PSYCHOSOCIALE ZORG aan CVA–PATIËNTEN

Mariska van Dijk PhD RN & Janneke de Man-van Ginkel PhD RN
Mariska.vandijk@han.nl J.M.deMan@umcutrecht.nl

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES UTRECHT
UMC Utrecht

Onderwerpen

- Depressie na CVA
  - Vroeg signalering
  - De Post-Stroke Depression-toolkit
- Zorgprogramma Psychosociale zorg na een CVA

Depressie

1. zeer neerslachtige stemming
2. ernstig verlies van interesse
3. eetproblemen en veranderingen in het gewicht
4. slaapproblemen
5. geagiteerd en rusteloos zijn of juist geremd
6. vermoeidheid en verlies van energie
7. gevoelens van waardeloosheid of overmatige schuld
8. concentratieproblemen, vertraagd denken en besluiteloosheid
9. terugkerende gedachten aan dood of zelfdoding.

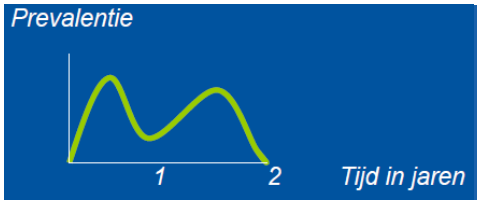
(DSM-criteria)

*Tenminste **vijf** van de symptomen zijn bijna **elke dag aanwezig** geweest **binnen dezelfde periode van twee weken**. Tenminste een van de symptomen is ofwel 1) depressieve stemming ofwel 2) verlies van interesse of plezier.*

Depressie na een CVA: wat zegt de literatuur?

- Prevalentie: ± 31%

  (Hackett&Pickles, 2014)



- Ernstige complicatie
  - ↑ fysieke, cognitieve en communicatieve beperkingen en sterfte, ↓ herstel.
  - ↓ kwaliteit van leven

  (De Man-van Ginkel et al., 2013; Kutlubaev&Hackett al., 2014, Robinson & Jorge, 2015; Towfighi et al., 2017)

- Geassocieerd met:
  - Ernstiger functionele beperkingen, ADL afhankelijkheid
  - Cognitieve en communicatieve beperkingen

  (De Man-van Ginkel et al, 2013; Kouwenhoven et al., 2013; Kutlubaev&Hackett 2014; Towfighty et al., 2017)

Ondanks dat stemmingsstoornissen een veelvoorkomende en ernstige complicatie van een CVA zijn……..

Ondanks dat er veel onderzoek is gedaan naar depressie na een CVA…….

is de prevalentie de laatste jaren niet gedaald…….

Dus…..het herkennen en behandelen van depressie na een CVA is nog steeds niet optimaal!

(Hackett & Pickles, 2014; Robinson&Jorge, 2015)

Vraag:

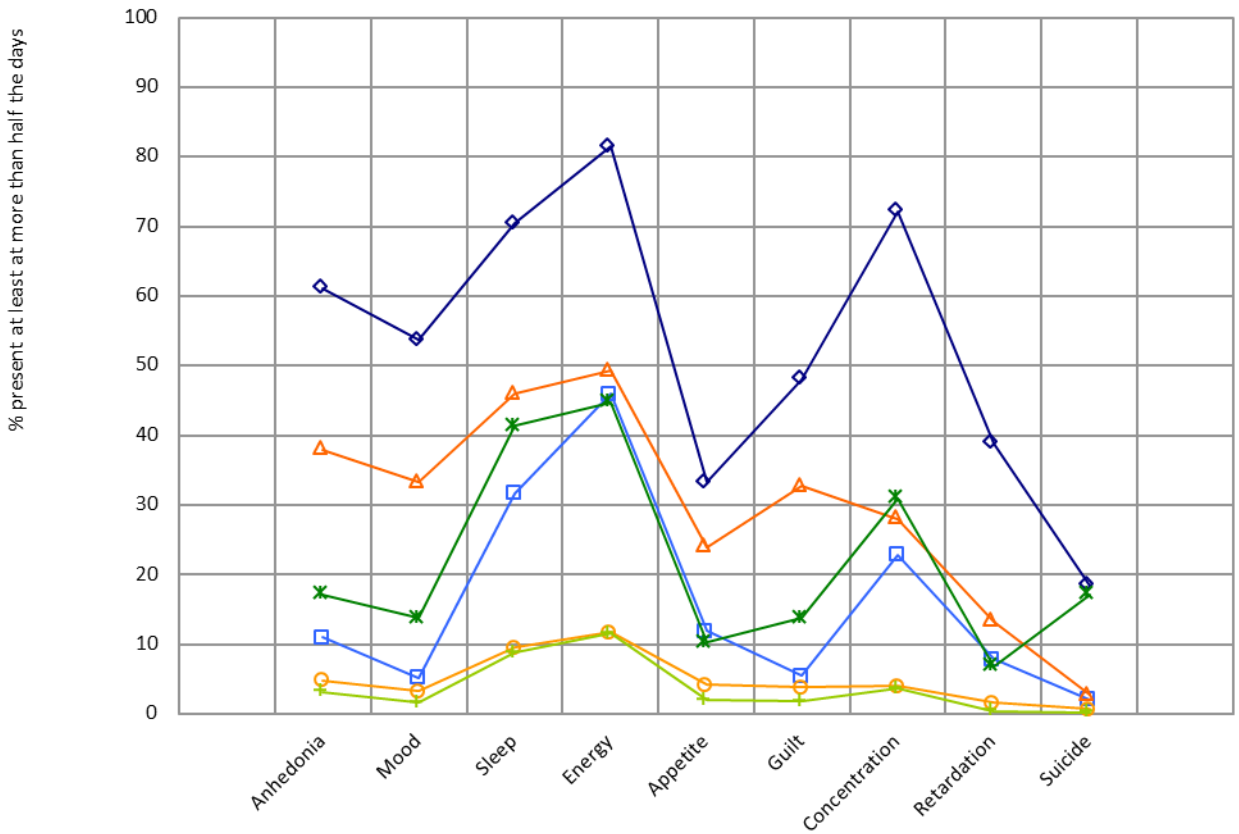
Verschilt een depressie na een CVA van een depressie bij patienten met andere aandoeningen?

Anders gezegd:

Moeten symptomen zoals *slaapstoornissen, gebrek aan energie, veranderingen in eetlust* en *concentratie gebrek* beschouwd worden als een:

1. een uiting van depressie na een CVA?
2. gevolgen van de CVA zelf?

Depressieve symptomen in 3 verschillende groepen



Depressed stroke patients *compared to:*

- non-depressed stroke patients
- patients with symptomatic atherosclerotic diseases other than stroke
- and patients in general practice

(De Man-Van Ginkel et al., 2015)

Symptoms of depression

Verder onderzoek tot nu toe

1. Patient Health Questionnaire (PHQ-9)
   - bij patiënten in staat tot adequate communicatie [De Man- van Ginkel et al., 2012]
   - American Heart Association: beste instrument voor het screenen op depressie bij CVA-patiënten in de dagelijkse praktijk van de zorg (Towfighi et al., 2017)

2. Sign of Depression Scale (SODS)
   - bij patiënten die na een CVA niet tot adequate communicatie in staat zijn [Van Dijk et al., 2016; Van Dijk et al., 2017]

3. De PostStroke Depression Predicton Scale (DePreS)
   - een instrument waarmee tijdens de 1e week na het CVA het risico op depressie in de 2e maand na het CVA kan worden voorspeld [De Man- van Ginkel et al., 2013]

4. De PostStroke Depression toolkit
   - Instrument om bij CVA-patiënten tijdens de opnameperiode in het ziekenhuis structureel te screenen op (het risico op) depressie en hun zorg daarop af te stemmen [Van Dijk et al., 2018]

Vroegsignalering

Wat kun je doen aan vroegsignalering?

- Wat wordt er op dit moment gedaan?
- Wie zou hier een leidende rol in moeten nemen?
- Is er verschil per setting/fase na beroerte?
- Heeft de setting hier invloed op?
- En waarom?

Meetinstrumenten depressie na een CVA

Patiënten zonder communicatieve beperkingen:
•Voldoende instrumenten beschikbaar

Patiënten met communicatieve beperkingen:
•Keuze uit zelfbeoordeling schaal of gedragsobservatieschaal
•Beperkt getest/beschikbaar

	Acute fase	Revalidatie fase	Chronische fase
Algemeen	HADS GDS-15 **DePreS** **PHQ-9**	PHQ-9 GDS-15 **PHQ-9**	GDS-15 GHQ **PHQ-9**
Communi-catieve beperkingen	SADQ-H **SODS**	SADQ-10 ADRS **SODS**	SADQ-10

DE POST-STROKE DEPRESSION-TOOLKIT

Mariska van Dijk
Janneke de Man-van Ginkel
Thóra Hafsteinsdóttir
Marieke Schuurmans

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES UTRECHT

Symposium Kennisnetwerk CVA NL 30-11-2018

UMC Utrecht

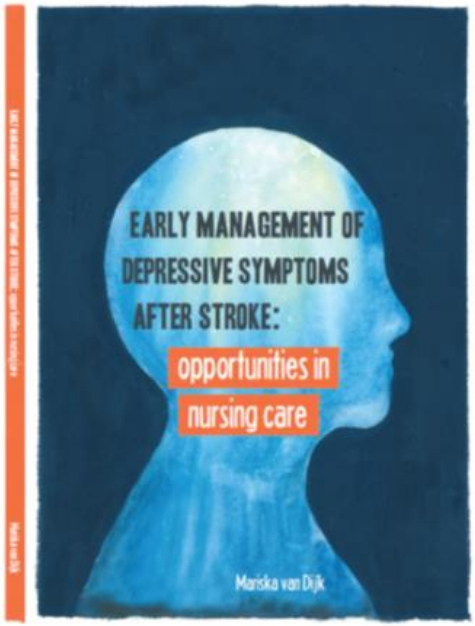
Post Stroke Depression-toolkit

Doel

Ontwikkelen van **een klinisch bruikbaar** hulpmiddel voor verpleegkundigen, zodat alle patiënten na een beroerte worden gescreend op depressieve klachten en deze zo nodig interventies ontvangen.

Methode

- i.s.m. 3 afdelingen neurologie
- 2 fasen: ontwikkeling + testen feasibility



Ontwikkeling van de PSD-toolkit

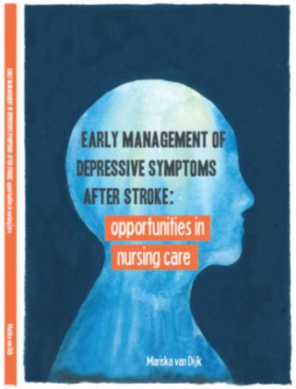
Uitgangspunt: Systematische integratie van evidence en de context van de dagelijkse praktijk gebaseerd op Medical Research Council framework (Craig, 2011; Bleijenberg, 2017).

1. Ontwikkeling

a. **Literatuur onderzoek**
   - Depressie screening instrumenten
   - Niet medicamenteuze interventies
   - Implementatie strategieën

b. **Onderzoek van patiënt- en verpleegkundige perspectieven**

c. **Onderzoek van de dagelijkse praktijk**



2. Feasibility studie

Vraag:

- Welke elementen zouden jullie in een dergelijke toolkit willen terug zien?

De Post Stroke Depression-toolkit

2 instrumenten

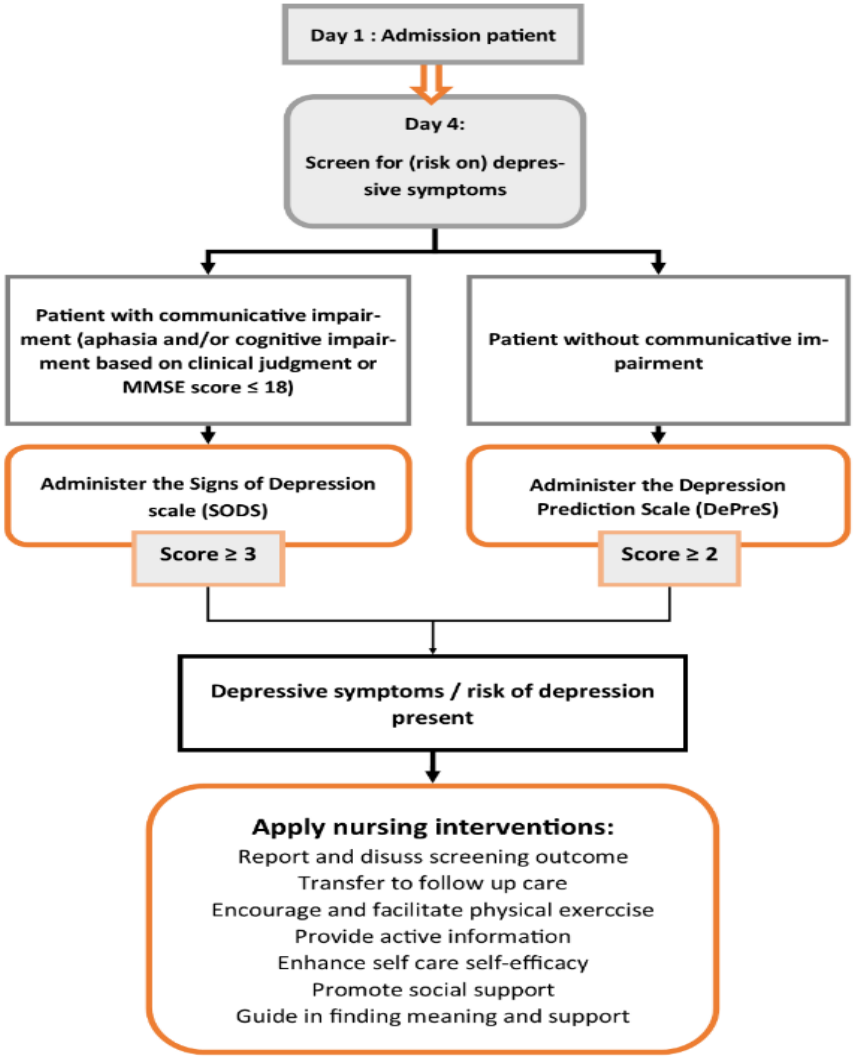
- *DePreS (de Man-van Ginkel, et al. 2013)*
- *SODS (Hammond, et al. 2000; van Dijk et al. 2017)*

The Post Stroke Depression toolkit	
Screening instruments & Nursing interventions	Early management of depression after stroke

Evidence based verpleegkundige interventies

- *Bevindingen bespreken tijdens interdisciplinair overleg*
- *Stimuleren tot fysieke activiteit en therapie*
- *Bevorderen van sociale ondersteuning*
- *Vergroten van self-care self-efficacy*
- *Begeleiden in vinden van ondersteuning*
- *Actieve voorlichting geven*
- *Overdracht*

De Post Stroke Depression-toolkit



UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES UTRECHT

Feasibility-studie Post Stroke Depression-toolkit

2 hoofdvragen:

1. Wordt de PSD-toolkit gebruikt?

2. Hoe ervaren de verpleegkundigen de bruikbaarheid? Welke belemmeringen ervaren verpleegkundigen?

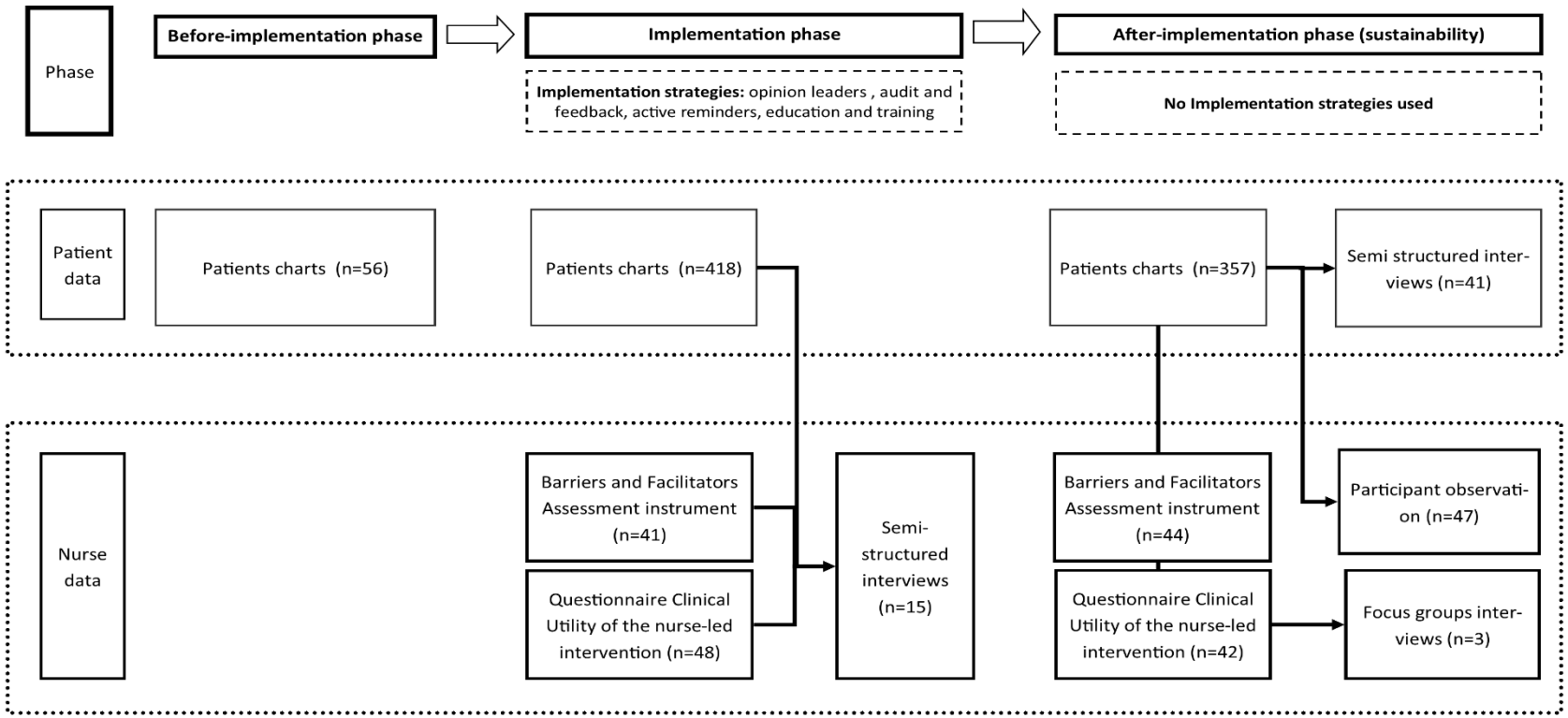
Feasibility-studie

- **Design:** mixed-methods met een voor- en nameting; kwalitatieve gegevens zijn verklarend voor kwantitatieve gegevens.

- **Methoden:**
  - Kwantitatief:
    - Dossieronderzoek
    - Vragenlijst 'Knelpunten en behoeften' (Peters et al, 2002)
    - Vragenlijst 'Klinische bruikbaarheid van de PSD-toolkit'

      (De Man-van Ginkel, 2012; de Jong, 2010; Harris&Warren, 1995)

  - Kwalitatief:
    - Semi-gestructureerde en focus groep interviews met verpleegkundigen


Phase
Before-implementation phase
Implementation phase
After-implementation phase (sustainability)
Implementation strategies: opinion leaders , audit and feedback, active reminders, education and training
No Implementation strategies used
Patient data
Patients charts (n=56)
Patients charts (n=418)
Patients charts (n=357)
Semi structured inter-views (n=41)
Nurse data
Barriers and Facilitators Assessment instrument (n=41)
Questionnaire Clinical Utility of the nurse-led intervention (n=48)
Semi-structured interviews (n=15)
Barriers and Facilitators Assessment instrument (n=44)
Questionnaire Clinical Utility of the nurse-led intervention (n=42)
Participant observati-on (n=47)
Focus groups inter-views (n=3)

Resultaten [1]: Gebruik van de PSD-toolkit – uitkomsten audit

- 53% van de patiënten wordt gescreend op mogelijk depressieve klachten (73% na de implementatiefase).

- Bij 65% van de patiënten met een positieve screening wordt één of meerdere interventies ingezet (63% na de implementatiefase) [Van Dijk et al., 2018].

Resultaten [2]: Gebruik van de PSD-toolkit - uitkomsten interviews

- Verpleegkundigen:
  - vinden het een eenvoudig te gebruiken hulpmiddel (goede klinische bruikbaarheid)
  - Vinden dat de toolkit de kwaliteit van zorg verbetert

  Maar ervaren belemmeringen zijn:
  - Moeilijk in 'het systeem' te krijgen zonder er actief aan herinnerd te worden.
  - Onvoldoende commitment van overige disciplines → onvoldoende aandacht voor het belang van psycho-sociale zorg.
  - Er moeten veel 'lijstjes' ingevuld worden.

- Wat faciliteert het gebruik:
  - Opinieleiders
  - Integratie in het EPD[Van Dijk et al., 2018].

Conclusie

- The PSD-toolkit is een **goed bruikbaar instrument** dat de screening op depressieve klachten en het inzetten van interventies bevordert.

- Verbeteringen die het gebruik faciliteren:
  - Langdurige inzet van opinieleiders.
  - Vergroten commitment overige disciplines
  - Inbouwen in het EPD.

- Ontwikkeling in nauwe samenwerking met de praktijk heeft de bruikbaarheid van de PSD-toolkit bevorderd.

Hoe verder?

- Verdere ontwikkeling naar vervolg trajecten (eigen huis, revalidatie centrum, verpleeghuis).
- Zorgprogramma ontwikkelen voor de psychosociale ondersteuning van CVA-patiënten.

PROJECT ZORGPROGRAMMA VOOR PSYCHOSOCIALE ZORG NA CVA

Optimale zorg – Werkgroep Zorgstandaard CVA/TIA, 2012

Wat mag de CVA patiënt verwachten bij mentale stoornissen?

- Screening op neuropsychologische problemen. Deze screening kan in alle fasen plaatsvinden, ook in de chronische fase.

Wat mag de CVA patiënt bij re-integratie verwachten?

- Ondersteuning in het vinden van een nieuwe balans met behoud van zelfstandigheid en zelfredzaamheid.
- Blijvende aandacht voor vermoeidheid, depressie en andere neuropsychologische of psychosociale problemen, met eventuele verwijzing naar gespecialiseerde poli.

Ervaringen van zorgverleners

"...op een gegeven moment stopt de nazorg en als ik problemen zie, wat dan? Dan denk ik soms, die symptomen kunnen erger worden en naar wie kunnen ze gaan? Er is niemand die het in de gaten houdt ...".

"...Maar juist omdat ik weet dat het bij zoveel mensen voorkomt en dat het aanhoudt erna, denk ik dat het belangrijk is om daar júíst goed beleid op te voeren..."

"...In ziekenhuis gaat de aandacht vooral uit naar eh... het overleven van de CVA en de fysieke aspecten , het fysieke herstel... Maar een plan om iemand te behandelen voor bijvoorbeeld depressie hebben we nog steeds niet.... "

"... Ik denk dat er een bepaalde groep patiënten is die baat zou hebben bij ondersteuning van psychosociale problemen. Een zorgprogramma zou zeker nuttig zijn! ... "

One step back to move one step beyond

stepping stones for psychosocial care after stroke

Ontwikkeling van complexe interventies

Essentiele elementen voor interventieontwikkeling:

1.probleem identificatie,

2.systematische identificatie van wetenschappelijk bewijs,

3.identificatie of ontwikkeling van theorie,

4.vaststellen van behoeften van patiënten en zorgverleners,

5.in kaart brengen van huidige praktijk en context,

6.modelleren van het proces en verwachte uitkomsten.

International Journal of Nursing Studies 79 (2018) 86–93

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Nursing Stu

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijns

Increasing value and reducing waste by optimizing the development of complex interventions: Enriching the development phase of the Medical Research Council (MRC) Framework

Nienke Bleijenberg[a,b,*], Janneke M. de Man-van Ginkel[a], Jaap C.A. Trappenburg[a,b], Roelof G.A. Ettema[b], Carolien G. Sino[b], Noor Heim[a], Thóra B. Hafsteindóttir[a,b], David A. Richards[c], Marieke J. Schuurmans[a,b]

[a] University Medical Center Utrecht, Department Julius Center for Health Sciences and Primary Care, UMC Utrecht, Utrecht University, The Netherlands
[b] University of Applied Sciences Utrecht, Institute of Nursing Studies, Research group Care for the Chronically Ill and Elderly, The Netherlands
[c] University of Exeter Medical School, Institute of Health Research, Exeter, United Kingdom

“Stepping stones” voor een psychosociaal zorgprogramma

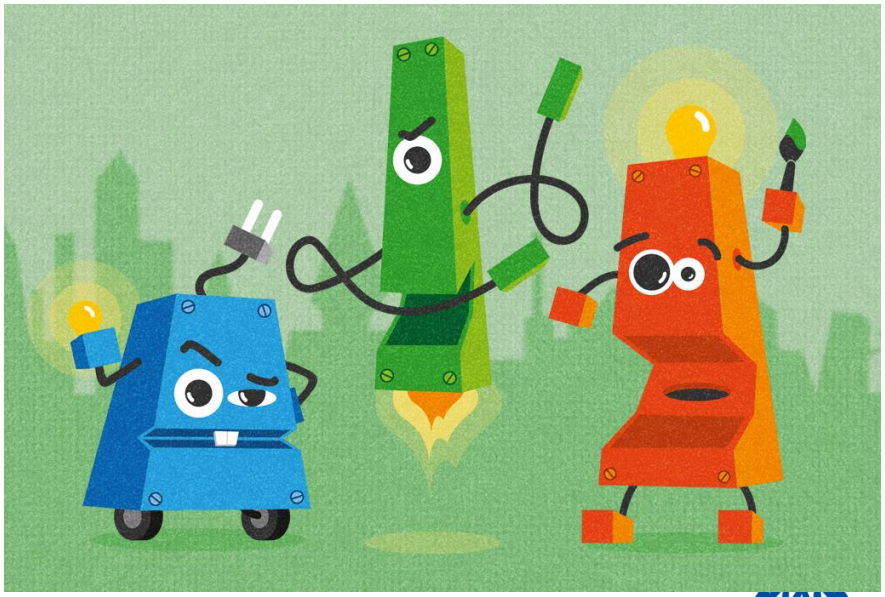
1. Inzicht krijgen in huidige zorg gedurende het eerste jaar na CVA

2. Identificatie van profielen van beloop van stemmingsstoornissen in het eerste jaar na CVA

3. Identificatie zorgbehoeften en –wensen vanuit perspectief van patienten en zorgverleners.

4. Literatuuronderzoek naar mogelijk effectieve interventie-ingredienten

Stepping stone 1: In kaart brengen huidige zorg



Participerende observatie

Focusgroepinterviews

Wat is er nodig om de CVA zorg verder te ontwikkelen?

- ‘Collaborative care model’, ingebed in de zorgketen:

  - Vroegtijdige identificatie van risico’s, gevolgd door screening, diagnostiek en/of monitoren;
  - Identificeren van behoeften van patiënt en diens naasten rekening houdend met de fase na het CVA;
  - Samenhangend pakket van interventies gebaseerd op de behoeften en gericht op behandeling en preventie;
  - Heldere richtlijnen en overeenstemming over samenwerking tussen en verwijzing naar verschillende professionals;
  - Goed opgeleide professionals in elke fase na het CVA en gericht op verschillende mate van ernst van stemmingsstoornissen.

Wat kun je morgen al doen!

- **Vroegsignalering**: let op signalen van mogelijk depressieve klachten;
- **Screenen** op depressieve klachten met een meetinstrument;
- Bevindingen bespreken in het **multidisciplinaire team**;
- **Overdragen** van bevindingen naar vervolginstelling / huisarts / wijkverpleging.

J.M.deMan@umcutrecht.nl of Mariska.vanDijk@han.nl

Referenties

Bleijenberg N, Janneke M de Man-van Ginkel, Trappenburg JC, Ett ema RG, Sino CG, Heim N, et al. Increasing value and reducing waste by optimizing the development of complex interventions: enriching the development phase of the Medical Research Council (MRC) Framework. Int J Nurs Stud 2017. 79, 86–93. doi:org/10.1016/j.jnurstu.2017.12.001.

Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petti crew M. Developing and evaluati ng complex interventions: the new Medical Research Council guidance. Int J Nurs Stud. 2013;50(5):587-592.

De Jong A, Baartmans M, Bremer M, van Komen R, Middelkoop E, Tuinebreijer W, van Loey N. Reliability, validity and clinical utility of three types of pain behavioural observation scales for young children with burns aged 0–5 years. Pain 150 (2010) 561–567.

De Man-van Ginkel JM, Hafsteinsdottir TB, Lindeman E, Burger H, Grobbee D, Schuurmans M. An efficient way to detect poststroke depression by subsequent administrati on of a 9-item and a 2-item Patient Health Questionnaire. Stroke 2012;43:854-856.

De Man-van Ginkel JM, Hafsteinsdottir T.B., Lindeman E., Ettema RG, Grobbee DE, Schuurmans MJ. In-hospital risk prediction for post-stroke depression: development and validation of the Post-stroke Depression Prediction Scale. Stroke 2013;44 (9), 2441-2445.

De Man-van Ginkel JM, Hafsteinsdóttir TB, Lindeman E, Geerlings MI, Grobbee DE, Schuurmans MJ. Clinical Manifestation of Depression after Stroke: Is It Different from Depression in Other Patient Populations? PLoSONE 2015;10(12):e0144450.doi:10.1371/journal.pone.0144450

Hackett ML & Pickles K. Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. International Journal of Stroke 2014; 9, 1017–1025. doi.org/10.1111/ijs.12357

Hammond MF, O'Keeffe ST, Barer DH. Development and validation of a brief observer-rated screening scale for depression in elderly medical patients. Age and Ageing 2000;29 (6), 511.

Harris MR. & Warren J J. Patient outcomes: Assessment issues for the CNS. Clinical Nurse Specialist1995;9, 82-86. PMID:7600487.

Kouwenhoven SE, Gay CL, Bakken LN, Lerdal A. Depressive symptoms in acute stroke: a cross-sectional study of their association with sociodemographics and clinical factors. Neuropsychological rehabilitation 2013;23 (5), 658-677.

Kutlubaev MA, Hackett ML. Part II: predictors of depression after stroke and impact of depression on stroke outcome: an updated systematic review of observational studies. International Journal of Stroke 2014; (8):1026–1036.

Peters MAJ, Harmsen M, Laurant MGH, Wensing M. Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbeteringen in de patiëntenzorg [Room for improvement? Barriers to and facilitators for improvement of patient care]. Nijmegen, the Netherlands: Centre for Quality of Care Research (WOK), Radboud University Nijmegen Medical Centre, 2002.

Robinson RG, Jorge RE. Post-stroke depression: a review. Am J Psychiatry2015;173, 221–231. doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15030363

Towfighi A, Ovbiagele B, El Husseini N, Hackett ML, Jorge RE, Kissela BM, et al. Poststroke Depression: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2017;48(2):e43.

Van Dijk MJ, de Man-van Ginkel JM, Hafsteinsdóttir TB and Schuurmans MJ. Psychometric Properties of the Dutch Version of the Signs of Depression Scale. Clin Nurs Res 2016. doi: 10.1177/1054773816657798.

Van Dijk MJ, de Man-van Ginkel, JM, Hafsteinsdóttir TB, Schuurmans MJ. Psychometric evaluation of the Signs of Depression Scale with a revised scoring mechanism in stroke patients with communicative impairment. Clin Rehabil 2017; 1-11.

Van Dijk MJ, Hafsteinsdóttir TB, Schuurmans MJ, de Man-van Ginkel JM. Feasibility of a nurse led intervention for the early management of depression after stroke in hospital. J Adv Nurs. 2018;00:1–12.