

# doen bij depressie

Multidisciplinair zorgprogramma met aandacht voor apathie

Inkijkexemplaar

### **Colofon**

Debby Gerritsen  
Roeslan Leontjevas  
Manon Quint-Fens  
Els Derksen  
Raymond Koopmans  
Martin Smalbrugge

### **Realisatie**

Dit zorgprogramma werd ontwikkeld in het kader van een samenwerkingsproject tussen het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON), het Radboudumc en het VUmc.

© 2019 4e versie, UKON, Nijmegen

**UKON**

<b>1. Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Voorwoord.....	9
1.2 Opbouw.....	9
1.3 Depressie in de langdurige zorg.....	9
1.3.1 Probleemstelling.....	9
1.3.2 Doelgroep.....	10
1.3.3 Begripsomschrijving.....	10
1.3.4 Bijzondere aandacht voor depressie in de langdurige zorg.....	15
<b>2. Inhoud zorgprogramma</b>	<b>20</b>
2.1 Opsporen van depressie.....	21
2.1.1 Herkennen.....	21
2.1.2 Screenen.....	21
2.1.3 Diagnosticeren.....	22
2.2 Behandelen van depressie.....	22
2.2.1 Module 1: Basisinterventies.....	23
2.2.2 Module 2: Psychotherapie.....	24
2.2.3 Module 3: Medicamenteuze behandeling.....	25
2.3 Monitoren en evalueren.....	25
<b>3. Procedures</b>	<b>27</b>
3.1 Stappenplannen.....	29
3.1.1 Stappenplan Zorgteam.....	29
3.1.2 Stappenplan Psycholoog.....	31
3.1.3 Stappenplan Specialist Ouderengeneeskunde.....	33
3.2 Formulieren.....	35
3.2.1 Communicatieformulier.....	36
3.2.2 Formulier Evaluatie van de behandeling.....	39

<b>4. Opsporen</b>	<b>42</b>
4.1 Herkennen	45
4.1.1 Observatieschaal Depressie: NORD	46
4.2 Screenen	48
4.2.1 Interviewlijst Depressie: GDS-8	49
4.2.2 Interviewlijst Depressie: CSDD (Cornell)	51
4.2.3 Interviewlijst Apathie: AES	55
4.3 Diagnostiseren	58
4.3.1 Diagnostische checklist voor depressie bij bewoners zonder dementie: DSM-5 criteria	59
4.3.2 Diagnostische checklist voor depressie bij bewoners met dementie: PDC-dAD criteria	62
4.3.3 Diagnostische checklist voor apathie: PDC-aAD criteria	65
4.3.4 Toelichting op diagnosestelling depressie bij dementie	68
4.3.4.1 Algemeen: het beoordelingsproces van 'Depressie bij Dementie'	69
4.3.4.2 Drie casuïstieken met discussie	71
4.3.5 Hulpmiddel bij diagnostisch interview: CAMDEX	74
<b>5. Behandelen</b>	<b>77</b>
5.1 Module 1: Basisinterventies	78
5.1.1 Dagprogramma en Plezierige-Activiteiten-Plan	79
5.1.1.1 Formulier Dagprogramma (DP) en evaluatie	86
5.1.1.2 Formulier Plezierige-Activiteiten-Plan (PAP) en evaluatie	89
5.1.1.3 Checklist Wachtlijstseisen DP en PAP	94
5.1.1.4 Vier onderscheidende formulieren Plezierige-Activiteiten-Plan	96

**5. Behandelen (VERVOLG)**

5.1.2	Informatiefolders voor bewoners en zorgteam .....	113
5.1.2.1	Depressieklachten: Informatiefolder voor bewoner en naasten .....	114
5.1.2.2	Depressiesymptomen: Informatiefolder voor het zorgteam .....	117
5.1.2.3	Depressie: Informatiefolder voor bewoner en naasten .....	121
5.1.2.4	Depressie: Informatiefolder voor het zorgteam .....	125
5.1.2.5	Apathie: Informatiefolder voor bewoners .....	129
5.1.2.6	Apathie: Informatiefolder voor het zorgteam .....	132
5.2	Module 2: Psychotherapie .....	136
5.2.1	Module 2A: Gespreksterapie: Dierbare herinneringen .....	137
5.2.1.1	Protocol .....	138
5.2.1.2	Werkkaarten .....	143
5.2.2	Module 2B: Mediatieve therapie .....	152
5.3	Module 3: Medicamenteuze behandeling .....	157
5.3.1	Bewoners van zorginstellingen zonder dementie .....	160
5.3.1.1	Stappenplan A: Beperkte depressie (2-4 DSM symptomen) .....	160
5.3.1.2	Stappenplan B: Depressiestoornis (5-9 DSM symptomen) .....	161
5.3.2	Bewoners van zorginstellingen met dementie .....	164
5.3.2.1	Stappenplan C: Depressie bij Dementie .....	164
5.3.2.2	Algemene opmerkingen .....	166

Inkijkexemplaar

<b>6. Voorbeeldformulieren</b>	<b>168</b>
6.1 Observatieschaal Depressie: NORD (ingevuld voorbeeld).....	169
6.2 Interviewlijst Depressie: GDS-8 (ingevuld voorbeeld).....	171
6.3 Interviewlijst Depressie: CSDD (Cornell) (ingevuld voorbeeld).....	173
6.4 Interviewlijst Apathie: AES (ingevuld voorbeeld).....	177
6.5 Voorbeeld formulier Dagprogramma (DP) en evaluatie.....	180
6.6 Voorbeeld formulier Plezierige-Activiteiten-Plan (PAP) en evaluatie.....	184

Inkijkexemplaar

1

INLEIDING

Inkijkexemplaar



## 1. INLEIDING

### 1.1 Voorwoord

In Nederland bieden zorginstellingen tijdelijke of permanente multidisciplinaire zorg aan vooral kwetsbare ouderen met chronische en complexe gezondheidsproblemen. In 2015 hadden zij tezamen 129.000 plaatsen voor intramurale zorg (Actiz, 2015). Binnen deze zorginstellingen wordt een onderscheid gemaakt tussen somatische en psychogeriatrische zorg. Somatische zorg is multidisciplinaire zorg voor mensen met vooral lichamelijke aandoeningen. Psycho-geriatrische (PG) zorg omvat multidisciplinaire zorg aan mensen met dementie. De meeste zorginstellingen bieden zowel somatische als PG zorg.

Een veelvoorkomend probleem bij ouderen in een zorginstelling is depressie. Depressie is een aanslag op de kwaliteit van iemands leven en heeft grote consequenties voor het welbevinden en het dagelijks functioneren. Het is van belang depressiesymptomen tijdig te herkennen en een eventuele depressie adequaat te behandelen. Helaas wordt een depressie bij ouderen in zorginstellingen vaak niet opgemerkt en hierdoor niet altijd behandeld.

#### **Verbetering is mogelijk en noodzakelijk**

In de afgelopen jaren zijn er (inter-)nationale richtlijnen voor de opsporing en behandeling van depressie bij ouderen ontwikkeld. Het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Vrijmigen (UKON) heeft in 2009 het multidisciplinaire zorgprogramma Doen bij Depressie ontwikkeld, gebaseerd op deze richtlijnen en de meest recente kennis uit wetenschappelijk onderzoek. Hierbij is een goede aansluiting bij de huidige dagelijkse praktijk een belangrijk uitgangspunt. Het zorgprogramma biedt multidisciplinaire teams handvatten om depressiesymptomen en depressie op te sporen, indien nodig te behandelen en de effecten van behandeling te monitoren.

Het UKON is een netwerk van 15 zorgorganisaties en de afdeling Eerstelijnsgeriatrie van het Radboudumc (zie [www.ukon-netwerk.nl](http://www.ukon-netwerk.nl)). Het UKON heeft drie speerpunten: 1. stimuleren van wetenschappelijk onderzoek, 2. organiseren van onderwijs en opleidingen en 3. optimaliseren van de dagelijkse zorg. Het ontwikkelen van een gezamenlijke aanpak voor signalering, diagnostiek, zorg en behandeling van stemmingsstoornissen draagt bij aan een verbetering van de kwaliteit van zorg en daarmee ook aan de doelstellingen van het UKON.

Samen met het VUmc is de effectiviteit van Doen bij Depressie onderzocht in een twee jaar durende studie op 33 verpleeghuisafdelingen van zorginstellingen die lid zijn van het UKON. Dit onderzoek, waarbij bijna 800 bewoners waren betrokken, bevestigde dat Doen bij Depressie een verschil kan maken bij de aanpak van depressies. Het toepassen van dit zorgprogramma heeft op de somatische afdelingen het aandeel bewoners met een depressie omlaag gebracht, en de kwaliteit van leven van bewoners verbeterd. Op de PG-afdelingen werd geen significante afname van depressiesymptomen gezien, maar wel een vermindering van apathie. Het effect van het zorgprogramma in het onderzoek was vooral te danken aan het systematisch opsporen van depressiesymptomen (Leontjevas e.a., 2013).

Hoewel het onderzoek niet gericht is op de effecten van specifieke behandelvormen of een vergelijking daarvan, zijn er aanwijzingen gevonden dat bij bewoners met dementie vooral het activeren door een dagprogramma en een activiteitenplan effectief was. Bewoners met lichamelijke klachten lijken juist gebaat bij gesprekstherapie. Het toepassen van het medicatieprotocol bleek niet samen te hangen met minder depressies.



Dit handboek is gebaseerd op het materiaal van Doen bij Depressie zoals dat in de wetenschappelijke studie is gehanteerd (versie 2009). De evalueerders met meer dan 90 betrokkenen leverde belangrijke input voor vereenvoudiging en stroomlijning van dat materiaal, hetgeen resulteerde in dit handboek (2013). In november 2014 is Doen bij Depressie erkend als effectieve interventie door de Erkenningcommissie Langdurende Zorg ([www.doenbijdepressie.nl](http://www.doenbijdepressie.nl)).

In het huidige handboek (2019) zijn diverse veranderingen aangebracht naar aanleiding van praktijkervaringen en nieuwe wetenschappelijke resultaten. Omdat Doen bij Depressie effect bleek te hebben op apathisch gedrag, is nu de opsporing en evidente behandeling van apathie nadrukkelijk beschreven. Ander recent onderzoek heeft ook laten zien dat bewegingsactiviteiten een positieve uitwerking hebben op depressiesymptomen. Zodoende is beweging geïntegreerd in de behandeling. In de bijlage is een nieuw ontwikkelde psychomotorische behandelmodule voor depressie opgenomen. Omdat de effectiviteit ervan nog niet is onderzocht, is deze module nog geen vast onderdeel van Doen bij Depressie. Naast deze grote wijzigingen is het gehele handboek vernieuwd volgens de (indien aanwezig) meest recente richtlijnen en ontwikkelingen.

## 1.2 Opbouw

Zoals in de inhoudsopgave is te zien, beschrijft het handboek het programma Doen bij Depressie aan de hand van vijf hoofdstukken. Hoofdstuk 1 behandelt het begrip depressie en apathie, de doelgroep 'ouderen in zorginstellingen' en legt uit waarom bijzondere aandacht nodig is voor depressie en apathie bij ouderen in deze instellingen. **Hoofdstuk 2** geeft de inhoud van het zorgprogramma weer en beschrijft het opsporen, behandelen en monitoren van depressie en apathie volgens Doen bij Depressie. De stappenplannen en formulieren van **Hoofdstuk 3** betreffen de procedures van het zorgprogramma in de dagelijkse werkzaamheden. **Hoofdstuk 4 en 5** beschrijven respectievelijk het opsporen en behandelen van depressiesymptomen, depressie en apathie. Ze bevatten meetinstrumenten, behandelprotocollen en formulieren die nodig zijn bij het uitvoeren van het

zorgprogramma. Alle documenten uit de hoofdstukken 4 en 5 zijn te downloaden vanaf de Doen bij Depressie website bij UKON ([www.doenbijdepressie.nl](http://www.doenbijdepressie.nl)).

## 1.3 Depressie In De Langdurige Zorg

De inhoud van Doen bij Depressie (vanaf dit punt DbD) is gebaseerd op de aanbevelingen uit het Addendum Ouderen ([www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)) bij de multidisciplinaire richtlijn voor depressie van het CBO, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO 2005). Het zorgprogramma is zoveel mogelijk evidence-based en waar geen evidentie beschikbaar was, is gekeken naar best practice of overeenstemming binnen de literatuur. DbD is samen met professionals uit UKON-instellingen, vooral psychologen, vormgegeven en vastgesteld. Het programma verbetert de signalering van depressies in zorginstellingen en reikt professionals handvatten aan voor een effectieve depressiezorg.

De eerste pijler van het zorgprogramma Doen bij Depressie is een evidence and practice based benadering.

### 1.3.1 Probleemstelling

Het onderwerp depressie staat in de belangstelling binnen de ouderenzorg. In het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg is het voorkomen van depressie in zorginstellingen één van de indicatoren (ActiZ, 2010). Het CBO heeft in 2005 een Multidisciplinaire Richtlijn Depressie uitgebracht over de diagnostiek en behandeling van volwassen bewoners met een depressie (CBO, 2005). Aansluitend hierop is onder verantwoordelijkheid van het Trimbos-instituut het Addendum Ouderen bij deze Multidisciplinaire Richtlijn ontwikkeld. Dit Addendum is echter geen concreet en direct implementeerbaar plan, waaraan wel een grote behoefte bestaat in de praktijk. Met de ontwikkeling van het zorgprogramma DbD geeft het UKON gehoor aan deze behoefte.

### 1.3.2 Doelgroep

Zorginstellingen in de langdurige zorg bieden multidisciplinaire zorg aan vooral oudere kwetsbare mensen met chronische en complexe gezondheidsproblemen. DbD houdt rekening met de verschillen tussen bewoners. De cognitieve en communicatieve vaardigheden van de individuele bewoners zijn hierbij het uitgangspunt en niet zozeer de afdeling waar de bewoner verblijft (bijvoorbeeld PG of somatiek) of de aanwezigheid van de diagnose dementie. Mensen zonder ernstige cognitieve en/of communicatieve problemen kunnen zelf over hun klachten vertellen. Bij bewoners met ernstige cognitieve/communicatieve beperkingen zijn de observaties van anderen echter cruciaal. Binnen het zorgprogramma kan een bewoner met dementie toch cognitief/communicatief competent zijn, terwijl bewoners zonder dementie zulke ernstige beperkingen kunnen hebben dat ze als cognitief/communicatief beperkt zijn te beschouwen. Tijdens het opsporen van depressiesymptomen wordt bepaald of de bewoner als cognitief/communicatief competent of als cognitief/communicatief beperkt moet worden beschouwd (vanaf dit punt wordt gesproken over cognitief competent of cognitief beperkt). Deze inschatting moet vervolgens bij het inrichten van de behandeling. Daarbij blijft het uitermate belangrijk om bewoners als individu te benaderen.

De tweede pijler van het zorgprogramma DbD is een specifieke benadering voor twee groepen bewoners: cognitief competente bewoners en cognitief beperkte bewoners.

### 1.3.3 Begripsomschrijving

Een depressie is een stemmingstoornis die zich kenmerkt door verlies van levenslust of door zware neerslachtigheid die het grootste deel van de dag voortduurt over een langere periode. Circa tien symptomen kunnen wijzen op het bestaan van een depressie. Aantal, aard en ernst van de aanwezige symptomen bepalen tezamen of sprake is van een depressie diagnose die voldoet aan de internationale criteria, zie [Kader 1](#).

De criteria van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5, APA 2013) dienen als basis voor het stellen van de diagnose bij bewoners zonder dementie. De symptomen moeten minimaal 2 weken bestaan en bijna dagelijks voorkomen. Samen met het aantal symptomen bepaalt dit of een bewoner een beperkte depressie (2-4 symptomen) of een depressiestoornis (5-9 symptomen) heeft. Bij bewoners met depressiesymptomen die wel klinisch relevant zijn, maar niet ernstig genoeg voor een diagnose, worden depressiesymptomen vastgesteld. [Kader 2](#) licht dit nader toe. Het zorgprogramma maakt bij bewoners zonder dementie dus een onderscheid tussen de diagnose beperkte depressie ([Kader 4](#)) en de diagnose depressiestoornis ([Kader 3](#)).

Om een diagnose depressie te kunnen stellen bij bewoners met dementie gebruikt het zorgprogramma een ander diagnostisch instrument, namelijk de Provisional Diagnostic Criteria for Depression in Alzheimer's Disease (verder PDC-dAD-criteria) (Olin et al. 2002b; Sepehry et al., 2017). Deze criteria houden rekening met het bijzondere beeld van een depressie bij mensen met dementie ([Kader 5](#)). De PDC-dAD-criteria hanteren een diagnose Depressie bij dementie, en maken dus geen onderscheid tussen een beperkte depressie en een depressiestoornis. [Kader 6](#) beschrijft het onderscheid tussen de twee typen criteria.

Een belangrijk gedragsverschijnsel dat veel voorkomt bij ouderen in het verpleeghuis (ongeveer bij 50% van de bewoners met dementie) is apathie, dat zich vooral kenmerkt door een gebrek aan initiatief en motivatie. Apathie werd vaak gezien als een symptoom of klacht van een ander ziektebeeld zoals depressie, maar er zijn steeds meer aanwijzingen waaruit blijkt dat apathie een apart ziektebeeld of syndroom is. Apathie en depressie hebben veel overeenkomsten in symptomen, zoals de verflaking van emoties, verlies in initiatief en motivatie, en het verlies van interesse.

Ondanks deze overeenkomsten zijn apathie en depressie twee aparte klachtenpatronen, waarbij gebrek aan initiatief en motivatie het belangrijkste kenmerk is voor apathie en het lijden en de sombere stemming meestal het belangrijkste kenmerk is voor depressie.

Daarnaast komen depressieklachten zoals gevoelens van hopeloosheid, schuld en zelfmoordneigingen niet voor bij apathie. Voor het vaststellen van apathie zijn nog geen officiële criteria, maar er is wel een internationale overeenstemming bereikt over criteria om apathie vast te stellen (Proposed Diagnostic Criteria for apathy in Alzheimer's Disease, PDC-aAD), zie [Kader 7](#) (Robert et al., 2009). Bij een depressie is het mogelijk om een onderscheid te maken in de diagnose depressie en depressiesymptomen. Deze laatste voldoet niet aan de criteria, maar is wel klinisch relevant voor behandeling. Omdat het begrip en omschrijving van apathie nog onduidelijk is, wordt dit onderscheid bij apathie niet gemaakt en wordt in het handboek alleen gesproken over apathie als één concept. De behandelaar is vrij om dit onderscheid zelf te beoordelen.

Inkijkexemplaar