

Stemmingsstoornissen

Clinical Assessment Protocol (CAP) = 2

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

- (I) *Betekenis*: De betekenis van code 2 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 2**. Dat betekent dat deze cliënt een score 3 of meer behaalt op de Depression Rating Scale (DRS) van RAI, waardoor hij/zij een **hoog risico** loopt op het ontwikkelen van een depressieve stoornis of mogelijk reeds een depressie heeft ontwikkeld.

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 20% 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 2 er ongeveer 42% zich verbeteren in een periode van 90 dagen. Bij ouderen die thuiszorg ontvangen is dit percentage ongeveer gelijkaardig (in de VS).

II Probleemstelling

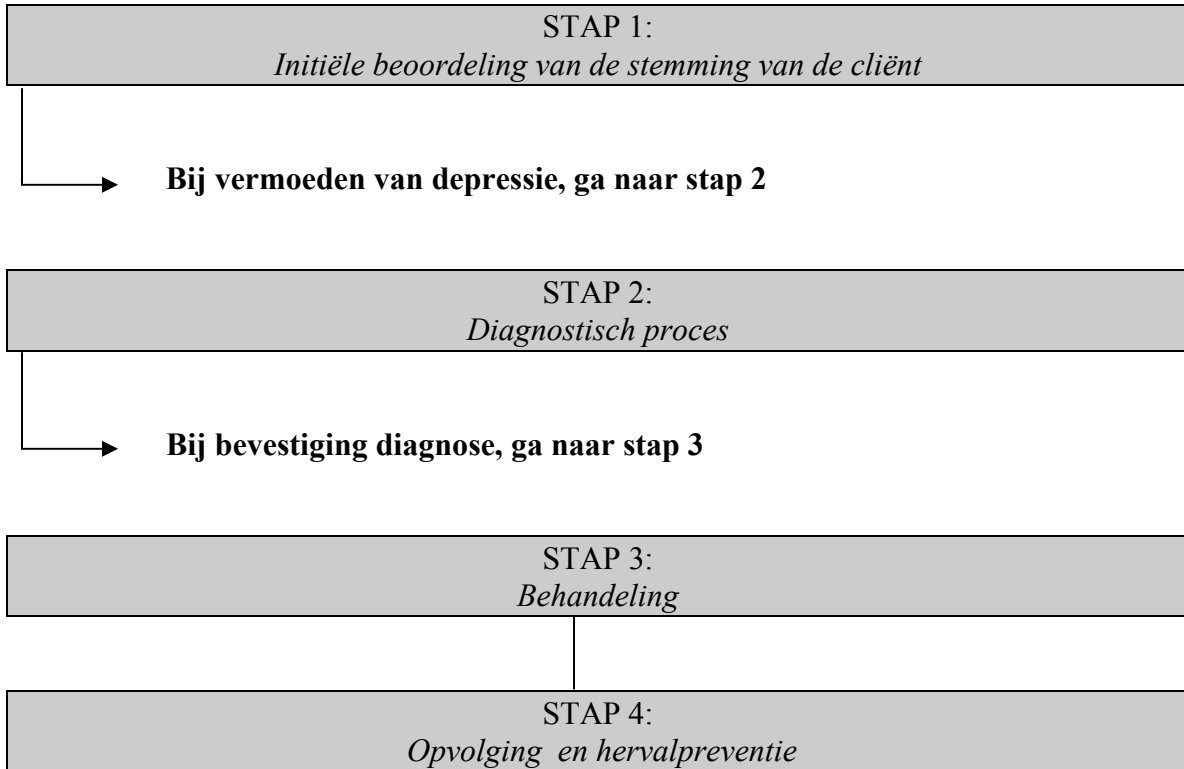
Stemmingsstoornissen (depressie, droefheid, en angstsyndroom) zijn veel voorkomende problemen bij ouderen die zelfstandig of in institutionele settings wonen. Tegelijkertijd worden depressies dikwijls onvoldoende gediagnosticeerd en behandeld, zeker wanneer er weinig symptomen aanwezig zijn of tot uiting 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 die 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



Stappenplan

STAP 1:

Initiële beoordeling van de stemming van de cliënt

- Bij signalering van deze CAP met code 2, loopt de cliënt een **hoog risico** op het **ontwikkelen van een depressieve stoornis** of is het **mogelijk** dat hij reeds een **depressie** heeft ontwikkeld. Een **eerste stap** die hierbij moet ondernomen worden, is de **observatie en evaluatie van zijn gemoedstoestand**. Op die manier krijgt men als zorgverlener een duidelijker beeld van de huidige toestand van de cliënt, en kunnen bevindingen op een efficiënte manier aan een arts gerapporteerd worden. Wanneer men echter vaststelt dat de **cliënt een bedreiging vormt voor zichzelf en/of anderen**, dient de arts onmiddellijk op de hoogte te worden gesteld. Deze arts kan de cliënt eventueel doorverwijzen naar een psychiater. Een onmiddellijke tussenkomst om de veiligheid te garanderen is hierbij noodzakelijk.
- 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

- Frequentie 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
 - Frequente 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
 - Let bij vermoeden van depressie op *suïcidale gedachten en/of gedragingen* (vb. suïcidale ideatie = het zijn de gedachten die zich in het hoofd van de persoon afspelen), en informeer hiernaar:
 - Doet de cliënt de volgende soort van uitspraken: ‘Ik zou beter af zijn als ik dood was’, ‘Wat loop ik hier nog te doen?’, ‘Ik zie geen reden waarom ik nog verder moet afzien’, ‘Ik zou liever niet meer wakker worden morgenvroeg’, ...?
 - Heeft de cliënt al een zelfmoordpoging achter de rug?
 - Heeft de cliënt een zelfmoordplan uitgewerkt? Vraag bijvoorbeeld: ‘Heb je al concrete plannen hoe je jezelf van het leven zou beroven?’
 - 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 te eten of te drinken?
 - Is er bij de cliënt sprake van anorexia of gewichtsverlies?
 - Heeft de cliënt bepaalde medicatie of andere therapieën geweigerd?
 - Heeft de cliënt een verzwakt oordeelsvermogen of veiligheidsbewustzijn (bv. cliënten met een depressie kunnen gevoelens van hopeloosheid en hulpeloosheid ervaren, wat een negatieve invloed kan hebben op het oordeelsvermogen en de besluitvorming van de persoon)?
 - Is de cliënt geagiteerd (onrustig, rusteloos)?
 - Ga na of de *cliënt* risico loopt *anderen schade toe te brengen*
 - Let op toegenomen woede, labiliteit of agitatie.
 - Ga na 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 wapens en voorwerpen die als wapen zouden kunnen gebruikt worden (bv. eetgerei, scherpe potloden, een schaar).

- 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 depressieve stoornis. De diagnose kan echter alleen gesteld worden na een uitgebreid onderzoek door de arts.
- Bespreek *samen met de arts de gemoedstoestand* van de cliënt. Bij **vermoeden van depressie** (o.a. bij positieve GDS of CSDD-score), ga naar **stap 2**. Indien men GEEN aanwezigheid van depressie vermoedt, blijf deze hoog risicocliënt screenen en opvolgen met het oog op een snelle herkenning, diagnosticering en behandeling (zie ook stap 2 van stemmingsstoornissen-CAP code 1).

STAP 2:
Diagnostisch proces

- De **diagnose van depressie** dient te worden gesteld door een arts. Stel de diagnose na een grondige anamnese en heteroanamnese, een klinisch lichamelijk, neurologisch en psychiatrisch onderzoek, en na evaluatie van de cognitieve functies. Aangezien **depressie bij ouderen** zich op een aantal **atypische manieren kan presenteren**, zijn deze onderzoeken en een degelijke differentiaaldiagnostiek van cruciaal belang. De diagnostische criteria van de “DSM-IV-TR“ (zie bijlage 4) zijn hierbij nuttig, maar onvoldoende specifiek voor de depressieve beelden bij ouderen. Bij twijfel over de diagnose, neem contact op met een psychiater.
- **Denk aan de volgende depressieve beelden specifiek bij ouderen**
 - Somatisch gemaskeerde depressie
 - Depressieve grondstemming overschaduwd door somatische klachten
 - Rapportage van klachten zoals moeheid, cardiale pijn, rugpijn, abdominale pijn, benauwdheid, duizeligheid, zwakte, ... zonder aanneembare lichamelijke verklaring
 - Differentiaal diagnose met lichamelijke aandoeningen (bv. ziekte van Parkinson, hypothyroïdie, CVA, ...)
 - Niet-dementieel depressief deficitair syndroom
 - Depressie gemaskeerd door cognitieve problemen
 - Observatie van symptomen zoals apathie, concentratiestoornissen, trager denken, stoornissen in oriëntatie en geheugen
 - Differentiaal diagnose met dementieel syndroom en hypoactief delirium (onderscheid depressie, delirium en dementie zie bijlage 5)

- Psychotische depressie
 - Depressie gepaard gaand met psychotische symptomen
 - Observatie van symptomen zoals ernstige rusteloosheid, angst, remming van de motoriek, wanen (hypochondrische-, schuld- of paranoïde wanen), auditieve, visuele en sensorische hallucinaties
 - Differentiaal diagnose met schizofrenie en hyperactief delirium

- **Denk aan de volgende mogelijke differentiaal diagnoses**
 - Rouwreactie: depressieve symptomen kunnen aanwezig zijn bij een normaal rouwproces, maar als deze symptomen te lang duren of te sterk aanwezig zijn, is er sprake van een depressie
 - Angststoornissen
 - Psychotische stoornissen of bipolaire stoornissen
 - Overspanning, burnout
 - Aanpassingsstoornissen
 - somatisering
 - Medicamenteuze of toxische invloeden (sederende en andere onderdrukkers van het centraal zenuwstelsel, stemmingbeïnvloedende medicatie)

- **Doorloop de volgende mogelijke stappen in het diagnostisch proces (door arts, maar andere zorgverleners kunnen hiertoe bijdragen door een nauwkeurige rapportage van hun observaties. Een goede communicatie tussen arts en zorgteam is hierbij noodzakelijk):**
 1. *Overloop de in stap 1 geobserveerde symptomen/klachten en hun duur*
 2. *Probeer andere verklaringen voor de symptomen/klachten uit te sluiten, en onderliggende problemen die zich met depressieve klachten kunnen aandienen of hiermee gepaard gaan te identificeren op basis van verder onderzoek:*
 - Uitgebreide anamnese en heteroanamnese:
 - Verloop symptomen:
 - ❖ Verandering in gemoedstoestand acuut of geleidelijk?
 - ❖ Dagschommelingen of gemoedstoestand constant?
 - ❖ Manische of hypomanische periodes? Zie observaties stap 1
 - ❖ Aanwezigheid hallucinaties of wanen?
 - Evaluatie medicatie:
 - ❖ Nieuwe medicatie of aanpassing dosis? Zo ja, ga tijdsinterval na tussen wijziging medicatie en optreden symptomen
 - ❖ Recente stopzetting medicatie?

- ❖ Gebruik medicatie die gerelateerd kunnen worden aan depressie?
 - ✓ Corticosteroiden
 - ✓ Cardiologische medicatie (bètablokkers, digoxine,...)
 - ✓ Anticholinergica
 - ✓ Anti-epileptica
 - ✓ Glaucoommedicatie
 - ✓ Antibiotica
 - ✓ Chemotherapie
 - ✓ Narcotische analgetica
 - ✓ Antipsychotica
 - ✓ Interferon en vrij verkrijgbare geneesmiddelen
 - ✓ Bepaalde kruiden

- Aanwezigheid angstsymptomen? Verschillende angststoornissen gaan soms met zekere vorm van depressieve stemming gepaard. Depressie- en angststoornissen kunnen zich tegelijkertijd voordoen

- Depressie-uitlokkende, -onderhoudende of -verergerde factoren aanwezig?
 - ❖ Vroegere fasen en/of stoornis komt voor in de familie, bv. Let op verslag eerder gediagnosticeerde stemmingsstoornis of behandeling? Behandeling van stemmingsstoornis onlangs gewijzigd of beëindigd?

 - ❖ Beperkte weerbaarheid? Vb. chronische ziekte, ernstige lichamelijke aandoening, cerebrale aandoening, ...

 - ❖ Psychosociale veranderingen: recente omgevingsgerelateerde verandering (vb. verhuis naar RVT); recente relationele verandering (vb. ziekte/sterfte familielid of vriend); recente verandering in gezondheidsbeleving (vb. gevoel ernstig ziek te zijn) of klinische of functionele verandering die gevoelens van waardigheid kunnen beïnvloeden (vb. incontinentie of communicatieve achteruitgang)

 - ❖ Sociale factoren: o.a. kansarm, weinig ondersteuning bv. van familie of vrienden

❖ Medicatie: zie voorgaande

- Verandering van medische toestand cliënt?
- Bijkomende onderzoeken om o.a. medische aandoeningen die met depressie samenhangen (o.a. hartlijden, ziekte van Parkinson, schildklierafwijkingen, dehydratatie, CVA, dementie, kanker, ...) uit te sluiten:
 - Klinisch lichamelijk, neurologisch en psychiatrisch onderzoek
 - Evaluatie cognitieve functies
 - Labo: schildklierfunctie, nier-, bijnier- en leverfuncties, ionogram, ...
 - Dosage medicatie, vitamines en foliumzuur
 - Radiologie: CT, NMR, echo abdomen, ...

3. *Stel de diagnose en maak een inschatting van de ernst en weerbaarheid*

- Ernstinschatting?
 - Ga het aantal, de intensiteit van de symptomen en hun impact op het dagelijkse leven na
 - Wees gevoelig voor suïcidesignalen en ga dit actief na (zie stap 1).
 - Een bruikbaar instrument om de ernst van depressie in kaart te brengen is de Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD, zie bijlage 6)
- Weerbaarheid?
 - = draagkracht op somatisch vlak (lichamelijke conditie), op psychologisch vlak (gekwetst, onbegrijpend, hulpeloos) en relationeel vlak (al dan niet ondersteuning van familie).
 - Schat de sterke en zwakke kanten van de cliënt in. Hoe ging hij vroeger om met moeilijke momenten en periodes van stress? Vraag hem hiernaar.
 - Ga na of de cliënt in een positief (steunend) of negatief inwerkend netwerk zit
- Op basis hiervan wordt onderscheid gemaakt tussen drie graden van depressie:
 - Lichte of mineure depressie:
 - ❖ Aanwezigheid lichte stemmingsstoornis of anhedonie
 - ❖ De depressieve symptomen zijn ten minste twee weken aanwezig, maar de klachten beperken zich

tot twee à vier DSM (zie bijlage 4) symptoomgebieden

- ❖ De symptomen leiden enkel tot geringe beperkingen in de normale sociale activiteiten of relaties met anderen
 - ❖ Komt vaak voor in de oudere populatie
- Matige depressie:
 - ❖ De symptomen zijn verspreid over vijf tot zeven DSM-symptoomgebieden, met een grotere intensiteit en impact (van licht tot ernstig)
 - ❖ De symptomen leiden niet tot een verlies van vitale functies. De functionele beperkingen variëren tussen licht en ernstig
 - Ernstige of majeure depressie
 - ❖ Er zijn verschillende symptomen (acht tot negen van de DSM-symptoomgebieden) aanwezig, of minder symptomen maar met een grotere intensiteit of impact;
 - ❖ De symptomen interfereren met de gewone sociale activiteiten of relaties met anderen
 - ❖ Mogelijke psychotische symptomen: wanen of hallucinaties

Deze ernstinschatting is belangrijk en moet zorgvuldig gebeuren, aangezien dit medebepalend is voor de op te starten behandeling en het zorgplan.

4. *Ga verder naar **stap 3** bij aanwezigheid van een **depressiestoornis**. Indien andere verklaringen voor de depressieve symptomen of klachten, of onderlinge problemen die met deze klachten gepaard gaan werden vastgesteld, behandel dan afhankelijk van de aandoening/problemen. Bij bipolaire aandoeningen, psychoses en suïcidaal gedrag wordt best doorverwezen naar een psychiater of is een opname in het ziekenhuis noodzakelijk.*

STAP 3: *Behandeling*

- De **behandeling van depressie** kan gebaseerd zijn op een **niet-medicamenteuze** en **medicamenteuze** aanpak. Echter, niet elke cliënt heeft nood aan een medicamenteuze tussenkomst. De **ernstinschatting** van het syndroom vormt een **belangrijke schakel in het behandelbeleid**, daar deze medebepalend is voor de instelling van een optimale behandeling, al dan niet met medicatie. Ga hierbij na

of de behandeling ambulant kan gebeuren, of een doorverwijzing naar een psychiater of opname in een ziekenhuis noodzakelijk is.

- De behandeling van depressie is in handen van de behandelende arts. Andere professionele hulpverleners kunnen een ondersteunende rol vervullen. De eerstvolgende drie punten zijn specifiek ter informatie van de behandelende arts. Het laatste punt betreft aandachtspunten in de behandeling die ook door niet-artsen kunnen worden opgenomen.
- ***Niet-medicamenteuze behandelingsmogelijkheden bij ouderen:***
 - *Psychotherapie*
 - Wat?
 - Op systematische wijze psychische klachten en problemen bestrijden (problemen anders bekijken, pijnlijke gevoelens een plaats geven, situaties anders leren aanpakken, ...)
 - Vormen?
 - Cognitieve gedragstherapie:
 - Uitgangspunt = verband tussen depressie en automatische negatieve denkprocessen
 - Doel therapie = onjuiste denkpatronen leren herkennen en corrigeren.
 - Interpersoonlijke therapie
 - Uitgangspunt = verband tussen depressie en interactioneel functioneren van de persoon
 - Doel therapie = doelmatige copingvaardigheden aanleren, en leren om interpersoonlijke moeilijkheden (rolverwarring, sociale isolatie, rolovergangen) aan te pakken.
 - Nog andere vormen mogelijk: psychoanalytische therapie, systeemtherapie, gestalttherapie, enz
 - *Complementaire vaktherapeutische en psychosociale interventies*
 - Wat?
 - Vaktherapeutische interventies = psychomotorische therapie, ergotherapie, muziektherapie, relaxatie, ... om de patiënt te activeren en zijn zelfstandigheid te bevorderen.
 - Psychosociale interventies:
 - Zorgvuldige opvolging
 - Psycho-educatie = bieden van informatieve steun, zoals het geven van adequate informatie over de aandoening (symptomatologie, duur, impact), de therapeutische behandelingsmogelijkheden, het

belang van therapietrouw en de hervalrisico's aan zowel cliënt als familie

- Psychosociale begeleiding = bieden van praktische steun, aangezien depressies soms worden uitgelokt of versterkt door moeilijke leefomstandigheden.

- ***Medicamenteuze behandelingsmogelijkheden bij ouderen:***

- *Algemeen:*

- Aangezien ouderen een vertraagde medicamenteuze absorptie, een vertraagd metabolisme en een verminderde glomerulaire filtratie vertonen, waarbij ze meer risico lopen op bijwerkingen, dient de inname van medicatie bij deze leeftijdsgroep met enige voorzichtigheid te gebeuren. Hou rekening met de volgende punten:
 - Schrijf enkel antidepressiva voor bij een ernstige depressie
 - Hanteer het principe: 'start low, go slow, but go'
 - Wees aandachtig voor mogelijke ongewenste effecten
 - Combineer het toedienen van antidepressiva steeds met een niet-medicamenteuze aanpak
 - Let op: bij ouderen verschilt de minimale effectieve dosis van antidepressiva niet van die bij jongvolwassenen

- *Producten:*

- Moderne anti-depressiva : citalopram, escitalopram, sertraline, mirtazapine, bupropion, venlafaxine
 - Oude anti-depressiva : Nortriptyline (TCA)
 - Lithium (enkel als allerlaatste stap)

 - **Meer informatie over de farmacologische behandeling, zie bijlage 7**

- ***Aanbevolen aanpak op basis van ernstinschatting?***

- *Lichte depressie:*

- Antidepressiva zijn niet geïndiceerd, wel een niet-medicamenteuze aanpak
 - Volg de cliënt zorgvuldig op
 - Concretiseer de klacht en geef de cliënt ruimte om te reageren.
 - Informeer de cliënt én zijn familie over het ziektebeeld (symptomen, beloop, behandelingsmogelijkheden, hervalrisico's) (= psycho-educatie)
 - Zorg eventueel voor psychosociale begeleiding
 - Wacht af, (watchful-waiting), volg op en behandel niet meteen bij het begin van een eerste, lichte depressie. Het is mogelijk dat de depressieve episode binnen de 3 maanden opklaart; de aanleiding van de stoornis kan soms verdwijnen, of iemand kan zelf een manier vinden om erover heen te geraken

- *Matige depressie:*
 - Antidepressiva zijn niet direct geïndiceerd, wel een niet-medicamenteuze aanpak
 - Concretiseer de klacht, geef psycho-educatie en zorg voor psychosociale begeleiding
 - Verwijs de cliënt eventueel door voor specifieke psychotherapie
 - Start wél met antidepressiva indien:
 - Voorgeschiedenis ernstige depressie
 - Persisteren van de klacht

- *Ernstige depressie:*
 - Behandel met antidepressiva, in combinatie met psychosociale begeleiding en gespecialiseerde psychotherapie (doorverwijzing soms nodig)
 - Informeer de cliënt, zijn familie en het verzorgingsteam/hulpverleners uit de thuiszorg over de geplande behandelingsduur, de tijd die nodig is opdat de gekozen behandeling effectief zou zijn en de mogelijke negatieve effecten. Ga na of de cliënt de informatie heeft begrepen. Onderzoek of de cliënt nog bekommernissen heeft over het behandelingsproces en schets eventueel meer in detail de effecten, neveneffecten of verloop van het genezingsproces.

- *Doorverwijzing naar psychiater indien:*
 - Depressie gepaard met psychotische symptomen
 - Depressie afgewisseld met manische episodes (bipolaire stoornis)
 - Depressie in combinatie met alcoholmisbruik
 - Suïcidaliteit
 - Zeer ernstige depressie, gepaard met ernstig disfunctioneren
 - Falen ingestelde behandeling
 - Nood aan specifieke psychotherapeutische begeleiding
 - Vermoeden van fronto-subcorticaal beeld
 - Behandeling met electroconvulsietherapie

- ***Volgende maatregelen kunnen toegepast worden bij alle cliënten met een depressie, onafhankelijk de ernst (door verpleegkundigen of andere professionele hulpverleners):***
 - Laat de cliënt zo weinig mogelijk onbewaakt achter, zeker bij een hoog suïciderisico
 - Zorg voor een goede vocht- en voedselinname
 - Bevorder de slaapkwaliteit (goede en regelmatige nachtrust)
 - Observeer op pijnklachten en rapporteer de arts
 - Bevorder de fysieke activiteit / deelname aan activiteiten (relaxatieoefeningen, ...) / mobiliteit

- Bevorder de sociale ondersteuning (praat met familie en vrienden van de cliënt) en bezoek van familie
- Bied emotionele hulp (luister naar de cliënt, wees empathisch, bevorder de gevoelsexpressie)
- Zodra de behandeling is ingesteld, is het belangrijk de gemoedstoestand van de cliënt op te volgen. Ga hiervoor naar **stap 4**

STAP 4:
Opvolging en hervalpreventie

- ***Opvolging van de gemoedstoestand van de cliënt (zowel door arts als andere zorgverleners). Een goede communicatie tussen de arts en het zorgteam is ook hier belangrijk:***
 - Observeer de gemoedstoestand van de cliënt. Dit kan systematisch gebeuren door gebruik te maken van de “Geriatric Depression Scale” of de “Hamilton Rating Scale for Depression”. Evalueer na 6 weken het effect van de *medicamenteuze behandeling* en ga hierbij na of de cliënt reageert op de behandeling zoals verwacht. Bij onvoldoende respons op de *niet-medicamenteuze* behandeling kan steeds een antidepressivum worden opgestart.
 - Bij het evalueren van de medicamenteuze behandeling:
 - *Bij partiële of onvoldoende respons:*
 - Indien geen of aanvaardbare neveneffecten, behandel door tot voldoende respons (= zes extra weken).
 - Mogelijk moet men herdiagnosticeren en eventueel doorverwijzen naar een psychiater
 - *Bij voldoende respons en geen ongewenste effecten:*
 - Behandel verder met medicatie tot volledige remissie (= vermindering of verdwijning ziekteverschijnselen). Start daarna een vervolgbehandeling op (de therapeutische dosis van deze vervolgbehandeling is dezelfde als in de acute fase), met een standaardduur van minimum 24 maanden (langer dan de 6 maanden bij jongere cliënten).
 - Blijf controleren op aanwezigheid van zelfmoordneigingen. Merk op: voor sommige personen met depressie neemt het suïciderisico net toe in de beginperiode van de medicamenteuze behandeling, omdat zij dan meer energie krijgen. Overweeg indien nodig een doorverwijzing naar een psychiater.
 - Controleer op symptomen van dehydratatie/verstoorde vochtbalans en ondervoeding

- Vertel de cliënt dat de behandeling van depressie een proces is van ‘vallen en opstaan’. Anders kan een donkere dag na een betere snel gezien worden als een herval.
- Controleer op neveneffecten van de behandeling en rapporteer:
 - Anticholinergische neveneffecten, zoals delirium, ernstige constipatie, droge mond, urineretentie, wazig zicht
 - Slaapstoornissen, zoals slapeloosheid, plotseling minder slaap nodig, overdag slaperig
 - Posturale hypotensie of wankelende loop; verhoogd valrisico
 - Delirium, bijvoorbeeld cliënten die voor een depressie behandeld worden door middel van elektroconvulsie therapie (ECT), kunnen na de behandelingen tijdelijke episoden van delirium ervaren.
- Bij ongewenste effecten wordt de medicatie afgebouwd. Eventueel kan een ander antidepressivum opgestart worden.
- ***Hervalpreventie***
 - Na het afsluiten van een behandeling kan herval plaatsvinden (ouderen hebben een grotere kans op herval dan volwassenen). Het is belangrijk om dit vooraf te bespreken met de cliënt. Wees steeds aandachtig voor alarmerende signalen (zie stap 1), zeker bij risicocliënten. Dit zijn cliënten met een slechte lichamelijke gezondheid, chronische sociale moeilijkheden, ernstige depressieve symptomen of cliënten die twee of meer keer hervallen zijn in de voorbije 2 jaar. Herval kan bij deze cliënten voorkomen worden door het opstarten van een onderhoudsbehandeling. Dit is echter nog onderwerp voor verder onderzoek.

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 ouderen. 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 ouderen. Vooral het verband tussen demantie 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