

# Depressiescreening in Vlaamse en Nederlandse verpleeghuizen

Citation for published version (APA):

Declercq, I., Leontjevas, R., van Hooren, S. A. H., De Vriendt, P., & Gerritsen, D. L. (2022). *Depressiescreening in Vlaamse en Nederlandse verpleeghuizen*. UKON.

## Document status and date:

Published: 01/01/2022

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

<https://www.ou.nl/taverne-agreement>

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[pure-support@ou.nl](mailto:pure-support@ou.nl)

providing details and we will investigate your claim.

Downloaded from <https://research.ou.nl/> on date: 14 Jun. 2024

Open Universiteit  
[www.ou.nl](http://www.ou.nl)



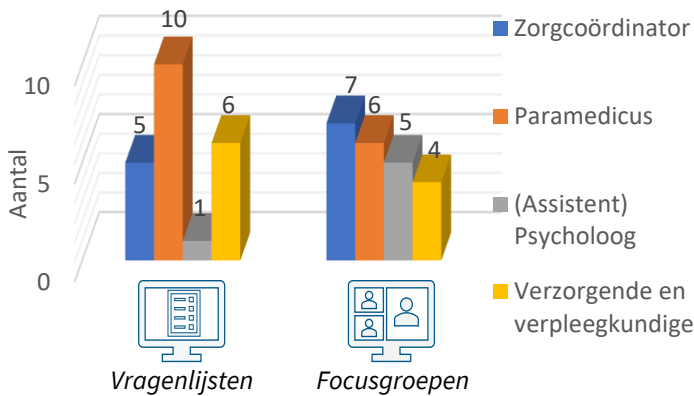
## Inleiding

Wereldwijd gebruikt men diverse meetinstrumenten voor depressiescreening bij verpleeghuisbewoners. Echter, weinig is bekend over de bruikbaarheid van deze meetinstrumenten bij verschillende groepen van Vlaamse en Nederlandse verpleeghuisbewoners. Daarom werd de mening van zorgmedewerkers en bewoners gevraagd over:

- (1) hoe depressie\* geuit wordt door verschillende groepen bewoners in Vlaamse en Nederlandse verpleeghuizen;
- (2) hoe depressie bij verpleeghuisbewoners geobserveerd wordt door zorgmedewerkers.

\*Onder depressie worden zowel depressieve klachten als depressieve stoornissen begrepen

Grafiek 1. Functie deelnemers per studie



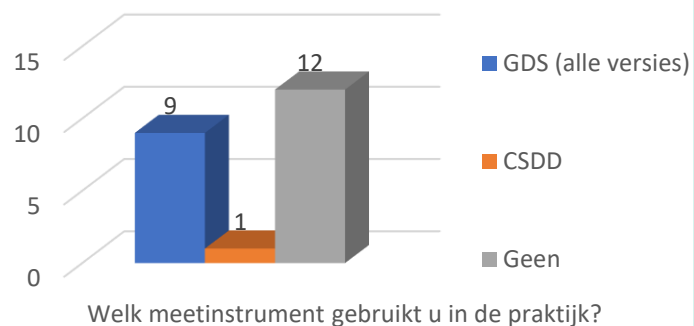
## Methode

- cognitieve interviews met bewoners over de bruikbaarheid van de GDS-8 in Vlaanderen (n=9)
- online vragenlijst voor zorgprofessionals over de bruikbaarheid van Nederlandstalige meetinstrumenten in Vlaanderen (n=22)
- online focusgroepen (N=5) met zorgprofessionals (n=18 in BE, n=4 in NL) over het uiten, herkennen en screenen van depressie bij bewoners
- dataverzameling: december 2021 – maart 2022

## Resultaten online survey voor zorgprofessionals en cognitieve interviews met bewoners

- zorgprofessionals vertegenwoordigen tien random geselecteerde woonzorgcentra in Vlaanderen
- 17 (78%) van de 22 medewerkers zeggen regelmatig tot heel vaak in contact te komen met bewoners met depressie
- slechts 10 (45%) van hen gebruiken meetinstrumenten
- geen enkele deelnemer kende de NORD-schaal<sup>1</sup> (Tabel 1)
- 4 van de GDS-8<sup>2</sup> vragen werden als te moeilijk en abstract beschouwd, zowel door medewerkers als bewoners
- Tabel 1 biedt een overzicht van enkele veelgebruikte Nederlandstalige meetinstrumenten. De meeste instrumenten meten *niet alle* depressiesymptomen. Zorgmedewerkers geven aan dat ze *bijna alle* symptomen kunnen observeren.

Grafiek 2: Meetinstrument gebruikt door deelnemende zorgmedewerkers in Vlaanderen



## Resultaten focusgroepen met zorgprofessionals: identificeren en screenen van depressie

### Uiten van depressie

- ✓ Met het ouder worden krijgt men lichamelijke en psychosociale verlieservaringen. Volgens deelnemers is het ontstaan van depressie afhankelijk van de mate waarin men het hoofd kan bieden aan deze verlieservaringen. Dit is *sterk individueel* bepaald en wordt volgens de deelnemers beïnvloed door:
  - (1) zelfbewustzijn, autonomie en de gebruikte copingstrategieën;
  - (2) emotionele, cognitieve en communicatieve vaardigheden;
  - (3) de eigen opvattingen (Figuur 1, microniveau) over ouder worden en depressie;
  - (4) de opvattingen binnen de sociale, culturele en historische context (Figuur 1, meso- en macroniveaus).
- ✓ De volgende groepen melden, volgens de deelnemers, meer lichamelijke klachten dan psychologische klachten: mannen, gelovigen (onafhankelijk van soort religie), laagopgeleiden, mensen op platteland, oudere generaties, mensen die beperkt zijn in verbale uitingen (bijv. afasie of anderstaligen), mensen die minder cognitief vaardig zijn (bijv. door dementie), minder vertrouwd met psychologische begeleiding, minder zelfbewust of minder autonoom.

### Aandachtspunten volgens deelnemers bij het herkennen en observeren van depressie

- ✓ Verschillen in opvattingen over ouder worden en depressie kunnen het herkennen van depressie bemoeilijken. Dit gebeurt vaker wanneer de medewerker en bewoner een verschillende culturele achtergrond hebben.
- ✓ Depressieve klachten worden vaker herkend door familie en naasten.
- ✓ Opleidingen moeten meer aandacht hebben voor het herkennen van waarschuwingssignalen.
- ✓ Men moet alert blijven op waarschuwingssignalen om gewenning aan depressieve klachten te voorkomen. Denk bijvoorbeeld aan vage klachten zoals onverklaarde buik- of hoofdpijn.
- ✓ Het verzorgingsmoment scheidt een vertrouwensband en is daarom belangrijk bij het herkennen van signalen.

Figuur 1. Voorbeelden van opvattingen over depressie en ouder worden, opgesplitst per niveau

- Schaamte over cognitieve/emotionele toestand; Bijv. 'De mensen zullen denken dat ik zot ben.'
- Pragmatisch redeneren; Bijv. 'Ik heb alles dat ik moet hebben om tevreden te kunnen zijn, ik mag niet klagen.'

#### INDIVIDUEEL - microniveau

- Relativeren, niet serieus nemen van klachten; Bijv. 'Hij zoekt weer wat aandacht.'
- 'Satisfaction paradox' door historische invloeden; Bijv. 'Iemand moet wel ontevreden zijn want hij heeft alles moeten achterlaten'

#### DIRECTE SOCIALE OMGEVING - mesoniveau

- Bijv. Plaatsen van een ouder persoon in een verpleeghuis gebeurt vaker in Westerse culturen.
- Bijv. Het idee dat mannen zich sterk moeten houden, niet mogen huilen, heerst nog.

#### MAATSCHAPPIJ- macroniveau

### Conclusie:

- Bij het uiten van en screenen op depressie zijn zowel individuele eigenschappen als opvattingen van belang.
- Bij depressiescreening in Vlaamse verpleeghuizen lijken meetinstrumenten zelden gebruikt te worden.
- Het is de vraag of bestaande meetinstrumenten geschikt zijn om alle depressiesymptomen te beoordelen (zie Tabel 1).
- Er is behoefte aan een nieuw meetinstrument, aangepast aan vaardigheden en diversiteit onder bewoners.

Tabel 1. Overzicht van meet- en observatieschalen voor depressie en herkenningpunten zoals benoemd door zorgprofessionals

Diagnostische criteria <sup>3</sup>		Zelfinvul vragenlijsten				Observatieschalen			
<p><b>DSM-V:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ≥ 5 symptomen = depressiestoornis;</li> <li>• 2-4 = beperkte stoornis</li> </ul> <p><b>PDC-dAD (Dementie)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ≥ 3 symptomen = depressiestoornis</li> </ul> <p>✓ <b>Minimaal één van beide aanwezig</b></p> <p>❖ <b>Additionele symptomen</b></p>		<p>+ eigen ervaring = objectiever</p> <p>+ door de bewoner zelf in te vullen</p> <p>- vragen suggestief waardoor ze vaak bevestigend beantwoord worden: vraagt specifieke vaardigheden van de afnemer</p> <p>- vaak moeilijk en abstract taalgebruik</p>				<p>- oordeel zorgmedewerker = subjectiever</p> <p>+ eerste vlugge screening (bijv. NORD) zonder bewoner te belasten;</p> <p>+ bij anderstaligen/cognitieve achteruitgang of wanneer zelfinvul niet mogelijk is</p>			Hieronder vindt u enkele herkenningpunten zoals benoemd door zorgmedewerkers tijdens de focusgroepen.
Symptoom	DSM - V	PDC-dAD	GDS-8 <sup>2</sup>	GDS-15 <sup>4</sup>	Diesfeldt <sup>5</sup>	CSDD <sup>6</sup>	NORD-schaal <sup>1</sup>	DRS <sup>7</sup> (BelRAI)	Observatie door zorgmedewerkers
Sombere stemming	✓	✓	6 items	6 items	4 items	2 items	2 items	3 items	Emotioneel reageren, huilen, ontroostbaar zijn, manisch gedrag (overcompenseren)
Verminderde interesse/plezier	✓	✓	2 items	4 items	1 item	2 items	1 items		Passief, ongeïnteresseerd zijn, apathisch gedrag
Gevoelens waardeloosheid/schuld	❖	❖		2 items	2 items	1 item			Schreeuw om aandacht (bijv. toiletbezoek), continu bevestiging zoeken
Terugkerende gedachten aan de dood of suïcide ideaties*	❖	❖	1 item	1 item		1 item			Doodwens uitspreken, om euthanasie vragen
Moeheid/ verlies energie	❖	❖		1 item	1 item	1 item			Futloos, onverzorgd zijn (bv. ongeschoren), weinig initiatief, passief, ongeïnteresseerd zijn
Afgenomen of toegenomen gewicht/ eetlust	❖	❖			1 item	2 items			Continu aansporing nodig om te eten
Slaapstoornis of overmatige slaperigheid	❖	❖			1 item	4 items	1 item		Vaker in bed blijven, gordijnen dicht houden
Psychomotorische agitatie of remming	❖	❖				2 items			Minder bewegen, rollator/rolstoel vaker gebruiken
Verminderde concentratie of besluiteloosheid	❖			1 item					Moeilijk te observeren
Prikkelbaarheid		❖				1 item		1 item	Nors, kortaf, woede uitbarsting, fluctuerend, uiten ongenoegen, verzet
Sociale isolatie/ terugtrekken		❖					1 item		Sociaal isoleren, na een activiteit niet blijven om te praten, zich afzonderen, onttrekken aan activiteiten
Vage Lichamelijke klachten					2 items	1 item		1 item	Vele doktersbezoeken zonder resultaat
Angst en wanen				1 item		2 items		2 items	Moeilijk te observeren

\*1 item van de GDS kan zowel begrepen worden als 'verminderde interesse/plezier' als 'gedachte aan de dood'.

### **Cognitieve interviews met bewoners:**

Tijdens de gesprekken met de bewoners werd de 'Think Aloud' en 'Verbal Probing methode' gebruikt. Beide methoden zijn er op gericht om het taalgebruik en -begrip van de vragen in kaart te brengen en zo potentiële probleemvragen<sup>8</sup> te identificeren.

### **Referenties:**

1. Leontjevas, R., Gerritsen, D. L., Vernooij-Dassen, M. J., Teerenstra, S., Smalbrugge, M., & Koopmans, R. T. (2012). Nijmegen observer-rated depression scale for detection of depression in nursing home residents. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(10), 1036–1044.
2. Jongenelis, K., Gerritsen, D. L., Pot, A. M., Beekman, A. T., Eisses, A. M., Kluiters, H., & Ribbe, M. W. (2007). Construction and validation of a patient- and user-friendly nursing home version of the Geriatric Depression Scale. *International journal of geriatric psychiatry*, 22(9), 837–842.
3. Doen bij Depressie. ©2018, Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON), in samenwerking met RadboudUMC en het Vumc.
4. Kok, R.M., Heeren, Th.J. en Hemert, A.M. (1993). De Geriatric Depression Scale. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 416 – 421.
5. Diesfeldt HF. (2004) [The Depression List for mood evaluation in psychogeriatrics: psychometric analysis and scalability]. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*; 35(6):224-233.
6. Dröes, R. M. (1996). The Dutch version of the Cornell scale for depression in dementia. *Vakgroep Psychiatrie. Vrije Universiteit Amsterdam*.
7. Burrows, A B., JN. Morris, SE. Simon, John P. Hirdes, and CD. Phillips. Development of a Minimum Data Set Based Depression Rating Scale for Use in Nursing Homes. *Age and Ageing* 29.2 (2000): 165-172.
8. Willis GB, Lessler JT. *Question Appraisal System: QAS-99*. Rockville, MD: Research Triangle Institute, 1999