

---

# DE INTERVENTIES DIE SPV-EN ZEGGEN TOE TE PASSEN BIJ DEPRESSIEVE CLIËNTEN

Een aanloopje naar de discussie over de positionering van SPV-en in het zorgprogramma stemmingstoornissen

**Robertjan Noorlander**, GGZ verpleegkundig specialist i.o., werkzaam bij De Gelderse Roos.

*"Eigenlijk de drie P's: Programma, Praten en Pillen"* Dit antwoord gaf een sociaal psychiatrisch verpleegkundige tijdens het onderzoek naar de interventies die SPV-en zeggen toe te passen bij depressie. Dit kwalitatief onderzoek werd gestart om de blackbox te openen mbt de interventies die SPV-en toe passen tijdens hun behandelcontacten. Deze blackbox moest open in het kader van positionering van de SPV-en binnen het zorgprogramma stemmingsstoornissen, maar ook om te kunnen werken volgens evidenced based principes. De opvallendste resultaten van het onderzoek waren dat SPV-en veel aandacht geven aan de therapeutische relatie en alle SPV-en rationeel emotieve therapie-technieken (RET) toepassen. Naast het toepassen van de RET gebruiken SPV-en diverse andere deeltechnieken van therapieën. Dit artikel wil handvatten geven voor de positie van SPV-en in het zorgprogramma stemmingstoornissen. Hiertoe wordt het aangehaalde onderzoek beschreven vanaf de aanleiding, vervolgens een korte methodiekbeschrijving. Hierna wordt uitgebreid stilgestaan bij de resultaten en discussie van het onderzoek. De climax volgt met een aantal suggesties voor de positie van SPV-en in het zorgprogramma. Tot slot een bondige conclusie.

## **Aanleiding van het onderzoek**

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) is continu in beweging. De huidige ontwikkelingen zijn de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) en de multidisciplinaire ggz-richtlijn ontwikkeling. Bovenstaande ontwikkelingen vragen om een transparante en verantwoorde manier van werken volgens de laatste inzichten, kortom om te behandelen met behandelvormen met de beste evidence. Door de ontwikkeling van de landelijke multidisciplinaire ggz-richtlijnen, in het vervolg ggz-richtlijnen, zijn op wetenschappelijk bewijs gebaseerde behandelingen van diverse ziektebeelden voor alle hulpverleners toegankelijk geworden. Voor artsen en psychologen staan de aanbevolen behandelingen uit de ggz-richtlijn in beslisbomen of protocollen uitgewerkt. Zo hebben artsen een medicatieprotocol. Voor SPV-en staan in de ggz-richtlijnen vaak verpleegkundige interventies of steunende en structurerende interventies geadviseerd. Steunende en structurerende interventies kunnen door alle disciplines worden uitgevoerd en kunnen ingezet worden naast een biologische of psychologische behandeling. In de ggz-richtlijn depressie valt de paragraaf verpleegkundige interventies in het hoofdstuk steunende en structurerende interventies. De benoemde verpleegkundige interventies hebben volgens de ggz-richtlijn een lage bewijskracht en zijn vooral gebaseerd op klinisch onderzoek. SPV-en zouden zich meer moeten richten op interpersoonlijke psychotherapie (IPT) of cognitieve gedragstherapie (CGT). De concrete inhoud en tijdsplan van deze interventies voor SPV-en zijn niet beschreven. In de multidisciplinaire richtlijn depressie (Trimbos, 2005) is dan ook het advies gegeven verder onderzoek te doen naar de interventies van verpleegkundigen en SPV-en om uitspraken te kunnen doen over de werkzaamheid van hun interventies.

De implementatie van de ggz-richtlijnen binnen de *Gelderse Roos*, gestart in 2008, vindt plaats doormiddel van het invoeren van zorgprogramma's. Binnen zorgprogramma's moeten alle betrokken disciplines een passende plaats krijgen naar aanleiding van aanbevelingen uit de ggz-richtlijnen. Het inpassen van SPV in het zorgprogramma vereist transparantie van geboden zorg en een beschouwing hoe deze zorg past binnen de ggz-richtlijn. De ontwikkeling van de zorgprogramma's riep bij een afdelingsmanager de vraag op wat SPV-en nu precies deden tijdens hun steunende en structurerende contacten. Een onderzoek werd gestart naar de interventies van SPV-en bij depressie binnen de afdeling Volwassenen Ambulant van de regio Veluwe Vallei. Voor de diagnose depressie werd gekozen omdat oa Koekoek, Quintus ea (2008) in hun artikel "Langdurige behandeling door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen bij angst en depressie" SPV-en uitdagen om de noodzaak van de behandeling van SPV-en aan te tonen en op de zelfde afdeling hun onderzoek hebben gehouden. Daarnaast heeft de multidisciplinaire richtlijn depressie (Trimbos, 2005) het advies verwoord om onderzoek te doen naar de interventies van (sociaal psychiatrisch) verpleegkundigen.

### **De onderzoeksmethodiek**

De onderzoeksvraag die werd geformuleerd was: "Welke interventies, zeggen SPV-en toe te passen, tijdens steunende en structurerende ambulante contacten in de spreekkamer, bij de afdeling Volwassenen Ambulant Veluwe Vallei van de *Gelderse Roos*, bij cliënten met de DSM-diagnose depressie?"

Om deze onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden werd een kwalitatief onderzoek door middel van semi-gestructureerde interviews uitgevoerd, waarbij gebruikgemaakt werd van een topiclijst. De topiclijst was gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn depressie (2005) en het beroepsprofiel van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (2004). In totaal werden negen SPV-en geïnterviewd gedurende drie interviewronden. Na elke interviewronde werd de data geanalyseerd om zicht te krijgen op de resultaten. Tijdens de laatste interviewronde werd alleen de hoofdvraag gesteld om de mogelijkheid om andere data, thema's te verkrijgen of de eerder gevonden thema's te bevestigen. De verzamelde data leverde uiteindelijk 11 hoofdthema's cq interventies op.

Wat doen SPV-en?

#### **Aandacht voor de therapeutische relatie**

Alle SPV-en hebben aangegeven aan dat ze het belangrijk vinden aan te sluiten bij de cliënt. Dit deden de SPV-en door te vragen welke problemen de cliënten ervaren in hun dagelijks leven, bij het nastreven van hun doelen en wat de cliënten belangrijk vinden om te doen. Deze aansluiting vonden SPV-en belangrijk omdat ze dachten dat cliënten zich gesteund zouden voelen en vandaar uit aan hun herstelproces konden werken.

*"Je probeert de worsteling van iemand te begrijpen, want de hele omgeving zegt al kom op en hup, ga er tegen aan. Het leven is zo mooi. Daar moet je natuurlijk niet mee aankomen, maar je moet begrijpen hoe ellendig je je voelt. Dat het een ziekte is en erbij geholpen kan worden. Dat stuk begrip, het is moeilijk maar er is wat aan te doen, met medicijnen gesprekken en activering. Dat stuk begrip bedoel ik." (interview 8).*

#### **Gebruiken RET-deeltechnieken bij belemmerende gedachten van klanten**

Alle SPV-en gebruikten RET-technieken, echter geen enkele voerde de gehele RET uit. De RET-technieken werden altijd ingezet om negatieve gedachten te beïnvloeden.

### **Gebruik van deeltechnieken van therapievormen**

Naast het inzetten van de RET voerden SPV-en nog vele andere deeltechnieken van andere therapievormen uit. Enkele modellen en therapieën die ze noemden waren; transactionele analyse, schemagerichte therapie, socratische gespreksvoering, ontspanningsoefeningen.

### **In kaart brengen van de uitgangssituatie**

Wanneer de geïnterviewde SPV-en een behandelrelatie begonnen brachten ze eerst de uitgangssituatie in kaart. Dit deden ze om een beeld te krijgen van beïnvloedende factoren op de depressie, maar ook om zicht te krijgen welke factoren beïnvloedbaar zouden kunnen zijn. Onderwerpen die nadrukkelijk aanbod komen zijn; stemming, slaappatroon, sociale contacten, activiteitenpatroon, eetpatroon, libido en kennis over depressie.

### **Verzamelen van informatie over het functioneren van het hier en nu**

De SPV-en verzamelden in elk contact informatie over hoe het de cliënt vergaan was. Dit kon betrekking hebben op het uitvoeren van een stappenplan naar aanleiding van het vorige contact of de problemen in het dagelijkse leven. Het doel hiervan was het duidelijk krijgen van actuele hulpvragen.

### **Monitoren medicatiegebruik en suïcidaliteit**

De onderwerpen medicatiegebruik en suïcidaliteit werden niet altijd tijdens het cliëntencontact besproken, maar SPV-en waren alert op signalen die wijzen op een verandering.

### **Geven van voorlichting, psycho-educatie**

Tijdens de eerste gesprekken gaven de SPV-en vooral voorlichting over de diagnose en symptomen van depressie, maar ook over het perspectief op genezing en terugval. In het bijzonder richten zij zich op het belang van medicatie en beweging. Ze probeerden zo veel mogelijk aan te sluiten bij de problemen en symptomen van de cliënt

De voorlichting werd tijdens vervolcontacten herhaald, wanneer het passend was bij de gesignaleerde behoeften.

Tijdens de psycho-educatie maakten de geïnterviewde SPV-en regelmatig gebruik van visuele middelen, zoals papier of whiteboard.

### **Plannen activiteiten met cliënten**

Na het inventariseren van problemen en het geven van voorlichting gingen de geïnterviewde SPV-en met de cliënt plannen hoe hij kon leren om gaan met de problemen.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat SPV hiervoor gebruik maakten van het verleden, heden en de toekomst van de cliënt.

Het verleden: wat vond je leuk of hoe heb je dit anders opgelost.

Heden: Wat heb je gedaan, wat ging goed, hoe heb je het probleem aangepakt.

Toekomst: wat zou je willen doen en hoe ga je dat aan pakken

### **Bieden praktische ondersteuning**

De geïnterviewde SPV-en boden diverse vormen van praktische ondersteuning. Ze regelde bijvoorbeeld afspraken bij dagbesteding of psychiater. Ook hielpen ze met de aanvraag voor thuiszorg (CIZ-formulier) of gaven advies over andere organisaties.

### **Verwijzen naar andere hulpverleners**

De geïnterviewde SPV-en verwezen naar de psychiater/arts voor vragen over diagnostiek en medicatie. Ze verwezen naar intensieve psychiatrische thuiszorg (IPT) of thuiszorg, wanneer cliënten thuis begeleiding nodig hadden. Er werd extra snel naar IPT of thuiszorg verwezen wanneer er kinderen in het gezin aanwezig waren. Ook verwezen SPV-en naar hulpverleners die de lichttherapie toepasten of naar de runningtherapiegroep.

### **Betrekken van het netwerk van de cliënt**

De geïnterviewde SPV-en gaven allemaal aan dat ze dit eigenlijk weinig deden en er zelf geen actieve houding in aannamen. Het netwerk was echter wel welkom tijdens gesprekken van de cliënt met de SPV. Ze gaven dan vooral psycho-educatie. Daarnaast gaven SPV-en aan het netwerk vaak indirect te betrekken als middel om de cliënten te steunen.

### **Discussie van onderzoek**

Het onderzoek naar SPV-interventies bij depressieve cliënten in de ambulante ggz was een explorerend onderzoek naar de toegepaste interventies van SPV-en en had geen kwantitatieve waarde. De gevonden resultaten zijn specifiek voor één specifieke afdeling. Willen de resultaten algemeen gebruikt kunnen worden zal dit onderzoek in andere afdelingen of instellingen herhaald moeten worden. Een zwakte van dit onderzoek was dat SPV-en kunnen zeggen wat ze doen, maar de vraag is of dit ook gebeurt. Zijn de daadwerkelijke interventies boven tafel gekomen of zijn sociaal wenselijke antwoorden gegeven. De sociale wenselijkheid werd verkleind door het volgen van een minimale structuur, het stellen van open vragen en doorvragen naar details. Een ander aspect van deze manier van interviewen was dat de respondenten gingen nadenken over wat ze deden, dit werd als leerzaam benoemd.

In vergelijking met (inter-)nationaal onderzoek was dit onderzoek kleinschalig en op exploratie gericht. In Nederland is een groot onderzoek verricht naar de interventies van verpleegkundigen bij stemmingsstoornissen door Goossens (2008). Hij heeft een grootschalig onderzoek uitgevoerd waarbij meerder instellingen betrokken waren en waar naast het in kaart brengen van de (sociaal psychiatrisch) verpleegkundige interventies ook neven doelstellingen werden onderzocht. Het genoemde onderzoek had bipolaire stoornis als onderwerp. Het is opvallend dat (inter-)nationaal weinig onderzoek wordt gedaan naar depressie, zonder somatische comorbiditeit (hartfalen, kanker of aids) of ouderdom (>65 jr.). Het onderzoek naar SPV-interventies bij depressie in de ambulante ggz richtte zich juist op de doelgroep depressieve cliënten zonder somatische comorbiditeit en een leeftijd jonger dan 65.

De resultaten uit dit onderzoek sluiten aan bij de door Goossens (2008) gevonden verpleegkundige interventies bij bipolaire stoornissen in het bijzonder (psycho-)educatie, structureren en plannen van de (dag-)activiteiten, monitoren van medicatiegebruik. Wat Goossens ook aangeeft is dat ambulant werkende verpleegkundigen niet systematisch gebruik maken van het verpleegkundig proces, met andere woorden er wordt weinig gebruik gemaakt van een verpleegkundige anamnese en een verpleegplan, maar er worden meer ad-hoc beslissingen genomen. Het onderzoek naar wat SPV-en zeggen te doen bij depressieve cliënten geeft aan dat SPV-en wel starten met een anamnese, maar dit echter niet altijd zo benoemen. Elk volgend behandelcontact wordt systematisch te werk gegaan volgens de stappen van het verpleegkundigproces.

### **Passen de resultaten ook binnen de GGZ-richtlijn depressie?**

De resultaten passen binnen de diverse hoofdstukken van de multidisciplinaire richtlijn depressie (2005). Echter de SPV voert geen CGT-protocol uit en de RET wordt zeer wisselend aangeboden, maar zelden volgens het "boekje". De aandacht voor de behandelrelatie is een item wat staat binnen het hoofdstuk verpleegkundige interventies. Psycho-educatie (oa gericht op medicatietrouw) is een steunende en structurerende interventie. Ook staat vermeld dat aandacht voor het systeem van de cliënt belangrijk is om isolement en verwaarlozing te voorkomen. Zo komen de meeste resultaten ergens in de richtlijn voorbij.

### **Passen de resultaten binnen het beroepsprofiel SPV?**

De resultaten sluiten over het algemeen goed aan bij het beroepsprofiel van de SPV. Volgens het beroepsprofiel dienen SPV-en kennis te hebben over diverse behandelmethodes en deelbehandelingen/therapieën uit te voeren. De resultaten geven weinig inzicht over het methodisch werken van de SPV. Tijdens de individuele contacten lijkt hier wel sprake van te zijn, maar een behandelplan opstellen is niet benoemd. Het opstellen van een SPV-behandelplan is een belangrijk element van het werk als SPV. Daarnaast gaat het beroepsprofiel uit van de cliënt in zijn sociale netwerk, het is opvallend dat de resultaten van dit onderzoek laten zien dat het netwerk van de cliënt niet actief betrokken wordt.

### **De plaats van de SPV in het zorgprogramma stemmingsstoornissen**

Om de plaats van SPV-en in het zorgprogramma stemmingsstoornissen te kunnen bepalen zijn beschrijvingen nodig die een kader geven van wat een SPV is en doet. Dit kan gezet worden naast de gevonden onderzoeksresultaten. Tijdens het onderzoek zijn de volgende twee omschrijvingen gehanteerd.:

1. *"De sociaal psychiatrisch verpleegkundige biedt interventies waardoor het functioneren als individu of lid van een sociale omgeving mogelijk wordt gemaakt. De interventies kunnen gericht zijn op het individu, het systeem of op sociale strategieën (waarbij de beïnvloeding van de omgeving centraal staat)"* (Derks, Hermanides- Willenborg, Morsman & Venneman, 2004, p. 19).
2. Het beroepsprofiel van de sociaal-psychiatrische verpleegkundige (2004) borduurt verder op het beroepsdeelprofiel van de ggz-verpleegkundige (2002). In het beroepsprofiel ggz-verpleegkundige (2002) staat het volgende over ggz-verpleegkunde: *"De ggz-verpleegkundige gaat doelbewust en professioneel een relatie aan met een zorgvrager waarbij is vastgesteld dat hulp, steun en begeleiding bij het herstel van de psychiatrische problemen gewenst is. Daarbij wordt recht gedaan aan de eigenheid van de persoon, de individuele levensloop, het eigen perspectief op en betekenis- en zingeving aan de gezondheidsproblemen, bestaansproblemen en interactieproblemen."* (Venneman, 2002). Dit geeft dan ook een vertrekpunt aan waar de SPV-zorg aan zal moeten voldoen.

Bovenstaande omschrijvingen geeft de vele mogelijkheden van de SPV-en weer. De eigen deskundigheid van de verpleegkundige discipline, waar de SPV toe behoort, is gericht op de ervaren gezondheidsproblemen van cliënten en het omgaan met deze problemen en de voorgeschreven therapie. Aangezien depressieve cliënten grote gezondheidsrisico's lopen vanwege het grote risico op isolement en verwaarlozing is de inzet van SPV-en gedurende de gehele behandeling noodzakelijk. Gezien hun deskundigheidsgebied zouden ze de continue factor in de behandeling van cliënten moeten zijn. Hiertoe zouden ze wel meer gebruik moeten maken van behandelplannen en methodisch werken. De vraag blijft echter of de door SPV ingezette interventies effectief zijn.

Daarnaast zou de SPV in een zorgprogramma een rol kunnen hebben in de toeleiding naar behandeling, ze kunnen met de cliënt op zoek gaan naar de ervaren gezondheidsproblemen en de best passende behandeling bij de cliënt zoeken. Ze kunnen goed outreachend werken en met behulp van hun interventies de cliënt motiveren een (protocollaire) behandeling aan te gaan. Na deze behandeling komt de cliënt weer bij de SPV om de geleerde vaardigheden in de praktijk toe te passen, de SPV kan dan de rol van coach op zich nemen, ze zijn immers van alle therapievormen op de hoogte. Bij de protocollaire behandeling zouden SPV-en goed kunnen mee behandelen. Er kan gedacht worden aan ondersteunen bij farmacotherapie, dit verhoogd de kans op therapietrouw, omdat de SPV goed zicht heeft op de ervaren problemen van de cliënt en zijn levensstijl. De SPV kan ook een deelbehandeling CGT-toepassen samen met een psycholoog. Ook hierbij geldt dat de SPV de grote lijnen van CGT kent, maar niet de deskundige is. Naast medebehandelaar of zorgcoördinator/toeleider kan de SPV ook worden ingezet voor het rehabilitatietraject, welke ingezet wordt wanneer cliënt langdurig in zorg is en veel van zijn sociale rollen is kwijt geraakt. Rehabilitatie is een kerndomein voor verpleegkundigen, omdat het zich primair richt op de mogelijkheden die er nog zijn in het leven met de beperkingen. Zoals uit bovenstaande blijkt zijn de mogelijkheden legio en allemaal relevant.

### **Conclusie**

SPV-en doen enorm veel in de behandeling van depressieve cliënten, maar de meeste interventies zijn niet specifiek voor de SPV. De steunde en structurerende interventies uit de multidisciplinaire richtlijn depressie kunnen door alle disciplines uitgevoerd worden. Gezien de kennis en het beroepsprofiel van SPV hebben ze een meerwaarde om goed in te schatten wat passend zou kunnen zijn bij de cliënt en ze te motiveren tot behandeling en therapietrouw. Ze kunnen het systeem bij de behandeling betrekken, al is dit niet meer van zelfsprekend.

Tot slot hebben ze een eigen deskundigheid die goed kan worden ingezet als continue factor in de gehele depressie behandeling.

Maar de vraag naar de beste plek voor SPV-en in een op evidence gebaseerd zorgprogramma is nog niet beantwoord, want het is nog niet aangetoond dat de geboden interventies effectief zijn. De discussie is nog lang niet gesloten.....

---

### **Literatuur en bronnen**

- Derks, J., Hermanides-Willenborg, L., Morsman, M. & Venneman, B. (2004) *Sociaal Psychiatrisch verpleegkundige*. Utrecht: AVVV
- Goosens, P. (2008) *Nursing care for outpatients with bipolar disorders: A study of current practice, care needs coping and quality of life*, Deventer
- Karasu, T.B., Gelenberg, A., Merriam, A. & Wang, P.H. (2000), *Practice Guideline for the treatment of patients with major depressive disorder . Second edition*. Download via [http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic\\_7.aspx](http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_7.aspx), maart 2008
- Koekoek, B.W., Quintus, A., Tiemens, B., Boeien, C. & Spijker, J. (2008) Langdurige begeleiding door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen bij angst en depressie; Is afwijken van de richtlijn onzin of noodzaak? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 63, 496-504
- NICE (2004), *Depression: Management of depression in primary and secondary care*. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.
- Trimbos (2005) *Multidisciplinaire richtlijn Depressie*. Utrecht: Trimbos
- Venneman, B. (2002) *Beroepsdeelfprofiel GGZ-verpleegkundigen*. Dwingeloo: Kavanah