

Stemmingsstoornissen

Clinical Assessment Protocol (CAP) = 1

De informatie over deze CAP-code wordt opgesplitst in drie delen:

- (I) *Betekenis*: De betekenis van code 1 bij de Stemmingsstoornissen-CAP.
- (II) *Probleemstelling*: Omschrijving, situering en probleemstelling.
- (III) *Richtlijnen*: De stappen die achtereenvolgens dienen ondernomen te worden (overzichtsschema en uitwerking per stap).

Deze informatie print u best in zijn geheel uit. De mogelijkheid bestaat om bijkomende literatuur te raadplegen.

I Betekenis

De **Stemmingsstoornissen-CAP wordt geactiveerd met code 1**. Dat betekent dat deze cliënt een score 1 of 2 behaalt op de Depression Rating Scale (DRS) van RAI, waardoor hij/zij een **risico** loopt op het ontwikkelen van een depressiestoornis.

De DRS bestaat uit een schaal gaande van 0 tot 14, en de score wordt berekend door de antwoordcodes voor de volgende items op te tellen:

- *deed negatieve uitspraken,*
- *voortdurend boos op zichzelf of op anderen,*
- *uitingen, ook non-verbale, van wat onrealistische angsten lijken,*
- *herhaaldelijk klagen over de gezondheid,*
- *herhaaldelijk angstig klagen/bezorgd zijn (niet in verband met de gezondheid),*
- *droevige, pijnlijke of bezorgde gelaatsuitdrukkingen,*
- *huilen, gemakkelijk in tranen uitbarsten.*

Deze groep omvat ongeveer 30% van de ouderen in een RVT, 25% van de ouderen die thuiszorg ontvangen en 5% van de zelfstandig wonende ouderen. Er is gebleken dat van de ouderen in een RVT en bij wie de CAP geactiveerd wordt met code 1 er ongeveer 25% zich verbeteren in een periode van 90 dagen. Bij ouderen die thuiszorg ontvangen is dit percentage ongeveer gelijkaardig (in de VS).

II Probleemstelling

Stemmingsstoornissen (depressie, droefheid, en angstsyndroom) zijn veel voorkomende problemen bij ouderen die zelfstandig of in institutionele settings wonen. Tegelijkertijd worden depressies dikwijls onvoldoende gediagnosticeerd en behandeld, zeker wanneer er weinig symptomen aanwezig zijn of tot uiting komen. Wanneer stemmingsstoornissen niet behandeld worden, kunnen ze leiden tot invaliditeit, hoge mortaliteit, functionele achteruitgang en onnodig lijden voor zowel de cliënt als zijn familie en zorgverleners. Deze CAP concentreert zich op het identificeren van een depressie, met een reeds bestaande diagnose of een depressieve stemming dewelke aandacht, opvolging 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.

III Richtlijnen

Overzichtsschema

STAP 1:
Observatie van de stemming van de cliënt

└─► **Indien GEEN vermoeden van depressie, ga naar stap 2**

STAP 2:
Strikte opvolging en preventieve maatregelen

Stappenplan

STAP 1: Observatie van de stemming van de cliënt

- Bij signalering van deze CAP met code 1, loopt de cliënt een **risico** op het **ontwikkelen van een depressieve stoornis**. Onderzoek toont aan dat een **vroegtijdige herkenning** en een snelle behandeling van depressie de kans op ernstige stoornissen en suïcide reduceert. Daarom behoort **screening** in deze risicopopulatie tot één van de belangrijkste acties. **Observeer en evalueer** hierbij de **huidige gemoedstoestand van de cliënt**, en rapporteer bevindingen op een efficiënte manier aan een arts.
- Observeer de volgende *objectieve symptomen* en informeer naar *subjectieve symptomen van depressie*, en bepaal hoe lang deze symptomen al aanwezig zijn:
 - Depressieve gemoedstoestand/stemming
 - Voorbeelden:
 - De cliënt zegt dat hij zich bedroefd voelt of geen aangename momenten meemaakt
 - De cliënt huilt meer, is droeviger dan voorheen
 - Verminderde energie, verlies van motivatie, interesse of plezier
 - Voorbeelden:
 - De cliënt zegt dat hij geen zin heeft in de gebruikelijke activiteiten
 - De cliënt weigert taken uit te voeren die fysieke kracht vergen
 - De cliënt wordt sociaal geïsoleerd (vb. vermijden van sociale contacten, zich terugtrekken,...)
 - Verminderd vermogen om te denken/cognitieve achteruitgang
 - Voorbeelden:
 - De cliënt verliest vertrouwde voorwerpen
 - De cliënt geeft vaak 'ik weet het niet'- antwoorden
 - Verminderd vermogen zich te concentreren/besluiteloosheid
 - Voorbeelden:
 - De cliënt zegt meer moeite te hebben om zich op gewone activiteiten of op het gesprek te concentreren
 - De cliënt heeft moeilijkheden bij het nemen van beslissingen

- Vermoeidheid/slapeloosheid
 - Voorbeelden:
 - De cliënt klaagt dat hij zich te moe voelt om aan activiteiten deel te nemen
 - De cliënt vermeldt een verandering in zijn slaapgewoonten
 - De cliënt heeft moeilijkheden met inslapen of een toegenomen behoefte aan slaap

- Stoornissen in de eetlust
 - Voorbeelden:
 - De cliënt vermeldt een verminderde eetlust
 - De cliënt eet weinig of weigert voedsel/drank, en/of verliest gewicht

- Verlies van zelfrespect, verminderde interesse voor levensverrichtingen
 - Voorbeelden:
 - De cliënt verwaarloost het uiterlijk, kamt de haren niet
 - De cliënt heeft geen positieve gevoelens omtrent zijn leven
 - De cliënt beschrijft dat hij zichzelf waardeloos of schuldig voelt
 - De cliënt beschouwt zichzelf als een last voor de familie of zijn omgeving

- Frequente somatische klachten
 - Voorbeelden:
 - De cliënt vermeldt veelvuldige somatische klachten (bv. rugpijn, abdominale pijn, zwakte,...) die ondanks interventies niet afnemen

- Kritisch en jaloers op anderen
 - Voorbeelden:
 - De cliënt bekritiseert zijn familie en het verzorgend personeel
 - De cliënt roept steeds om zorgverleners

Opmerking: niet al deze symptomen hoeven aanwezig te zijn, maar dienen wel nagekeken te worden.

- Let op *tekens of symptomen van manie of hypomanie*. Deze informatie kan bijdragen tot de detectie van depressieve stemmingen die gerelateerd zijn aan een bipolaire stoornis. Een bipolaire stoornis is een stemmingsstoornis waarbij depressieve fasen worden afgewisseld met manische periodes. Let hierbij op een voorgeschiedenis van de volgende indicatoren:

- Rusteloze gedachten en aanwezigheid euforie
 - Verhoogde prikkelbaarheid
 - Frequentie stemmingsveranderingen
 - Op gejaagde manier praten
 - Gedachteflitsen
 - Daling van behoefte aan slaap
 - Agitatie of hyperactiviteit
- Ga na of *familieleden en/of vrienden van de cliënt* een *verandering in de gemoedstoestand* hebben opgemerkt
 - Gebruik eventueel *zelfbeoordelings- of observatieschalen*, zoals bijvoorbeeld de “Geriatric Depression Scale” (GDS, zie bijlage 1) en de “Cornell Scale for Depression in Dementia” (CSDD, zie bijlage 2), om *depressie bij ouderen te screenen en te evalueren*. Een positieve score (scoremechanisme zie bijlage 3) op één van deze schalen is een indicatie voor verder diagnostisch onderzoek, om uit te maken of er sprake is van een depressiestoornis. De diagnose kan echter alleen gesteld worden na een uitgebreid onderzoek door de arts.
 - *Bespreek samen met de arts de gemoedstoestand van de cliënt*. Indien **GEEN vermoeden van depressie**, ga naar **stap 2**. Bij **vermoeden van depressie** (o.a. positieve GDS of CSDD-score), ga naar **stap “diagnostisch proces” van de Stemmingsstoornissen-CAP code 2**.

STAP 2:

Strikte opvolging en preventieve maatregelen

- Het is bekend dat de aanwezigheid van meerdere risicofactoren de kans op het ontwikkelen van een depressie verhoogt:
 - *Mogelijke voorbeschikkende factoren?*
 - Vrouwelijk geslacht
 - Gescheiden zijn, sociale desintegratie, vervreemding, weinig ondersteuning
 - Bepaalde persoonlijkheidskenmerken, zoals het willen vermijden van elk risico, het afhankelijk zijn van externe bevestigingen
 - Depressie in voorgeschiedenis
 - Cardiovasculaire stoornissen, en andere lichamelijke aandoeningen en ongemakken zoals pijn, schildklierlijden, immuniteitsproblemen, kanker, ...
 - Alcoholmisbruik
 - Gebruik van bepaalde medicatie zoals bètablokkers, calciumkanaalblokkers, digoxine, sedativa, analgetica en steroïden

- *Mogelijke uitlokkende factoren?*
 - Recente relationele verandering, zoals verlies door sterfte
 - Recente omgevingsgerelateerde verandering, zoals een verhuis naar een RVT
 - Recente verandering in gezondheidsbeleving, zoals gevoel ernstig ziek te zijn
 - Klinische of functionele verandering die gevoelens van waardigheid kunnen beïnvloeden
 - Onzekerheid, onvoorspelbaarheid
 - Langdurige slaapproblemen

- Ondanks het feit dat de mogelijkheden van preventie - gezien de soms nauwelijks te beïnvloeden voorbeschikkende factoren - beperkt zijn, kan het actief ingrijpen op een aantal van de bovenstaande problemen een depressie helpen te voorkomen. Mogelijke acties:
 - *Spoor uitlokkende factoren op en tracht deze, indien mogelijk, uit te schakelen of te verminderen:*
 - Zorg voor een adequaat symptommanagement: pijn en slapeloosheid
 - Bouw eventueel benzodiazepines af
 - Geef ondersteuning waar mogelijk (lichamelijk, psychosociaal)
 - Help problemen te relativiseren, aanvaarden en er beter mee om te gaan

 - *Versterk beschermende factoren en bevorder de zelfredzaamheid:*
 - Adviseer een gezonde levensstijl en lichamelijke activiteit
 - Hou steunende netwerken in stand
 - Verhoog de sociale contacten met familie en vrienden, zorg hierbij voor begeleiding
 - Bevorder een positief zelfbeeld

- Blijf de gemoedstoestand van de cliënt opvolgen en bespreek veranderingen met de arts. Ga bij **vermoeden van depressie** over naar de **stap “diagnostisch proces” van de Stemningsstoornissen-CAP code 2.**

Bronnen en aanvullende literatuur

- interRAI CAP's Gebruikershandboek:
 - 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 terminal 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 demencie 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 (klik op 'Clinical resources' en vervolgens op 'Practice Guidelines').
- *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)
- *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)
- 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)
- 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: www.nursing.uiowa.edu
- Bijkomende bronnen:
 - Bernstein, K.S. (2006). *Clinical assessment and management of depression*. Medsurg Nursing; 15(6): 333-342.
 - Bouckaert, F. *De sombere patiënt*. In Olde Rikkert, M.G.M., Flamaing, J., Petrovic, M., Schols, J.M.G.A., Hoefnagels, W.H.L. (red.). *Probleemgeoriënteerd denken in de geriatrie. Een praktijkhandboek voor de opleiding en de kliniek*. 2008. De Tijdstroom, Utrecht.
 - Godderis, J. *Organisch-psychische stoornissen en stemmingsstoornissen*. Cursus 1^e jaar arts KUL, Leuven.
 - Heyrman, J., Declercq, T., Rogiers, R., Pas, L., Michels, J., Goetinck, M., et al. (2008). *Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts*. Huisarts Nu; 37 (6): 284-317.
 - Kurlowicz, L.H., Harvath, T.A. *Depression*. In Capezuti, E., Zwicker, D., Mezey, M., Fulmer, T., Gray-Miceli, T., Kluger, M. (ed.). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. 2003. Springer Publishing Company, New York.
 - Milisen, K., Braes, T., Fick, D., Foreman, M. (2006). *Cognitive assessment and differentiating the 3 D's (dementia, depression, delirium)*. Nursing Clinics of North America; 41: 1-22.

- *Multidisciplinaire richtlijn depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie.* (2005). Trimbos-instituut (www.trimbos.nl).
- Steeman E., Braes T., De Bal N., Godderis J., Joosten E., Marvellie M., Milisen K., Van Wesenbeeck A., Vandenberghe J., Vlaemynck J. *Ontwarring van verwardheid.* 2004. Kluwer, Mechelen.
- Van Audenhove, C., De Coster, I., Van den Aemele, H., De Fruyt, J., & Goetinck, M. *De aanpak van depressie door de huisarts. Een handboek voor de praktijk.* 2007. LannooCampus, Leuven.
- Vandevelde, E., Milisen, K., Steeman, E. & Godderis, J. *Depressie bij gehospitaliseerde ouderen.* In Milisen, K., De Maesschalck, L., Abraham, I. *Verpleegkundige zorgaspecten bij ouderen.* 2002. Elsevier, Maarsse.
- Website: www.ouderenpsychiatrie.nl