

September 2007

## I PROBLEEM

Stemmingsstoornissen (depressie en droefheid, en een angstsyndroom) zijn veelvoorkomende problemen bij volwassenen die zelfstandig of in institutionele settings wonen. Tegelijkertijd worden depressies dikwijls onvoldoende gediagnosticeerd of behandeld en waar de prevalentie van symptomen laag is moet daar zeker rekening mee gehouden worden. Wanneer stemmingsstoornissen niet behandeld worden, kunnen ze leiden tot invaliditeit, een hoge mortaliteit, functionele achteruitgang en onnodig lijden voor zowel de cliënt als zijn/haar familie en zorgverleners. Deze CAP concentreert zich op het identificeren van een depressie (met reeds bestaande diagnose of een depressieve stemming), dewelke aandacht en een mogelijke diagnosestelling vereist.

### ALGEMENE ZORGDOELEN

- § Identificeer en behandel elke onmiddellijke bedreiging die de gemoedstoestand van de cliënt voor zichzelf en voor anderen vormt.
- § Identificeer en behandel alle onderliggende aandoeningen die eventueel tot de gemoedstoestand geleid of bijgedragen hebben.
- § Behandel de stemmingsstoornis.
- § Onderzoek hoe de cliënt op de behandeling reageert en controleer of de behandeling negatieve effecten heeft.

## II CAP-ACTIVERING

Deze CAP bestaat uit drie niveaus en is gebaseerd op de DRS-score (Depressing Rating Scale) van de cliënt bij het begin van het onderzoek. Merk op : terwijl andere items van de interRAI beoordeling bij een verdere evaluatie kunnen helpen, is de DRS de beste indicator van een potentieel of actueel depressie probleem.

### Regels voor het activeren van de CAP stemmingsstoornissen

- Ten eerste, bereken de DRS door de antwoordcodes van de cliënt voor de volgende items toe te voegen [ Merk op dat in de interRAI Suite elk item eerst moet gerecodeerd worden zodat 0=0, 1,2=1, en 3=2], en creëer daarbij een schaal van 0 tot 14. Negatieve

uitlatingen; voortdurend kwaad op zichzelf of anderen; uit schijnbaar onrealistische angsten; klaagt herhaaldelijk over gezondheid; telkens verontrustende klachten of bekommernissen; droevig, heeft pijn, bezorgde gezichtsuitdrukkingen; huilerig. [Merk op: in de meeste computertoepassingen zal de DRS al in het systeem geprogrammeerd zitten.]

- Ten tweede, deel de cliënten als volgt in:
  - **HOOG RISICO – DRS-SCORE VAN DRIE (3) OF HOGER.** Deze groep omvat ongeveer 20% van de ouderen in een RVT, 25% van de ouderen die thuiszorg ontvangen en 5% van de ouderen die zelfstandig wonen. Ongeveer 42% van de ouderen in deze groep die in een RVT verblijven zal in de loop van een periode van negentig dagen verbeteren. Bij ouderen die thuiszorg krijgen is dat percentage gelijkaardig.
  - **RISICO – DRS-SCORE VAN EEN OF TWEE (1 – 2).** Deze groep omvat ongeveer 30% van de ouderen in een RVT, 25% van de ouderen die thuiszorg ontvangen en 5% van de ouderen die zelfstandig wonen. Ongeveer 25% van de ouderen in deze groep die in een RVT verblijven zal in de loop van een periode van negentig dagen verbeteren. Bij ouderen die thuiszorg krijgen bedraagt dat percentage eveneens 25%.
  - **NIET GEACTIVEERD– DRS-SCORE VAN NUL (0).** Deze groep omvat ongeveer 50% van de ouderen in een RVT, 50% van de ouderen die thuiszorg krijgen en 90% van de ouderen die zelfstandig wonen.

### III RICHTLIJNEN

#### OVERZICHT VAN DE BEHANDELINGSMETHODE VAN DE CLIËNT MET EEN STEMINGSSTOORNIS

- **Initiële beoordeling en stabilisatie:** Er zijn verschillende gradaties van stemmingsstoornissen, gaande van onschuldig tot levensbedreigend. Eén van de belangrijkste doelstellingen van de initiële beoordeling is om te bepalen of de cliënt symptomen vertoont van een ernstige stemmingsstoornis die hem/haar en anderen schade zouden kunnen berokkenen. Verpleegkundigen moeten kunnen constateren wanneer een cliënt risico loopt of wanneer hij/zij een bedreiging voor anderen vormt en moeten die bevindingen rapporteren aan een arts, zodat deze onmiddellijk tussenbeide zou kunnen komen om de veiligheid te garanderen.

- **Bepaling van de aard van de stemmingsstoornis:** Er zijn veel factoren die de ontwikkeling van symptomen van een stemmingsstoornis in de hand kunnen werken, zoals psychosociale stressveroorzakende factoren (bv. persoonlijke achteruitgang), een recidieve onderliggende psychiatrische ziekte, neveneffecten van medicatie of een medische aandoening. Het is niet uitzonderlijk dat er bij één cliënt meerdere factoren tegelijk voorkomen. Het kiezen van een geschikte behandeling steunt vooral op de beoordeling van factoren die tot de stemmingsstoornis bijdragen.
- **Behandeling en controle:** Er zijn heel wat mogelijkheden voor de behandeling van de vele soorten stemmingsstoornissen. De cliënt die in behandeling is moet steeds gecontroleerd worden aangezien de behandeling (bv. dosis van een geneesmiddel) naargelang de respons van de cliënt aangepast moet worden.

## OBSERVATIES BIJ INITIËLE BEOORDELING

### **T Loopt de cliënt risico zichzelf schade toe te brengen?**

- Informeer naar suïcidale gedachten (bv. suïcidale ideatie) en gedragingen.
  - § Heeft de cliënt een zelfmoordplan uitgewerkt?
  - § Heeft de cliënt al een zelfmoordpoging achter de rug?
  - § Heeft de cliënt al onrustwekkende dingen gedaan (bv. geneesmiddelenvoorraad aanleggen, afscheid nemen van de familie, bezittingen wegschenken, een briefje schrijven)?
  - § Heeft de cliënt zichzelf of anderen al opzettelijk verwond of willen verwonden?
  - § Weigert de cliënt om te eten of te drinken? Is er bij de cliënt sprake van anorexia of gewichtsverlies? [zie dehydratie-CAP en ondervoeding-CAP]
  - § Heeft de cliënt bepaalde medicatie of andere therapieën geweigerd?
  - § Let op een verzwakt oordeelsvermogen of veiligheidsbewustzijn (bijvoorbeeld, cliënten met een depressie kunnen gevoelens van hopeloosheid en hulpeloosheid ervaren, hetgeen een negatieve invloed kan hebben op het oordeelsvermogen en de besluitvorming van de persoon)

### **T Loopt de cliënt risico anderen schade toe te brengen?**

- Let op toegenomen woede, labiliteit of agitatie.
- Onderzoek of de cliënt zich door anderen bedreigd voelt of eraan denkt iemand anders te verwonden (bv. een stemmingsstoornis kan gepaard gaan met gevoelens van desillusie, waaronder paranoia).
- Controleer op voorwerpen die als wapen gebruikt zouden kunnen worden (bv. eetgerei, scherpe potloden, een schaar).

### **T Typeer alle symptomen van de stemmingsstoornis.**

- Informeer naar subjectieve symptomen van een stemmingsstoornis door de cliënt te vragen of hij/zij zich depressief voelt. Merk op dat zelfs dementerende cliënten die vraag vaak goed kunnen beantwoorden.

- § De cliënt zegt dat hij/zij zich bedroefd voelt of geen aangename momenten meemaakt.
  - § De cliënt zegt dat hij/zij geen zin heeft in de gebruikelijke activiteiten of klaagt dat hij/zij zich te moe voelt om eraan deel te nemen. De cliënt zegt eventueel meer moeite te hebben om zich op gewone activiteiten te concentreren.
  - § De cliënt beschrijft dat hij/zij zichzelf waardeloos of schuldig voelt (bv. cliënt beschouwt zichzelf als een last voor de familie).
  - § De cliënt vermeldt een verminderde eetlust of een verandering in zijn/haar slaapgewoonten.
- Let op de volgende objectieve symptomen van een stemmingsstoornis:
    - § De cliënt huilt meer, is droeviger
    - § Slaapstoornis: eerder moeilijkheden met inslapen of toegenomen behoeften aan slaap [merk op: Hou een slaapdagboek bij om slaapgewoonten nauwkeurig op te volgen]
    - § Het activiteitsniveau van de cliënt is vertraagd
    - § De cliënt eet weinig en verliest gewicht [ zie CAP ondervoeding], of eet meer dan gewoonlijk
  - Cliënten met een geactiveerde CAP ‘stemmingsstoornissen’, zouden moeten geobserveerd worden op tekens of symptomen van manie of hypomanie. De verkregen informatie kan bijdragen tot het syndroommanagement, aangezien het kan helpen bij het detecteren van depressieve stemmingen die gerelateerd zijn aan een bipolaire stoornis. Let op een voorgeschiedenis van volgende indicatoren:
    - § Rusteloze gedachten en aanwezigheid euforie
    - § Verhoogde prikkelbaarheid
    - § Frequentie stemmingsveranderingen
    - § Op gejaagde manier praten
    - § Gedachteflitsen
    - § Daling van behoefte aan slaap
    - § Agitatie of hyperactiviteit
  - Probeer te bepalen hoe lang de subjectieve en objectieve symptomen al aanwezig zijn.

**T Onderzoek of familieleden of vrienden van de cliënt een verandering in de gemoedstoestand opgemerkt hebben.**

### **BEPALING VAN DE AARD VAN DE STEMMINGSSTOORNIS**

**T Bekijk de medicatiefiche van de cliënt om geneesmiddelen die met stemmingswisselingen in verband kunnen staan op te sporen.** Elk geneesmiddel, al dan niet op voorschrift, kan stemmingswisselingen veroorzaken. Zorg ervoor dat de medicatie van de cliënt door een apotheker of arts gecontroleerd wordt (ter plaatse of indien niet

mogelijk telefonisch). Bij die beoordeling moet vooral op de volgende zaken gelet worden: 1) neemt de cliënt een geneesmiddel die de stemmingsstoornis veroorzaakt of verergerd kan hebben en 2) is de aanbevolen dosis van het voorgeschreven antidepressivum een therapeutische dosis?

- ❑ Neemt de cliënt nieuwe geneesmiddelen of werd de dosis van een bepaald geneesmiddel gewijzigd? Ga na hoeveel tijd er verlopen is tussen de wijziging in medicatie en het optreden van symptomen. [ zie CAP 'juist en verantwoord medicatiegebruik']
- ❑ Neemt de cliënt specifieke geneesmiddelen die aan een stemmingsstoornis gerelateerd kunnen worden? De volgende soorten medicatie worden met stemmingsstoornissen geassocieerd:
  - \$ Corticosteroiden
  - \$ Cardiologische medicatie: bètablokkers, clonidine, digoxine
  - \$ Anti-epileptica: fenytoïne, carbamazepine, fenobarbital, felbamaat
  - \$ Glaucoommedicatie: timolol, acetazolamide
  - \$ Antibiotica en chemotherapie
  - \$ Narcotische analgetica
  - \$ Interferon
- ❑ De beëindiging van elk specifiek geneesmiddel (bv. corticosteroiden of antidepressiva) zou met een stemmingsstoornis in verband kunnen staan.

[Merk op dat er regelmatig nieuwe geneesmiddelen op de markt verschijnen en dat bepaalde kruiden de gemoedstoestand positief of negatief kunnen beïnvloeden]

**T Bestaat er een verband tussen de ontwikkeling van de stemmingsstoornis en een verandering in de medische toestand van de cliënt? Controleer op de aanwezigheid van:**

- ❑ *Delier*. Een delier kan zich als een depressie voordoen maar kan onderscheiden worden door de aanwezigheid van een schommelend bewustzijnsniveau en een recente of verergerende cognitieve achteruitgang [zie delier-CAP].
- ❑ *Infectie*. Onderzoek de cliënt op symptomen van een infectie zoals koorts, een stinkende geur, troebele urine of kortademigheid.
- ❑ *Pijn* wordt vaak met een depressie geassocieerd en een beoordeling en behandeling van beide problemen moet in dat geval overwogen worden [zie pijn- CAP].
- ❑ *Andere voorbeelden van medische aandoeningen* die met stemmingsstoornissen geassocieerd worden omvatten schildklierafwijkingen, dehydratie, abnormale chemische eigenschappen, CVA (beroerte), dementie en kanker.
- ❑ Overweeg een arts te consulteren over de mogelijkheden voor het genezen of behandelen van de medische aandoening.

**T Bestaat er een verband tussen de ontwikkeling van de stemmingsstoornis en psychosociale veranderingen?**

- ❑ Is er sprake van een recente omgevingsgerelateerde verandering (bv. verhuis naar een appartement in een wooncomplex voor ouderen of naar een RVT)?
- ❑ Is er sprake van een recente relationele verandering (bv. ziekte of sterfte van een familielid of een vriend, familielid die ver weg gaat wonen)?
- ❑ Is er sprake van een recente verandering in de gezondheidsbeleving (bv. het gevoel hebben ernstig ziek te zijn)?
- ❑ Is er sprake van een klinische of functionele verandering die de gevoelens van waardigheid van de cliënt zou kunnen beïnvloeden (bv. incontinentie; communicatieve achteruitgang)?

**T Beschrijf het verloop van de stemmingsstoornis.**

- ❑ Verliep de verandering in de gemoedstoestand bruusk of geleidelijk? Merk op: stemmingsstoornissen ontwikkelen zich zelden van de ene op de andere dag waardoor plotse symptomen kunnen wijzen op een acute medische aandoening of een delier.
- ❑ Is de stemmingsstoornis constant of schommelt de gemoedstoestand eerder tussen extremen?

**T Heeft de cliënt een voorgeschiedenis van een bepaalde stemmingsstoornis?**

- ❑ Bestaat er een verslag van een eerdere gediagnostiseerde stemmingsstoornis of behandeling?
- ❑ Werd de behandeling van een stemmingsstoornis onlangs gewijzigd of beëindigd?

**T In welke mate gaat de stemmingsstoornis met symptomen van angst gepaard?**

- ❑ Hoewel het niet over dezelfde syndromen gaat, kan het zijn dat stemmings- en angststoornissen zich tegelijkertijd voordoen.

## **BEHANDELING EN CONTROLE**

**T Reactie op de behandeling**

- ❑ Blijf controle op de veiligheid uitoefenen.
  - § Controleer op de aanwezigheid van zelfmoordneigingen. Zelfmoordgedachten moeten altijd serieus genomen worden. Merk op: voor sommige personen met depressie neemt het suicide-risico net toe in de beginperiode van de medicamenteuze behandeling, omdat zij dan meer energie krijgen.
  - § Overweeg een doorverwijzing naar professionele hulpverleners
  - § Blijf controleren op symptomen van dehydratie/een verstoorde vochtbalans en ondervoeding.
- ❑ Controleer de gemoedstoestand.
  - § Reageert de cliënt (en zijn/haar gemoedstoestand) zoals verwacht op de behandeling?

- § Zijn er aanwijzingen van een andere stemmingsstoornis? Een cliënt met een bipolaire stoornis kan bijvoorbeeld een manische periode doormaken wanneer hij/zij voor een depressie behandeld wordt.
- Controleer op neveneffecten van de behandeling.
  - § Anticholinergische neveneffecten (delier, ernstige constipatie, droge mond, urineretentie, wazig zicht)?
  - § Slaapstoornis (slapeloosheid, plotseling minder slaap nodig, overdag slaperig)?
  - § Posturale hypotensie of wankelende loop?
  - § Verwardheid, bijvoorbeeld cliënten die voor een stemmingsstoornis behandeld worden door middel van elektroconvulsietherapie (ECT), kunnen na de behandelingen tijdelijke episoden van verwardheid ervaren.

## **T Behoeftte aan kennis over stemmingsstoornissen en de behandeling ervan**

- Wat verwacht de cliënt van psychotherapie of counseling?
- Wat zijn de bekommernissen van de cliënt over de effecten en neveneffecten van psychotrope geneesmiddelen? [zie CAP 'juist en verantwoord medicatiegebruik']
- Wat verwacht de cliënt van het genezingsproces? Het kan bijvoorbeeld zijn dat de cliënt niet weet dat er meerdere weken van behandeling met een antidepressivum nodig kunnen zijn vooraleer de symptomen verbeteren.
- Weet de cliënt dat zijn/haar behandeling een voortdurende evaluatie en titratie van de medicatiedosering vereist en dat hij/zij soms op andere geneesmiddelen zal moeten overschakelen om een geschikte dosering, optimale behandelingseffecten en minimale neveneffecten na te streven?
- Is de cliënt op de hoogte van de nood aan onderhoudsbehandelingen om een terugval van de stemmingsstoornis te voorkomen?
- Is de thuiszorgcliënt zich bewust van het bestaan van gemeenschapsprogramma's of andere bronnen voor het verkrijgen van extra informatie over stemmingsstoornissen?

**T Zorg ervoor dat het verzorgingsteam, de cliënt en de familie op de hoogte is van de geplande duur van de behandeling, de tijd die nodig is opdat de gekozen behandelingen effectief zouden zijn en de mogelijke negatieve effecten [zie 'juist en verantwoord medicatiegebruik'-CAP].**

## **AANVULLENDE BRONNEN**

**Alexopoulos, G.S., Bruce, M.L., Hull, J., Sirey, J.A., Kakuma, T.** *Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression.* Archives of General Psychiatry, November, 1999. Merk op: dit artikel brengt verslag uit over de resultaten van een studie ter bepaling van de risicofactoren voor zelfmoord bij bejaarden. Verder geeft dit artikel ook een beknopt overzicht van de epidemiologie van zelfmoord bij ouderen.

**Block, S.D.** *Assessing and managing depression in the terminally ill person.* Annals of Internal Medicine, 1 February, 2000. Merk op: dit artikel bespreekt de uitdagingen waarmee men bij het diagnosticeren en behandelen van leed en depressiviteit bij terminaal zieke cliënten geconfronteerd wordt. Voorbeeldcasussen werden ter verduidelijking van bepaalde zaken in het artikel opgenomen.

**Burrows, A.B., Morris, J.N., Simon, S.E., Hirdes, J.P., Phillips, C. 2000.** *Development of a Minimum Data Set-based depression rating scale for use in nursing homes.* Age and Ageing 29:165-172.

**Satlin, A., Murphy, K.M.** *Depression.* In Morris, J.N., Lipsitz, L.A., Murphy, K.M. and Belleville-Taylor, P. (Eds). *Quality Care in the Nursing Home.* 1997. St. Louis: Mosby. Merk op: dit hoofdstuk geeft een overzicht van de risicofactoren, symptomen en behandelingsopties van depressiviteit bij bejaarden. Vooral het verband tussen dementie en depressie wordt extra toegelicht.

### **Klinische praktische richtlijnen:**

*American Psychiatric Associations (APA) Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder (Revision).* American Journal of Psychiatry, April 2000. Merk op: deze richtlijn geeft een gedetailleerd algemeen overzicht van de klinische kenmerken van depressiviteit bij ouderen en de behandelingsopties. Flowcharts worden gebruikt als hulp bij besluitvorming. Deze richtlijnen zijn ook beschikbaar op de APA-website: [www.psych.org](http://www.psych.org) (klik op 'Clinical Resources' en vervolgens op 'Practice Guidelines'). Die site omvat 'Patient and Family Guides' die ook nuttig zouden zijn bij de opleiding van verpleegassistenten.

*APA Practice Guideline for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder.* American Journal of Psychiatry, December 1994. Merk op: deze richtlijn gebruikt een methode die vergelijkbaar is met de depressierichtlijn (zie hierboven) voor de beoordeling en behandeling van een bipolaire stoornis.

*Depression in Primary Care: Detection and Diagnosis.* Vol. 1 Detection and Diagnosis Clinical Practice Guideline #5. AHCPR Publication # 93-0550: April 1993. (Ook toegankelijk op [www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov))

*Treatment of Major Depression.* Vol. 2 Treatment of Major Depression. Clinical Practice Guideline #5. AHCPR Publication #93-0551: April 1993.

*Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life.* NIH Consensus Statement 1991, Nov 4-6: 9(3): 1-27. (Ook toegankelijk op [www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov))

**Lebowitz, B.D., Pearson, J.L., Schneider, L.S., et al.** *Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update.* JAMA. 1997; 278(14): 1186-1190. (Ook toegankelijk op [www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov))



**Piven, M.L.S.** *Detection of Depression in the Cognitively Intact Older Adult (research-based protocol).*  
University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research  
Dissemination Core, 10, 1998. Internetadres: <http://www.nursing.iowa.edu.gnirc>

AUTEURS

Eran D. Metzger, MD  
Terry Rabinowitz, MD  
John N. Morris, PhD, MSW