
- ☐ Longgeneeskunde
- ☐ Neurologie

Pagina 2

Wat is uw hoogst afgeronde verpleegkunde opleiding? *

- ☐ Verpleegkundig specialist
- ☐ Verpleegkundige hbo niveau 5
- ☐ Verpleegkundige mbo niveau 4 (in service)
- ☐ Nog geen afgeronde opleiding

Pagina 3

Hoe lang bent u al werkzaam als (gediplomeerd) verpleegkundige? *

HOOFDVRAGEN

Vraag 4 *

	Sterk mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Sterk mee oneens
In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik heb als verpleegkundige aandacht voor de lichamelijke, psychische en sociale aspecten van de patiënt'?	☐	☐	☐	☐	☐

Pagina 5

Vraag 5 *

	Sterk mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Sterk mee oneens
In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik vind dat een depressieve stoornis bij patiënten in het algemeen ziekenhuis aandacht behoeft'?	☐	☐	☐	☐	☐

Pagina 6

Vraag 6 *

	Sterk mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Sterk mee oneens
In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik vind dat een depressieve stoornis bij patiënten in het ADRZ de aandacht krijgt van zorgverleners'	☐	☐	☐	☐	☐

Pagina 7

Vraag 7 *

	Sterk mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Sterk mee oneens
In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik vind dat op de verpleegafdeling aandacht is voor patiënten met een depressieve stoornis'?	☐	☐	☐	☐	☐

Pagina 8

Vraag 8 *

	Sterk mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Sterk mee oneens
In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik vind dat het de taak van de verpleegkundige in het ADRZ is om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten te herkennen'?	☐	☐	☐	☐	☐

Pagina 9

Vraag 9 *

	Sterk mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Sterk mee oneens
In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik vind het als verpleegkundige belangrijk om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten te herkennen'?	☐	☐	☐	☐	☐

Pagina 10

Vraag 10 *

	Sterk mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Sterk mee oneens
In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik heb als verpleegkundige kennis (definitie, symptomen, oorzaak, ontstaan) van het ziektebeeld depressieve stoornis'?	☐	☐	☐	☐	☐

Pagina 11

Vraag 11 *

	Sterk mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Sterk mee oneens
In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik heb genoeg kennis om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten te herkennen'?	☐	☐	☐	☐	☐

Pagina 12

Vraag 12 *

	Sterk mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Sterk mee oneens
In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik heb vaardigheden om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten te herkennen'?	☐	☐	☐	☐	☐

Pagina 13

Vraag 13 *

	Sterk mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Sterk mee oneens
In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik onderneem als verpleegkundige interventies om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten te herkennen'?	☐	☐	☐	☐	☐

Vraag 14

Interventies die ik als verpleegkundige onderneem om symptomen van een depressieve stoornis vast te stellen zijn:

(meerdere antwoorden mogelijk) *

- ☐ Ik onderneem geen interventies
- ☐ Ik zorg voor een open sfeer
- ☐ Ik stimuleer de patiënt om zijn/haar mening te geven
- ☐ Ik overleg met een collega-verpleegkundige
- ☐ Ik overleg met contactpersoon van de patiënt
- ☐ Ik overleg met behandelend arts
- ☐ Ik pas screeningsinstrumenten toe (bijvoorbeeld HADS en PHQ-9)
- ☐ Ik schakel deskundigen in de psychopathologie in (sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV), consultatief-psychiatrisch verpleegkundige (CPV) of een nurse practitioner)

Pagina 14

Vraag 15 *

	Sterk mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Sterk mee oneens
In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik heb als verpleegkundige behoefte aan meer kennis en vaardigheden (deskundigheid) om zorg aan patiënten met een depressieve stoornis te verlenen'?	☐	☐	☐	☐	☐

Vraag 16 *

	Sterk mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Sterk mee oneens
In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik heb als verpleegkundige behoefte aan themabijeenkomsten, klinische lessen en/of bijscholingen over het verlenen van zorg aan patiënten met een depressieve stoornis'?	☐	☐	☐	☐	☐

Pagina 15

Vraag 17 *

	Sterk mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Sterk mee oneens
In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik vind dat het ADRZ voldoende themabijeenkomsten, klinische lessen en/of bijscholingen organiseert over het verlenen van zorg aan patiënten met een depressieve stoornis'?	☐	☐	☐	☐	☐

Pagina 16

Vraag 18 *

	Sterk mee eens	Mee eens	Neutraal	Mee oneens	Sterk mee oneens
In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik heb als verpleegkundige behoefte aan ondersteuning in de zorg aan patiënten met een depressieve stoornis'?	☐	☐	☐	☐	☐

Vraag 19

Aan welke vormen van ondersteuning heeft u als verpleegkundigen behoefte in de zorg aan patiënten met een depressieve stoornis?

(meerdere antwoorden mogelijk) *

☐ Ik heb geen behoefte aan ondersteuning

☐ Richtlijnen

☐ Protocollen

☐ Scholing

Consultatieve psychiatrie (zorg die op verzoek van medisch specialisten door sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), consultatief psychiatrisch verpleegkundige (CPV) of een nurse practitioner wordt verleend)

☐

Liaisonpsychiatrie (een intensievere versie van de consultatieve psychiatrie, waarbij het continue contact met de afdeling en het vroegtijdig herkennen van symptomen die wijzen op een psychiatrische aandoening centraal staan)

☐

Pagina 17

Vraag 20 *

Sterk mee eens

Mee eens

Neutraal

Mee oneens

Sterk mee oneens

In hoeverre bent u het eens met de stelling 'Ik krijg als verpleegkundige binnen het ADRZ ondersteuning in de zorg aan patiënten met een depressieve stoornis'?

☐☐☐☐☐

» **Redirection to final page of Enquêtes Maken**

Bijlage 3 Uitnodiging

Beste (collega) verpleegkundige,

Mijn naam is Simon de Koster, momenteel ben ik werkzaam als verpleegkundige op de afdeling longgeneeskunde. Daarnaast volg ik de opleiding tot HBO- Verpleegkundige aan de HZ University of Applied Sciences in Vlissingen. Over een aantal maanden studeer ik af. Een onderdeel van het afstuderen is het uitvoeren van een afstudeeronderzoek. Ik heb toestemming gekregen om mijn onderzoek uit te voeren op de afdelingen longgeneeskunde, interne geneeskunde, neurologie, geriatrie en cardiologie en hoop dat jij me daarbij wilt helpen.

Uit diverse onderzoeken blijkt dat patiënten met een somatische aandoening een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een depressieve stoornis. Het hebben van een depressieve stoornis bij patiënten met een somatische aandoening vergroot het risico op complicaties aanzienlijk. Hierdoor wil ik voor mijn afstudeeronderzoek inzichtelijk maken “*in hoeverre vinden verpleegkundigen zich deskundig om symptomen van een depressieve stoornis bij patiënten met (chronische) lichamelijke aandoening te herkennen en in hoeverre hebben zij behoefte aan ondersteuning in hun zorg voor depressieve patiënten*”. Doormiddel van de resultaten uit de enquêtes kan ik aanbevelingen opstellen om het herkennen van een depressieve stoornis bij patiënten met een (chronische) lichamelijke aandoening te verbeteren en inzichtelijk maken welke ondersteuning verpleegkundigen nodig hebben om de zorg voor depressieve patiënten te verbeteren.

Ik wil je dan ook als collega-verpleegkundige uitnodigen om deel te nemen aan mijn digitale enquête.

Het invullen van de 20 gesloten vragen kost ongeveer 10 minuten van je tijd. Klik op de volgende link: <https://www.enquetesmaken.com/s/afstudeeronderzoeksdk> om de enquête in te vullen. Het invullen van de enquête kan tot en met 24 september. Alle informatie verkregen vanuit de enquête is anoniem, waardoor antwoorden niet naar individuen herleidbaar zijn.

Ik wil je alvast hartelijk danken voor je hulp, ik stel de medewerking zeer op prijs!

Voor vragen ben ik altijd beschikbaar via kost0054@hz.nl of s.dekoster@adrz.nl.

Met vriendelijke groet,

Simon de Koster

Bijlage 4 Herinneringsuitnodiging

Beste (collega) Verpleegkundige,

In week 37 heb ik je via de teamleider uitgenodigd om deel te nemen aan mijn afstudeeronderzoek, het invullen van een digitale enquête.

Tot nu toe hebben een aantal collega's de digitale enquête ingevuld. Het zou het fijn zijn dat dit aantal nog iets verder toeneemt. Wanneer je de digitale enquête nog niet hebt ingevuld wil ik je via deze weg nogmaals uitnodigen om dit te doen door te klikken op de volgende link: <https://www.enquetesmaken.com/s/afstudeeronderzoeksdk>. Het invullen van de 20 gesloten vragen kost maximaal 10 minuten van je tijd en is volledig anoniem, waardoor antwoorden niet naar je als persoon te herleiden zijn. Het invullen van de enquête kan tot en met zaterdag 24 september.

Wanneer je de digitale enquête al wel hebt ingevuld wil ik je via deze weg hartelijk danken voor je tijd en medewerking!

Voor vragen ben ik altijd beschikbaar via kost0054@hz.nl of s.dekoster@adrz.nl.

Met vriendelijke groet,

Simon de Koster

?

?

?

?

?

?

?

?

Bijlage 5 Datafile

Data versie 1.sav [DataSet1] - IBM SPSS Statistics Data Editor

	Afdeling	Opleiding	Ervaring	Ervaringw...	Vraag4	Vraag5	Vraag6	Vraag7	Vraag8	Vraag9	Vraag10	Vraag11	Vraag12
1	4	2	20	2	1	1	3	3	2	1	3	4	4
2	4	3	5	1	2	2	3	3	1	2	2	1	1
3	4	3	12	2	2	2	4	2	2	2	4	5	4
4	1	2	18	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3
5	4	2	3	1	1	1	4	2	1	1	1	1	1
6	4	2	23	3	2	2	4	4	2	2	4	4	2
7	1	3	9	1	2	1	3	3	2	1	2	2	2
8	4	3	6	1	1	2	2	3	3	2	3	3	3
9	4	3	20	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1
10	1	3	2	1	2	2	4	4	1	2	3	3	3
11	1	3	2	1	2	1	4	1	2	3	2	2	2
12	1	2	18	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
13	4	3	17	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2
14	1	4	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999
15	4	3	19	2	1	1	4	2	2	2	3	3	3
16	4	2	999	999	2	1	3	3	2	1	2	3	2
17	4	3	5	1	1	2	2	3	2	2	2	3	2
18	4	3	25	3	2	2	2	2	2	1	3	3	3
19	2	2	6	1	1	2	3	2	2	2	3	2	3
20	3	2	20	2	1	1	4	4	2	2	2	3	3

Data View Variable View

IBM SPSS Statistics Processor is ready | Unicode ON | 13:02 27-9-2016

Data versie 1.sav [DataSet1] - IBM SPSS Statistics Data Editor

	Vraag13	Vraag14A	Vraag14B	Vraag14C	Vraag14D	Vraag14E	Vraag14F	Vraag14G	Vraag14H	Vraag15	Vraag16	Vraag17	Vraag18
1	3	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2
2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	2
3	4	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	5	1
4	2	2	1	1	1	1	1	2	1	3	3	3	3
5	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2	2	5	2
6	4	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	5	2
7	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	2
8	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	4	2
9	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	4	2
10	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	4	2
11	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	4	2
12	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2
13	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1
14	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999
15	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	4	2
16	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	5	2
17	3	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	4	2
18	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	3	2
19	4	1	2	2	2	2	2	2	2	3	4	3	4
20	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	4	2

Data View Variable View

IBM SPSS Statistics Processor is ready | Unicode ON | 13:03 27-9-2016

Data versie 1.sav [DataSet1] - IBM SPSS Statistics Data Editor

	Vraag19A	Vraag19B	Vraag19C	Vraag19D	Vraag19E	Vraag19F	Vraag20	var	var	var	var	var	var	var	var
1	2	2	1	1	1	2	4								
2	2	1	2	2	1	1	5								
3	2	1	2	1	1	1	3								
4	2	1	1	2	2	2	3								
5	2	2	2	1	1	1	5								
6	2	2	1	2	1	1	3								
7	2	1	2	2	1	2	3								
8	2	2	2	2	1	1	2								
9	2	1	1	1	1	1	3								
10	2	2	2	1	1	2	3								
11	2	2	2	1	1	2	2								
12	2	1	1	1	2	2	3								
13	2	1	2	1	1	2	2								
14	999	999	999	999	999	999	999								
15	2	2	2	1	1	2	3								
16	2	1	2	1	1	2	4								
17	2	2	2	1	1	2	2								
18	2	1	2	1	1	1	2								
19	1	2	2	2	2	2	2								
20	2	1	2	1	1	1	3								

Data View Variable View

IBM SPSS Statistics Processor is ready | Unicode ON | 13:03 27-9-2016

Data versie 1.sav [DataSet1] - IBM SPSS Statistics Data Editor

	Afdeling	Opleiding	Ervaring	Ervaringw...	Vraag4	Vraag5	Vraag6	Vraag7	Vraag8	Vraag9	Vraag10	Vraag11	Vraag12
21	4	3	5	1	2	2	3	3	2	2	4	4	4
22	4	3	20	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2
23	4	3	12	2	1	1	4	4	2	2	3	2	2
24	2	3	20	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2
25	1	3	20	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
26	1	3	35	4	2	2	2	2	2	2	3	3	3
27	1	3	40	4	2	2	4	4	2	2	2	3	3
28	1	2	4	1	2	1	3	3	2	1	3	3	4
29	1	3	18	2	1	2	3	3	2	2	4	4	4
30	1	3	25	3	1	1	3	3	1	1	2	2	3
31	3	3	999	999	2	1	3	3	1	1	2	2	4
32	3	3	0	1	1	1	3	3	1	1	2	2	2
33	1	3	10	1	2	2	3	2	2	2	3	2	3
34	1	3	3	1	1	1	2	2	3	1	2	2	1
35													
36													
37													
38													
39													
40													

Data View Variable View

IBM SPSS Statistics Data Editor

File Edit View Data Transform Analyze Direct Marketing Graphs Utilities Add-ons Window Help

Visible: 33 of 33 Variables

	Vraag13	Vraag14A	Vraag14B	Vraag14C	Vraag14D	Vraag14E	Vraag14F	Vraag14G	Vraag14H	Vraag15	Vraag16	Vraag17	Vraag18
21	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	4	2
22	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	4	2
23	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	4	2
24	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	4	2
25	2	2	2	2	1	2	1	2	1	3	2	4	2
26	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	4	2
27	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	2
28	3	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	5	2
29	3	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	4	2
30	3	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2
31	3	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	4	3
32	4	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	4	2
33	3	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	4	2
34	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	3	3
35													
36													
37													
38													
39													
40													

Data View Variable View

IBM SPSS Statistics Processor is ready Unicode ON

IBM SPSS Statistics Data Editor

File Edit View Data Transform Analyze Direct Marketing Graphs Utilities Add-ons Window Help

Visible: 33 of 33 Variables

40 : Vraag14E	Vraag19A	Vraag19B	Vraag19C	Vraag19D	Vraag19E	Vraag19F	Vraag20	var	var	var	var	var	var	var
21	2	1	1	1	1	2	3							
22	2	2	1	1	2	2	4							
23	2	2	2	1	2	2	3							
24	2	2	2	1	1	2	2							
25	2	1	2	1	1	2	2							
26	2	2	2	1	2	2	3							
27	2	1	1	1	1	2	3							
28	2	2	2	1	2	2	3							
29	2	1	2	1	1	2	2							
30	2	1	2	1	2	2	2							
31	2	1	2	1	1	2	3							
32	2	1	1	1	2	2	4							
33	2	2	2	1	1	2	2							
34	2	1	1	1	2	2	3							
35														
36														
37														
38														
39														
40														

Data View Variable View

IBM SPSS Statistics Processor is ready Unicode ON

Bijlage 6 Codeboek

	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure	Role
1	Afdeling	Numeric	8	0	Op welke verpleegafdeling...	{1, Cardiol...	999	8	Right	Nominal	Input
2	Opleiding	Numeric	8	0	Wat is uw hoogst afgeron...	{1, Verplee...	999	8	Right	Ordinal	Input
3	Ervaring	Numeric	8	0	Hoe lang bent u al werkza...	None	999	8	Right	Scale	Input
4	Ervaring...	Numeric	8	0	Ervaring werk per categorie	{1, 0-10 jaa...	999	8	Right	Nominal	Input
5	Vraag4	Numeric	8	0	In hoeverre bent u het een...	{1, Sterk m...	999	8	Right	Ordinal	Input
6	Vraag5	Numeric	8	0	In hoeverre bent u het een...	{1, Sterk m...	999	8	Right	Ordinal	Input
7	Vraag6	Numeric	8	0	In hoeverre bent u het een...	{1, Sterk m...	999	8	Right	Ordinal	Input
8	Vraag7	Numeric	8	0	In hoeverre bent u het een...	{1, Sterk m...	999	8	Right	Ordinal	Input
9	Vraag8	Numeric	8	0	In hoeverre bent u het een...	{1, Sterk m...	999	8	Right	Ordinal	Input
10	Vraag9	Numeric	8	0	In hoeverre bent u het een...	{1, Sterk m...	999	8	Right	Ordinal	Input
11	Vraag10	Numeric	8	0	In hoeverre bent u het een...	{1, Sterk m...	999	8	Right	Ordinal	Input
12	Vraag11	Numeric	8	0	In hoeverre bent u het een...	{1, Sterk m...	999	8	Right	Ordinal	Input
13	Vraag12	Numeric	8	0	In hoeverre bent u het een...	{1, Sterk m...	999	8	Right	Ordinal	Input
14	Vraag13	Numeric	8	0	In hoeverre bent u het een...	{1, Sterk m...	999	8	Right	Ordinal	Input
15	Vraag14A	Numeric	8	0	Interventies die ik onderne...	{1, Ja}...	999	8	Right	Nominal	Input
16	Vraag14B	Numeric	8	0	Interventies die ik onderne...	{1, Ja}...	999	8	Right	Nominal	Input
17	Vraag14C	Numeric	8	0	Interventies die ik onderne...	{1, Ja}...	999	8	Right	Nominal	Input
18	Vraag14D	Numeric	8	0	Interventies die ik onderne...	{1, Ja}...	999	8	Right	Nominal	Input
19	Vraag14E	Numeric	8	0	Interventies die ik onderne...	{1, Ja}...	999	8	Right	Nominal	Input
20	Vraag14F	Numeric	8	0	Interventies die ik onderne...	{1, Ja}...	999	8	Right	Nominal	Input
21	Vraag14G	Numeric	8	0	Interventies die ik onderne...	{1, Ja}...	999	8	Right	Nominal	Input
22	Vraag14H	Numeric	8	0	Interventies die ik onderne...	{1, Ja}...	999	8	Right	Nominal	Input
23	Vraag15	Numeric	8	0	In hoeverre bent u het een...	{1, Sterk m...	999	8	Right	Ordinal	Input
24	Vraag16	Numeric	8	0	In hoeverre bent u het een...	{1, Sterk m...	999	8	Right	Ordinal	Input
25	Vraag17	Numeric	8	0	In hoeverre bent u het een...	{1, Sterk m...	999	8	Right	Ordinal	Input
26	Vraag18	Numeric	8	0	In hoeverre bent u het een...	{1, Sterk m...	999	8	Right	Ordinal	Input
27	Vraag19A	Numeric	8	0	Vorm van ondersteuning w...	{1, Ja}...	999	8	Right	Nominal	Input
28	Vraag19B	Numeric	8	0	Vorm van ondersteuning w...	{1, Ja}...	999	8	Right	Nominal	Input
29	Vraag19C	Numeric	8	0	Vorm van ondersteuning w...	{1, Ja}...	999	8	Right	Nominal	Input
30	Vraag19D	Numeric	8	0	Vorm van ondersteuning w...	{1, Ja}...	999	8	Right	Nominal	Input
31	Vraag19E	Numeric	8	0	Vorm van ondersteuning w...	{1, Ja}...	999	8	Right	Nominal	Input
32	Vraag19F	Numeric	8	0	Vorm van ondersteuning w...	{1, Ja}...	999	8	Right	Nominal	Input
33	Vraag20	Numeric	8	0	In hoeverre bent u het een...	{1, Sterk m...	999	8	Right	Ordinal	Input

2

5

Bijlage 7 Beoordelingsformulier onderzoeksverslag (CU09322)

Naam student: **Simon de Koster**
Differentiatie:

Studentnummer: **00067723**
Datum:

	Elk item wordt beoordeeld op een 10-puntsschaal: 5 is onvoldoende en 6 is voldoende. Score 3 mag in de beoordeling niet voorkomen.			Aantal punten
0	Rapportage <i>Indicatoren HZ kader: 1 – 4</i> (LET OP, moet minimaal zes zijn anders geen verdere beoordeling)	Onderzoeksverslag is geschreven in eigen woorden. Verslag ziet er netjes en verzorgd uit, inclusief voorwerk. Lettergrootte klopt. Alle hoofdstukken zijn opgenomen. Taalgebruik is objectief, correct en zakelijk. Bronvermelding en literatuurlijst zijn volgens de APA-normen. Voor spelling, grammatica, zinsopbouw en stijl geldt: structureel maximaal 3 fouten per pagina!		
1	Samenvatting en Inleiding <i>Indicatoren HZ kader: 5 – 7</i>	Samenvatting bevat de juiste onderdelen en is informatief. Inleiding: de student noemt de aanleiding en achtergronden van het onderzoek. De student beschrijft zorgvuldig, logisch en helder het praktijkprobleem. De student beschrijft de relevantie voor Verpleegkunde/vroedkunde. De student noemt de doelstelling van het onderzoek. De student noemt de centrale onderzoeksvraag en de deelvragen. Er is een leeswijzer aanwezig.		
2	Theoretisch kader <i>Indicatoren HZ kader: 8 -10</i> <i>DD 1*</i>	Zoekplan (zoekvraag +zoekstrategie+ zoekboom) wordt beschreven. In het theoretisch kader worden de kernbegrippen beschreven in eigen woorden. De bestudeerde literatuur is hierbij leidend. Er is een logische opbouw. Aantal bronnen en relevantie van bronnen is voldoende.		
3	Methode <i>Indicatoren HZ kader: 11-13</i>	De student noemt onderzoekstype, onderzoeksontwerp, onderzoekspopulatie, Plaats en tijd. De student bespreekt de betrouwbaarheid en validiteit. Verloop van de dataverzameling, verwerking en analyse is beschreven. De student verantwoordt elke keuze vanuit onderzoeksliteratuur.		
4	Resultaten <i>Indicatoren HZ kader: 14 -16</i>	Resultaten worden zonder interpretatie benoemd en duidelijk weergegeven met behulp van tabellen, grafieken en/of schema's.		
5	Discussie <i>Indicatoren HZ kader: 17-18, 20</i> <i>DD3*</i>	Resultaten zijn geanalyseerd. Student laat zien kritisch te kunnen zijn, verbanden te leggen tussen bevindingen en koppeling te maken met theoretische kader. Sterke en zwakke kanten van het onderzoek worden benoemd en de gevolgen daarvan voor de betrouwbaarheid en externe en interne validiteit.		
6	Conclusies <i>Indicator HZ kader: 19</i>	Hoofd- en deelvragen worden beantwoord, logisch en aansluitend vervolg op resultaten en discussie.		
7	Aanbevelingen <i>Indic HZ kader 21 – 24</i> <i>DD2*</i>	Aanbevelingen volgen logisch uit onderzoek, zijn concreet en realistisch, dragen bij aan een daadwerkelijke en duurzame oplossing		
8	Evaluatie <i>Indicatoren HZ kader: 28-30</i> <i>DD2, DD5*</i> Alleen in te vullen door 1^e begeleider!	Toont professioneel gedrag tijdens onderzoek. Hieronder valt: Planmatig werken (volgens de tijdsplanning van het concept en definitieve versie); Zelfstandigheid (eigen keuzes gemaakt en eigen invulling; binnen begeleidingsuren gebleven; feedback adequaat opgepakt); Samenwerking met 1 ^{ste} begeleider (tijdig geïnformeerd over problemen en belangrijke keuzes, openstaan voor suggesties en kritiek).		
		Max aantal te halen punten	80 of 90*	Behaalde punten
	Toegekend cijfer	Behaalde punten / 8 of 9* *2 ^e beoordelaar vult onderdeel 8 niet in!		
	Wanneer rapportage onvoldoende is wordt Niet Deelgenomen op de VLD ingevoerd.			