

# Depressie opsporen en behandelen

## Werken met het zorgprogramma Doen bij Depressie

**Depressie is** een groot probleem in verpleeghuizen. Gemiddeld heeft zo'n dertig procent van de bewoners een depressie, veel meer dan thuiswonende ouderen. Depressie heeft allerlei negatieve gevolgen voor de gezondheid en het welbevinden, maar is wel behandelbaar. Hoewel het opsporen en behandelen van depressie dus erg belangrijk is, worden depressiesymptomen vaak niet opgemerkt. Zorgmedewerkers weten dikwijls niet waarop ze moeten letten en depressieverschijnselen kunnen op symptomen van andere aandoeningen lijken, zoals dementie, diabetes en hart- en vaatziekten. Het zorgprogramma **Doen bij Depressie**, ontwikkeld door het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON), kan hier uitkomst bieden.

Doen bij Depressie heeft drie pijlers. De eerste is dat het programma gebaseerd is op een combinatie van wetenschappelijke kennis en richtlijnen met praktijkervaringen waardoor het goed aansluit bij de dagelijkse werksituatie. Het programma adviseert het gebruik van bepaalde meetinstrumenten en behandelingen en bevat een stroom-

schema dat in een oogopslag laat zien wat er wanneer en door wie gedaan moet worden; tegelijkertijd laat het ruimte voor de klinische expertise en de voorkeuren van de professional. Op de tweede plaats is Doen bij Depressie toegespitst op de individuele bewoner en houdt het programma rekening met diens cognitieve mogelijkheden en wensen. De derde pijler is multidisciplinaire zorg. Doen bij Depressie beschrijft procedures voor de verschillende disciplines die bij depressiezorg zijn betrokken, zoals het zorgteam, de activiteitenbegeleider, de psycholoog en de arts.

### DRIE FASEN

Er zijn drie fasen in Doen bij Depressie: opsporen, behandelen en monitoren. In iedere fase hebben zorgteam, psycholoog en specialist ouderengeneeskunde hun eigen taken en vindt overleg en afstemming plaats. In de fasen opsporen en monitoren worden screenings- en diagnose-instrumenten gebruikt. Verzorgenden vullen bijvoorbeeld de Nijmeegse Observatieschaal voor Rating van Depressie (NORD) in, een screeningslijstje van vijf vragen. En de psycholoog maakt onder meer gebruik van de Geriatrische Depressie

Schaal (GDS-8) en de Cornell Schaal voor Depressie bij Dementie (CSDD). Bij bewoners zonder dementie wordt depressie gediagnosticeerd aan de hand van de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en wordt een onderscheid gemaakt tussen een 'beperkte depressie' en een 'depressieve stoornis'. Bij bewoners die dementie hebben, maakt men dit onderscheid niet en gebeurt het stellen van de diagnose aan de hand van criteria die speciaal zijn ontwikkeld voor mensen met dementie: de Provisional Diagnostic Criteria for Depression in Alzheimer Disease (PDCdAD).

De *fase opsporen* gaat als volgt: zorgmedewerkers die de bewoners dagelijks zien, vullen halfjaarlijks de NORD in. Na ontvangst van deze observatielijst beslist de psycholoog of verder onderzoek met een uitgebreider screeningsinstrument nodig is. Als bij de uitgebreidere screening blijkt dat iemand inderdaad depressiesymptomen heeft, onderzoeken de psycholoog en de specialist ouderengeneeskunde vervolgens of er daadwerkelijk een diagnose depressie kan worden gesteld en starten daarna een geschikte behandeling.

## BASISINTERVENTIES

De fase behandelen is modulair opgebouwd. Module 1 (basisinterventies) start als een bewoner depressiesymptomen heeft. De uitvoering is in handen van het zorgteam, indien mogelijk samen met de activiteitenbegeleider. Onderdeel van de module is voorlichting voor bewoner en naasten en voor het zorgteam. Daarvoor zijn folders ontwikkeld met informatie over de klachten die bij een depressie horen en welke oorzaken en behandelmogelijkheden er zijn. Verder staan er adviezen in over wat te doen als een bewoner een depressie heeft en hoe naasten of zorgteam het beste kunnen omgaan met iemand die depressief is. Daarnaast omvat Module 1 een dagprogramma en een activiteitenplan die speciaal geschikt zijn voor een bewoner met depressieve klachten. Een voorbeeld is meer structuur aan de dag geven, zodat het dag- en nachtritme kan worden hersteld. Belangrijk daarbij is om de bewoner zoveel mogelijk zelf te laten doen en te laten bepalen. Indien er al een dagprogramma en een activiteitenplan voor de bewoner in kwestie zijn, is het zaak dat daarin basisinterventies zijn opgenomen die depressieve klachten kunnen verminderen. Zoals meer dag- en zonlicht, meer beweging, sociale contacten en extra aandacht voor gezonde voeding. Dergelijke zaken zijn natuurlijk voor alle verpleeghuisbewoners belangrijk en activiteitenplannen in het algemeen kunnen dan ook al helpen depressieve klachten te voorkomen (preventie). Maar zijn deze klachten er eenmaal, dan is het noodzakelijk bovengenoemde basisinterventies zoveel mogelijk toe te passen.

Recreatieve activiteiten verdienen ook aandacht. De kunst is om een bewoner met een depressie zover te krijgen dat hij deelneemt aan een activiteit die hij plezierig vindt en situaties die hij niet prettig vindt juist vermijdt. Daarvoor



*Hiermee gaat  
iemand niet  
alleen zijn leven,  
maar ook zichzelf  
positiever zien*

kan het nodig zijn creatieve oplossingen te bedenken; ook dient men te weten hoe een bewoner in elkaar zit. Belangrijk is verder dat het team weet of een bewoner een bepaalde activiteit echt leuk vindt. Iemand met een depressie kan namelijk zomaar passief blijven zitten in situaties die hij niet prettig vindt in plaats van die uit de weg te gaan. En in dat geval werkt de activiteit eerder averechts. Door een Plezierige Activiteiten Plan te maken dat daarmee rekening houdt

en door met collega's succeservaringen in de benadering uit te wisselen, kunnen de genoemde basisinterventies depressieve klachten tegengaan.

## DIERBARE HERINNERINGEN

Indien de depressieverschijnselen dusdanig ernstig zijn dat een diagnose depressie kan worden gesteld, wordt Module 1 aangevuld met een tweede module. Om te beginnen beoordeelt de psycholoog in een gesprek of de bewoner cognitief en communicatief in staat is om een gesprekstherapie te volgen. Doen bij Depressie adviseert in dit verband de interventie 'Dierbare Herinneringen', omdat voor de effectiviteit daarvan veel wetenschappelijk bewijs bestaat en deze goed toepasbaar is. Dierbare Herinneringen is een kortdurende training van vijf bijeenkomsten van zo'n 45 minuten. De training gaat uit van het feit dat depressie gekenmerkt wordt door een sombere kijk op het leven, zowel in het heden als het verleden. Herinneringen zijn vaak heel algemeen en negatief. Bijvoorbeeld: 'Het was nooit >

gezellig thuis.’ Via een protocol traint de psycholoog de betreffende bewoner om juist wel concrete en positieve herinneringen op te halen om zo ‘gaten te schieten’ in het negatief gekleurde levensverhaal. Hiermee gaat iemand niet alleen zijn leven, maar ook zichzelf positiever zien. Dierbare Herinneringen is niet geschikt voor bewoners met flinke cognitieve beperkingen. Ook kan het zijn dat de psycholoog of de bewoner een voorkeur heeft voor een andere therapievorm. Doen bij Depressie biedt hiervoor ruimte.

Bij bewoners met wie gesprekstherapie niet mogelijk is, start de psycholoog een mediatieve therapie die in het handboek *Doen bij Depressie* is beschreven en die gebaseerd is op de methode van psycholoog *Teun Hamer*. De therapie houdt in dat de psycholoog het zorgteam adviseert en steunt in het omgaan met bewoners met een depressie. In feite behandelt de psycholoog de bewoner via het team. Hiervoor overlegt de psycholoog eens in de twee weken met het team. Dit kan ingepast worden in een bestaand omgangsoverleg of apart worden gepland. In één overleg kunnen indien nodig meerdere cliënten de revue passeren die volgens Module 2 behandeld worden. Het overleg vindt minimaal vijf keer plaats en verloopt parallel aan de sessies met de cliënt. Het eerste overleg is oriënterend, daarna wordt steeds de behandeling besproken, geëvalueerd en indien nodig bijgesteld. In de laatste bijeenkomst evalueren team en psycholoog de therapie en maakt men afspraken voor mogelijke stappen in de toekomst. Indien nodig bekijkt de psycholoog wanneer en onder welke voorwaarden het overleg een follow-up kan krijgen. Module 3 ten slotte heeft betrekking op het voorschrijven van medicatie. Pas als de depressieve klachten heel ernstig zijn of wanneer een psychosociale behandeling niet helpt, overweegt de arts om aan de hand van een protocol antidepressiva voor te schrijven.

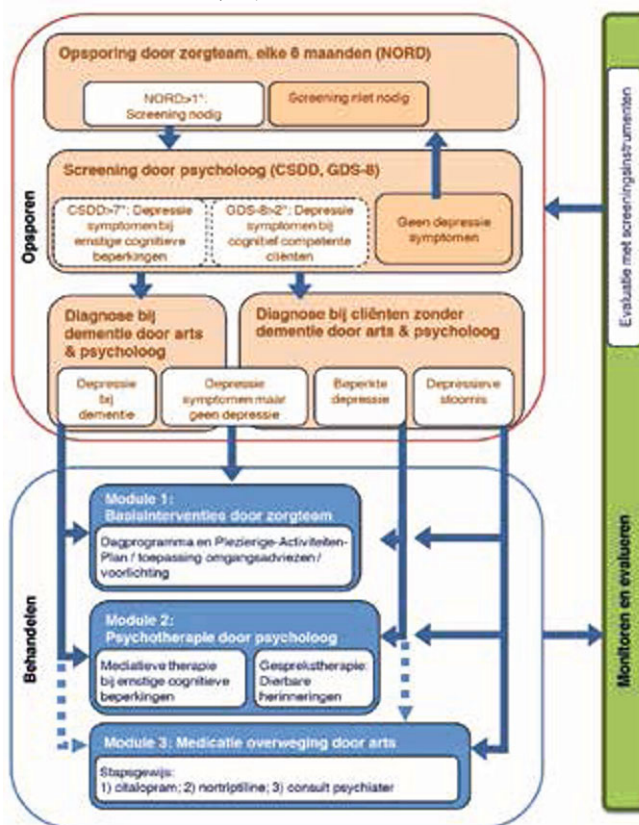
De derde fase, *monitoren*, houdt in dat de gevolgde behandeling wordt geëvalueerd met gebruikmaking van dezelfde meetinstrumenten die bij de screening in de fase opsporen zijn gebruikt. Bij bewoners bij wie nu geen depressieve klachten meer worden geconstateerd, start de cyclus van Doen bij Depressie na zes maanden opnieuw met het invullen van de NORD.

### SUCESVERHAAL

*Mevrouw Van den Brand (78) heeft de ziekte van Alzheimer en woont op een pg-afdeling van een verpleeghuis. Hoewel zij geliefd is en erg betrokken bij het dagelijks leven op de afdeling, merkt de verzorging dat ze steeds vaker en ernstiger geagiteerd raakt tijdens de ochtendzorg, 's nachts vaak urenlang wakker is en dan overdag zit te suffen en steeds meer op haar kamer wil blijven. Op de afdeling werkt men volgens het zorgprogramma Doen bij Depressie.*

*De eerst verantwoordelijke van mevrouw Van den Brand besluit de NORD in te vullen. Hieruit blijkt dat nader onderzoek door een psycholoog nodig is. Na afname van de Cornell Schaal voor Depressie bij Dementie en een beoordeling op basis van de diagnostische criteria voor depressie bij mensen met dementie, volgt de diagnose depressie. De verzorging informeert vervolgens de familie over depressie, past haar dagprogramma aan en maakt een Plezierige Activiteiten Plan met een focus op sociale contacten, daglicht, buitenlucht en beweging. De psycholoog constateert dat gesprekstherapie niet meer mogelijk is, maar het valt haar op dat mevrouw Van den Brand erg geniet van contacten met anderen. Daarop start de psycholoog mediatieve therapie met het zorgteam. Na observatie en analyse van het gedrag van mevrouw Van den Brand formuleert men gezamenlijk twee doelen:*

Stroomschema Doen bij Depressie



- mevrouw meer zelf laten doen bij de ADL, vooral tijdens de ochtendzorg;
- haar bij allerlei dagelijkse taken betrekken en haar stimuleren andere bewoners te helpen.

*In enkele bijeenkomsten met de psycholoog leert het team hoe zij mevrouw Van den Brand kunnen verzorgen en haar kunnen stimuleren zoveel mogelijk zelf te doen. Bij de evaluatie blijkt dat haar dag/nachtritme zich herstelt en dat de depressiesymptomen minder worden. Het zorgteam blijft het Plezierige Activiteiten Plan gebruiken en volgens het nieuwe dagprogramma werken dat een strakkere structuur aan de dagen geeft. Voorschrijven van antidepressiva blijkt niet nodig.*

## EFFECTIEF?

De effectiviteit van werken volgens Doen bij Depressie is getoetst in een onderzoek waaraan 33 afdelingen deelnamen (16 somatische en 17 psychogeriatrische). Onderzocht is of het aantal mensen met een depressie op de afdelingen door het programma daalde, of hun kwaliteit van leven verbeterde en of er een effect was op apathie. Op somatische afdelingen waar het zorgprogramma werd gebruikt, bleek het aantal mensen met een depressie minder dan gebruikelijk en op pg-afdelingen daalde de apathie. De scores die bewoners aan hun kwaliteit van leven gaven, waren zowel op somatische als op psychogeriatrische afdelingen hoger dan gemiddeld. Op afdelingen waar het beter was gelukt Doen bij Depressie in te voeren, lagen de effecten een stuk hoger; vooral beter opsporen van depressie leidde tot grotere winst. Verder vonden we aanwijzingen dat op somatische afdelingen vooral psychotherapie goed werkte; op pg-afdelingen leken met name de basisinterventies (dagprogramma en Plezierige Activiteiten Plan) effect te sorteren. Er werd geen positief effect aangetoond van antidepressiva, terwijl deze medicatie waarschijnlijk wel verergering van apathie veroorzaakte. Dit bevestigt dat meervoudige multidisciplinaire psychosociale interventies belangrijk zijn en dat voorzichtigheid met antidepressiva geboden is.

plinaire psychosociale interventies belangrijk zijn en dat voorzichtigheid met antidepressiva geboden is.

Bij de eindevaluatie bleek dat de belangrijkste betrokkenen tevreden waren over het zorgprogramma en dat de meesten van hen het aan anderen zouden aanbevelen. Men was zich bewust van het belang van preventie van depressie in het verpleeghuis en gaf te kennen dat de kennis over de aanpak verbeterd was. 'Het signaleren van depressiesymptomen is toegenomen en de samenhang van gedragsproblemen en depressie wordt meer erkend. Ook de openheid om over depressie te praten is toegenomen,' aldus een geïnterviewde psycholoog.

De extra tijd en structuur die nodig was om het zorgprogramma in te voeren was aan de andere kant een beperkende factor. Een afdelingshoofd: 'Het behandelprogramma is best moeilijk uit te voeren. Alles moet meer vastliggen, je moet meer mensen hebben... Maar dit is niet echt een nadeel van Doen bij Depressie, waar ik volledig achter sta. Het heeft niets met de kwaliteiten van het programma te maken, maar met de huidige zorg.'

## DOEN!

Momenteel zijn er veel reorganisaties en personeelwisselingen in de verpleeghuissector en zijn de investeringen in de opleiding van verzorgenden laag. Dit zit verbetering van de zorg in de weg. Toch is het niet onmogelijk de depressiezorg in deze tijden te verbeteren. De eerste fase volgens Doen bij Depressie (opsporing) kost maar twee tot drie minuten per bewoner en hoe meer professionals eraan gewend zijn om volgens het programma te werken, hoe minder tijd dit zal vergen. Bovendien is het programma zo opgebouwd dat het direct ingrijpt bij symptomen van depressie en daarmee een volledige depressie vóór kan zijn. De basisinterventies van Doen bij Depressie – die dicht bij de reguliere zorg liggen

## MEER INFORMATIE

De website van het UKON ([www.ukonnetwerk.nl](http://www.ukonnetwerk.nl)), een samenwerkingsverband tussen de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc en veertien organisaties voor ouderenzorg en chronisch zieken, bevat allerlei informatie over 'Doen bij Depressie'. De gebruikte meetinstrumenten, informatiefolders, formulieren en behandelprotocollen zijn via de site te downloaden. Ook is er informatie te vinden over invoering van het zorgprogramma en over het cursusaanbod. Ten slotte bevat de website ook verwijzingen naar publicaties over het onderzoek dat aan Doen bij Depressie ten grondslag ligt

– hebben zo ook een preventieve werking. Minder bewoners met een depressie is niet alleen belangrijk voor de betreffende bewoner, maar ook voor medebewoners en het zorgteam. Een depressie is vreselijk, maar er kan wat aan worden gedaan, ook bij verpleeghuisbewoners! Niet voor niets heet het zorgprogramma: *Doen bij Depressie*. ♦

**TEKST** DEBBY GERRITSEN, ROESLAN LEONTJEVAS, ELS DERKSEN EN MARTIN SMALBRUGGE

**Debby Gerritsen** is ouderenzorgpsycholoog en senioronderzoeker bij het UKON en de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc te Nijmegen.

**Roeslan Leontjevas** is psycholoog en universitair docent aan de Open Universiteit te Heerlen.

**Els Derksen** is verpleegkundig onderzoeker en netwerkcoördinator van het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON), Radboudumc Nijmegen.

**Martin Smalbrugge** is specialist ouderengeneeskunde, senior onderzoeker en hoofd Gerion, VUmc Amsterdam.