

Depressie bij ouderen

Tom Declercq, huisarts
Jan Callens, psycholoog

Presentatie vrij naar bijscholing dd 12/2020 ELZ Scheldekraft ism ELP, CGG,
ouderenpsychiatrie Hestia Gent, zorgpad ouderenpsychiatrie Pittem



*Casus 1: Mariette, 77 jaar,
ambulant*

Mariette, 77 jaar

- Mariette is gehuwd met André. Het echtpaar heeft vijf kinderen, twaalf kleinkinderen en ondertussen drie achterkleinkinderen. Mariette is haar ganse leven actief geweest in de kinderopvang, eerst thuis, dan naschools en tot recent nog bij “de weging” voor Kind-en-Gezin.
- Mariette was altijd goed gezond tot voor twee jaar waar ze geopereerd werd van een groot abdominaal liposarcoom. Na deze ingreep ontwikkelde ze subobstructietekenen wegens uitgebreide brides ter hoogte van de dunne darm met perforatie – waarvoor heringreep met wigresectie. Uiteindelijk ging ze in die periode een derde keer onder het mes voor herstel littekenbreuk. Sindsdien zijn de oncologische herevaluaties met Ctscans rustig.

Mariëtte, vervolg

- In de voorbije weken werd Mariëtte geplaagd met een invaliderende misselijkheid en anorexie. Waar ze anders de ganse dag in de weer is, ligt ze nu ook overdag in de zetel. Ook haar slaap is verstoord (en dat ondanks haar slaappil ...). Ze is opnieuw vermagerd, maakt zich zorgen en consulteert samen met André.
- Voor jou zit een wat afwezige, bedrukte en ongeruste vrouw. Haar man André zet op de eigen, wat theatrale manier haar klachten mee in de verf.
- Bij klinisch onderzoek blijkt Mariëtte inderdaad opnieuw een 4tal kg vermagerd ten opzichte van voorgaande keer (6 maanden geleden).



Een filmpje als
illustratie van
depressie bij
ouderen

<https://www.youtube.com/watch?v=mrqgaLnQ5zQ>

A stylized landscape illustration. The foreground features rolling green hills in various shades of green. On the left, a tree with a dark brown trunk and several large, rounded, purple and pink blossoms stands on a small mound. The background consists of layered, wavy bands of light blue and white, suggesting a sky or distant hills. The overall style is flat and graphic.

Literatuur

Overzicht van de literatuur versus kwaliteit van de studies

- Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: *Depressie bij volwassenen*. Antwerpen: Domus Medica vzw; 2017. Declercq T et al. Habraken H, Van den Aemele H, Callens J, De Lepeleire J en Cloetens H.
- Formularium Ouderenzorg via <https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium/165#main>
- Overzichtsartikel HANU oktober 2020 - Van Damme A, Declercq T, Lemey L, Tandt H, Petrovic M. Ouderdomsdepressie: symptomen, risicofactoren en behandeling. *Huisarts Nu* 2020;49: > Dit artikel is een ingekorte en herwerkte vertaling van Van Damme A, Declercq T, Lemey L, Tandt H, Petrovic M. Late-life depression: issues for the general practitioner. *Int J Gen Med* 2018;11:113-20.
- TvG, NTVG, H en W o.a. Huijbrechts, Collaborative care voor depressieve patiënten, mei 2013.
- *Big five* o.a. Lancet Leontjevas R, Gerritsen DL, Smalbrugge M, et al. A structural multidisciplinary approach to depression management in nursing-home residents: a multicentre, stepped-wedge cluster-randomised trial. *Lancet* 2013;381:2255-64. DOI: 10.1016/S0140- 6736(13)60590-5.

*Depressie bij ouderen:
diagnostiek*



Diagnostiek: aandachtspunten

DM Aanbeveling 2017

- Hou er rekening mee dat depressie op oudere leeftijd een **ernstige diagnose** is (Grade 1C): · verhoogde kans op sterfte en invaliditeit, meer functionele beperkingen en meer angst; meer kans op suicidale ideaties en meer (geslaagde) suicide; er is meer cognitief verval en een verhoogd risico op dementie.
- Hou er rekening mee dat depressie op oudere leeftijd een **moeilijke diagnose** is: Dx somatische ziektebeelden, normale problemen van oudere leeftijd en dementie (GCP).
- Neem bij een vermoeden van depressie een klassieke **depressieanamnese** af. Ga ook de ernst, duur en weerslag van de depressie op het functioneren van de oudere en op zijn cognitiena (GCP).

Diagnose

- *Neem ook bij ouderen een klassieke depressie-anamnese af.*
- *Waarde van specifieke vragenlijsten, zoals de GDS-15, in de eerste lijn ?*

Er zijn vraagtekens bij de validiteit en bruikbaarheid van vragenlijsten en ernstschalen in de huisartsenpraktijk: belang van bevragen van ernst, duur en weerslag van de depressie op het functioneren van de oudere

Formularium ouderenzorg

- Ziektegerichte aanpak?
- Persoonsgerichte benadering ! – persoon, klacht, context
- Schalen GDS-15 ? 4DKL ! Ook NORD (Nijmegen)

Age-related variability in the presentation of symptoms of major depressive disorder

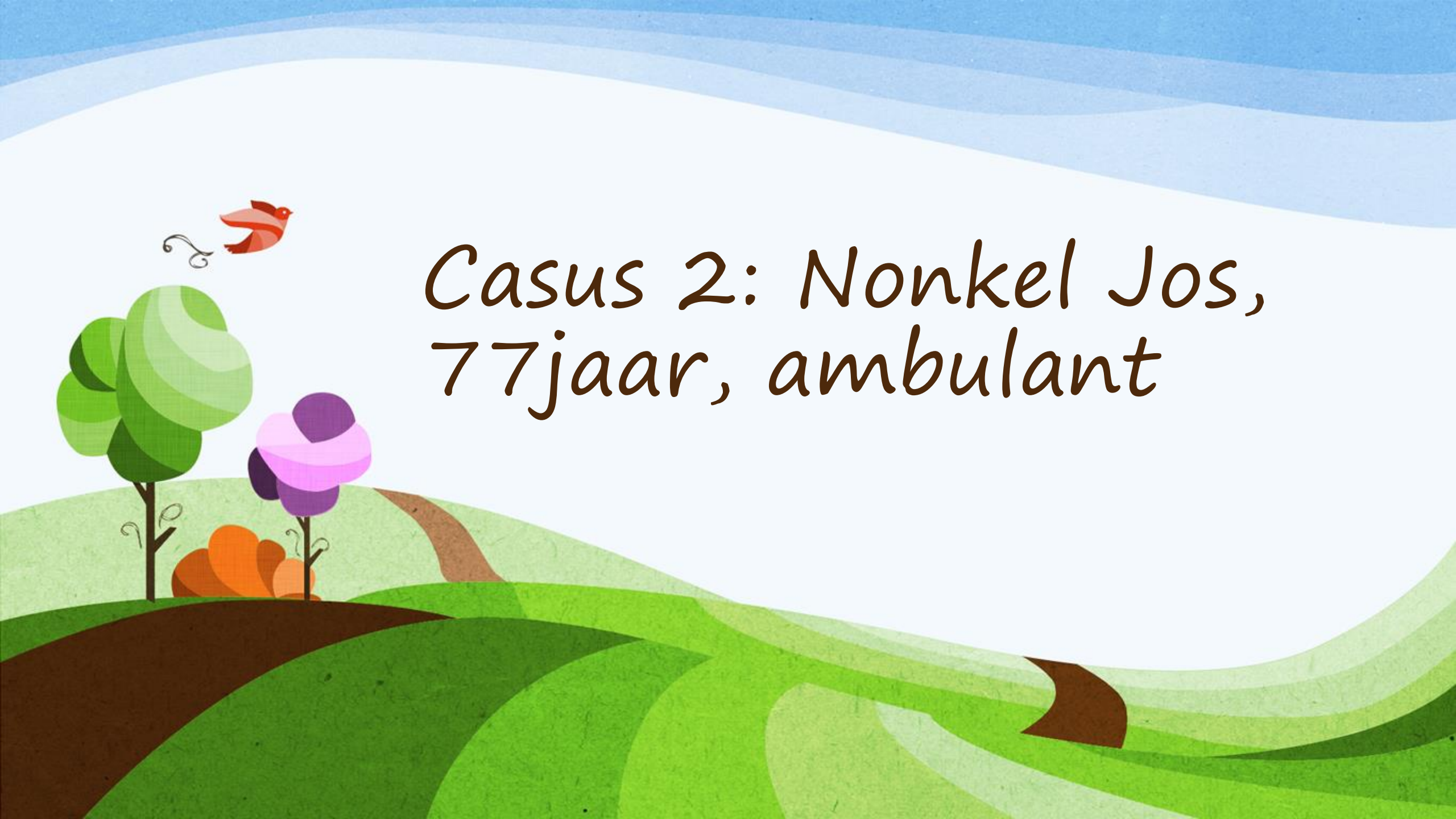
R.Schaakxs et al. 2016

“Depression severity was found to be stable across the lifespan, yet depressive symptoms tend to shift with age from being predominantly mood-related to being more somatic/vegetative. Due to the increasing somatic presentation of depression with age, diagnoses may be missed”.

Misselijkheid, moeheid, draaiduizeligheid, algemeen onwel zijn, moeheid, verlaagd energieniveau, anorexie, slapeloosheid ... enzovoorts: aspecifieke klachten !

Differentiaaldiagnostisch landschap

- Door meer op de voorgrond staan van somatische klachten is depressie op oudere leeftijd niet altijd gemakkelijk te onderscheiden van andere somatische ziektebeelden Dx kwaadaardige aandoeningen op oudere leeftijd
- Normale problemen van de oudere leeftijd – zoals verlieservaringen (rouw), verminderd sociaal netwerk (eenzaamheid) en verminderd (sociaal) functioneren (frailty), aanpassingsproblemen (bij overgang bvb opname in WZC) – moeten in de differentiaaldiagnose van depressie meegenomen worden en kunnen mee aan de basis van een depressie liggen/maken ouderen kwetsbaar voor depressie.
- Dementie kan gepaard gaan met depressieve klachten en omgekeerd kan depressie gepaard gaan met cognitieve klachten.

A stylized, colorful illustration of a landscape. The foreground features rolling green hills with dark brown soil. On the left, there is a green tree, a purple flower, and an orange flower. A small red bird is flying in the sky. The background consists of layered blue and white wavy bands representing the sky.

*Casus 2: Nonkel Jos,
77jaar, ambulanc*

Nonkel Jos

U wordt op uw vrije woensdagnamiddag gebeld door tante Jeanne, een tante van uw echtgenote. Haar man, nonkel Jos, 77 jaar, zou reeds vele weken minder actief zijn – veel in bed liggen, ook overdag, wat vertraagd zijn in reactie, minder bewegen o.a. niet meer fietsen, minder eten en vooral veel wenen. Tante Jeanne vraagt zich af wat er mis gaat bij haar ventje, want zo heeft ze nonkel Jos nog nooit meegemaakt. Ze vraagt het advies van haar aangetrouwde neef, want “Jos heeft nogal vertrouwen in u”.

U besluit uw vrije namiddag te laten voor wat hij is en trekt samen met uw echtgenote richting tante Jeanne en nonkel Jos.

Nonkel Jos - vervolg

Nonkel Jos ligt bij aankomst in de zetel in het salon. Hij is blij u te zien en praat honderduit, maar wel wat vertraagd. Hij vertelt hoe emotioneel hij wel is en bij het minste hij in tranen uit barst, hoeveel kg (7?) hij vermagerd is in de voorbije weken, hoe moeilijk het stappen is (evenwichtsproblemen?), hoe slecht hij slaapt (piekeren +++), en hoe bezorgd hij is voor zijn vrouw tante Jeanne die binnenkort een nieuwe heup moet krijgen. Wanneer je hem even alleen hebt, biecht hij in alle stilte op hoe hij de tuin probeert te vermijden – in zijn angstdromen heeft hij daar zichzelf aan de was-stijl zien hangen... Hij is heel onder de indruk van dit beeld en zegt op den duur zichzelf niet meer te vertrouwen en a.u.b. dat beeld met niemand te delen ...

Nonkel Jos - Dx

- Nonkel Jos demonstreert ten slotte zijn stappen en daarbij valt u een ietwat voorovergebogen houding en kleine, wat schuifelende pasjes op.
- Op de salontafel staan alle medicatiedoosjes netjes op een rij:
asaflow 80 1dd1 wegens TIA enkele jaren geleden, cobisoprolol 5/12,5 wegens hypertensie en amlodipine 5 ½ recent toegevoegd om dezelfde reden



Aanpak:
niet-medicamenteus

1. Niet-medicamenteuze aanpak

Algemene principes van niet-medicamenteuze aanpak (GCP)

De aanbevolen niet-medicamenteuze aanpak van depressie bij ouderen is grotendeels dezelfde als bij niet-oudere volwassenen:

- concretiseer en benoem de depressie;
- laat de oudere mee kiezen in de behandelingsvorm; dit vergroot het succes van de behandeling aanzienlijk;
- activeer door middel van dagstructurering en activiteitenplanning;
bied plezierige of betekenisvolle activiteiten aan (BAM).

Specifieke vormen van psychotherapie · Bied in een WZC specifieke vormen van psychotherapie best aan binnen een gestructureerde en multidisciplinaire aanpak, d.i. volgens de principes van 'collaborative care' (Grade 1B).

Achtergrondinfo

- Algemene principes Bied activatie onder vorm van oefeningen -> weinig wetenschappelijk bewijs ! Idem voor relaxatie
- Psychotherapie Bied individuele of groepsgericht psychotherapie aan - > minder onderbouwd - die gericht zijn op de depressieve symptomen zelf en/of op eventuele onderliggende problematieken.
- Het opstellen van een levensverhaal kaderend in life-review therapie is een van de bewezen effectieve interventies.
- Bij verwijzing voor specifieke psychotherapie zijn meerdere drempels (beschikbaarheid, betaalbaarheid,...) aanwezig.
- Wanneer geen (individuele) psychotherapie mogelijk is, ondersteunt een psycholoog het personeel bij het omgaan met de patiënt.
- Ook bij ouderen met beginnende symptomen van depressie zou een gestructureerde en multidisciplinaire aanpak met psychotherapie binnenin een stapsgewijs interventiemodel, bijvoorbeeld volgens het principe van 'collaborative care', werkzaam zijn.

Achtergrondinformatie (vervolg)

- *Oefentherapie lijkt depressieve symptomen te verbeteren.*
- *Vooraf in combinatie met andere effectieve behandelingen is oefentherapie wel zinvol. Ook bij ouderen met dementie is de invloed van fysieke activiteit op depressieve symptomen niet bewezen.*
- *Relaxatie wordt als effectief beoordeeld door de patiënten, maar blijkt objectief toch minder werkzaam dan psychotherapie en dan vooral cognitieve gedragstherapie.*

Achtergrondinfo -vervolg

- Cognitieve gedragstherapie was effectiever dan op een wachtlijst staan of therapie 'as usual', maar niet effectiever dan een actieve controlegroep (ondersteunende therapie, psycho-educatie, discussiegroep of bibliotherapie).
- Life-review therapie (het ophalen van positieve herinneringen) wordt specifiek bij ouderen beschreven en effectief bevonden.
- Ook problem solving-therapie wordt bij ambulante oudere patiënten als onderdeel van een multidisciplinaire aanpak aangeboden.
- Over de manier waarop psychotherapie wordt aangeboden, namelijk in groep of via internet, bestaat niet zoveel wetenschappelijk bewijs. Vermoedelijk bepaalt net zoals bij medicatie ook bij het aanbieden van psychotherapie naast de ernst van de depressie (bv. majeure depressie) ook de setting, namelijk ambulant (preventief opzet) versus residentieel, alsook de comorbiditeit mee de uitkomst van de depressie.
- Een combinatie van antidepressiva met psychotherapie is te overwegen bij ouderen met recidiverende depressie wanneer deze reeds succesvol gebleken is in de acute fase.

Niet-medicamenteuze aanpak: enkele voorbeelden

- Bewegen – gezonde geest in gezond lichaam bvb Nintendo Wii exergames
- Life-review therapy – het levensverhaal bvb fotoboek bij intake:

zie ook persoonsgerichte zorg

handboek [E. T. Bohlmeijer, De verhalen die we leven \(2007\)](#)

- Rusthuishond (dog-assisted interventions)
- Rusthuistuin (horticultural therapy)

Enzovoorts enzoverder: aansluitend bij de leefwereld van de oudere naar analogie met BAM [Betekenisvolle activiteiten methode \(politeia.be\)](#)!

Enkele voorbeelden good clinical practice...

BAM – betekenisvolle activiteiten

- Weg van “one size fits all” bvb bingo ...
- De betekenisvolle activiteitenmethode – of kortweg BAM – weerspiegelt een geïndividualiseerde aanpak voor zorgverleners om stap-voor-stap betekenisvolle activiteiten te realiseren met bewoners van een woonzorgcentrum. Door middel van de BAM werken zorgverleners en bewoners samen en leren ze elkaar vanuit een persoonsgerichte benadering kennen. De BAM vindt zijn kracht in een één-op-één dialoog; de bewoners worden actief betrokken en hebben in de BAM het woord, zij worden gezien en gehoord en tellen mee. Zorgverleners komen door de BAM te weten wat betekenisvol is en wat de noden van de bewoner zijn met betrekking tot dagelijkse activiteiten.
- Onderzoeksgroep prof P De Vriendt Hogeschool Gent
- [Betekenisvolle activiteiten methode \(politeia.be\)](http://politeia.be)

Samenwerking met de (Eerste Lijns)Psycholoog – ambulant en institutioneel

- Project vanuit de Vlaamse Overheid (gestart 01/08/2019).
- Aanbod ELP: kortdurende psychologische ondersteuning bij 65-plussers (8tal sessies max.)
- Beschikbaar in elk netwerk Geestelijke Gezondheid.
- 4 of 11 euro per gesprek.

Samenwerking met de (Eerste Lijns) Psycholoog (ELP)

- Eerstelijnsthema's: depressieve gevoelens, piekeren, angstgevoelens, stressklachten, rouw, eenzaamheid, ...
- Indien ELP niet voldoende → doorverwijzing naar tweede- en/of derdelijns (o.a. CGG).
- Project Federale Overheid - uitbreiding van ELP naar 65 plus. Echter, komen niet in de WZC (eerder uitzonderlijk).
- Nieuwe conventie: biedt ook voor ouderen perspectief

Samenwerking met de (Eerste Lijns) Psycholoog (ELP)

Bevindingen in de praktijk: ELZ Scheldekraft

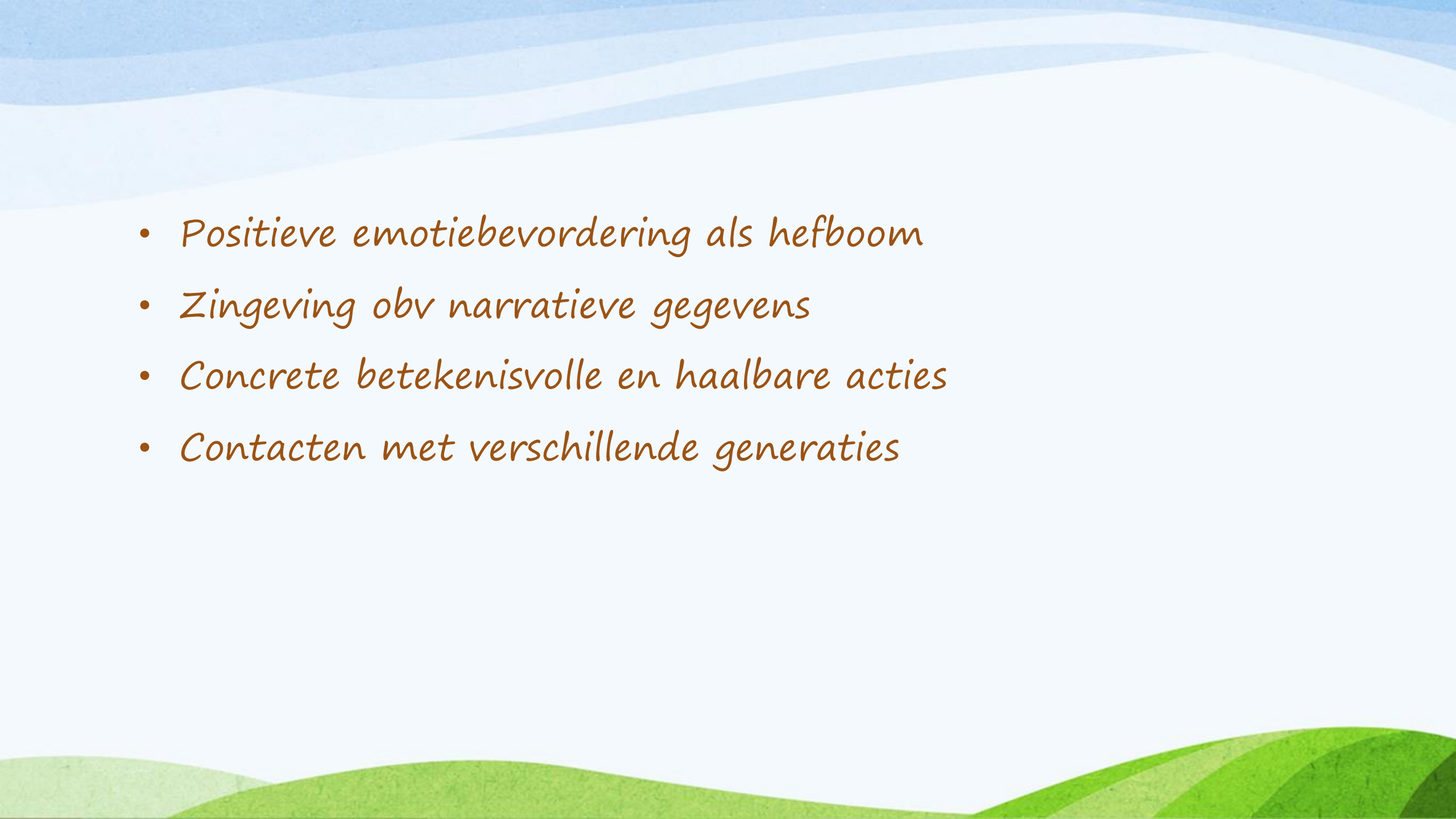
- Vaak depressieve klachten vanuit eenzaamheid, rouw, lichamelijke achteruitgang, verlies autonomie en toenemende afhankelijkheid, verlies van perspectieven...
- Verschil tussen doelgroep WZC en doelgroep buiten WZC – in WZC vaak veel meer nood aan nabijheid, gevoel van betrokkenheid, een luisterend oor/'op verhaal komen'.
- Veel rumineren over hun leven (verleden en toekomst).
- Vaak ook thema zin- en betekenisgeving, existentiële vragen (ook levensmoeheid/voltooid leven.)

Samenwerking met de psycholoog

Meestal op verwijzing van en in samenwerking met de huisarts (of de psychiater)

Ook wel eens op verwijzing van 'bezorgde kinderen'

- Gecompliceerde rouw
- Aanpassingsstoornissen (partner naar WZC)
- Depressie
- Relationele problemen
- Verwerkingsproblematiek
- OCD en andere angststoornissen
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Obsessieve/waanachtige occupaties

- 
- *Positieve emotiebevordering als hefboom*
 - *Zingeving obv narratieve gegevens*
 - *Concrete betekenisvolle en haalbare acties*
 - *Contacten met verschillende generaties*

Casus 3: Gisèle, 84

Verwezen door huisarts. Man is dementerend en uiteindelijk in een WZC opgenomen. Bij elk bezoek uit hij zijn kwaadheid en wil hij mee naar huis.

Gisèle voelt zich schuldig (mijn vriendin kan nog thuis voor haar man zorgen), is enigszins vertraagd, spreekt op monotone wijze, slaapt slecht, piekert voortdurend over de situatie, komt nog tot weinig en mijdt nu haar vriendinnen en hun normale activiteiten.

Empathie, psycho-educatie over rouw en depressieve klachten, gedragsactivatie waren de ingrediënten van de therapie.

Samenwerking met de Centra Geestelijke Gezondheidszorg CGG

CGG biedt gespecialiseerde ambulante psychotherapie aan ouderen vanaf 65 jaar met ernstige psychische en/of psychiatrische problemen zoals:

- depressie
- angst- en panieklachten
- zelfmoordgedachten
- persoonlijkheidsproblematiek, ...

Ook de partner of kind(eren) kunnen bij de begeleiding worden betrokken, mits akkoord van de cliënt.

De begeleiding kan plaatsvinden in het centrum zelf of indien nodig aan huis of in het woonzorgcentrum. Dit steeds op afspraak.

Ouderenwerking

- Een aanmelding gebeurt telefonisch door de cliënt zelf, familie of een hulpverlener (vb. huisarts, thuiszorg).
- Vervolgens neemt iemand van het zorgouderenteam contact en wordt er een afspraak gemaakt voor een eerste gesprek. Dit gesprek is gratis.
- Na dit gesprek wordt uw vraag op een teamoverleg met de psychiater, psychologen besproken. Hierna volgt een zorgadvies en/of behandelvoorstel.
- De kostprijs voor de daaropvolgende gesprekken bedraagt € 11,00 (max. 1 uur).

Ouderenwerking

- Psychiatrisch consult enkel mogelijk indien psychotherapeutische behandeling binnen het CGG.
- Inclusie: Is er sprake van een tweedelijnsproblematiek waarbij psychotherapie tot verandering kan leiden?
- Exclusie: eerstelijnsvragen (rouw, eenzaamheid, aanpassingsproblemen,...), cognitieve stoornissen, vragen naar 'ondersteuning', ventilatie,...
- Suïcidaliteit heeft voorrang (gericht aanbod – geen rechtstreekse instroom)
- Helaas: wachttijd...

COACHING AAN PROFESSIONELE HULPVERLENERS

- *Casus-gebonden coaching van hulpverleners of teams.*
- *Onder de vorm van intervisie, expertisedeling, advisering en ondersteuning in het verruimen van het denkproces rond een cliënt.*



*Aanpak:
medicamenteus*

Medicamenteus: antidepressiva

Indicatiestelling voor antidepressiva: zie volwassenen:

- Schrijf ook bij ouderen bij een ernstige depressie antidepressiva voor (Grade 1A).
- Keuze van antidepressiva (zie hoger):
 - kies bij ouderen eerder voor een SSRI (lichte voorkeur) (Grade 2B);
 - laat u bij ouderen, zoals bij niet-ouderen, in de uiteindelijke keuze tussen een SSRI en een TCA leiden door comorbiditeit en verwachte ongewenste effecten (GCP).

Antidepressiva bij ouderen

Opstart, dosis en opvolging van een antidepressivum (GCP):

- start bij tachtigplussers en bij ouderen met ernstige comorbiditeit bij voorkeur met een verlaagde dosis (bv. halve dosis);
- wacht bij ouderen minimaal zes tot acht weken vooraleer het effect van een antidepressivum kan worden beoordeeld; het kan soms tot twaalf weken duren vooraleer er respons gezien wordt;
- kijk ondertussen potentiële ongewenste effecten actief na; monitor concreet wekelijks gedurende de eerste vier weken;
- behandel ouderen minimaal zes maanden tot twaalf maanden (na remissie).

Medicamenteus: andere

Benzodiazepines en antipsychotica :

Zowel het gebruik van benzodiazepines als dat van antipsychotica wordt bij ouderen omwille van de potentieel ernstige ongewenste effecten afgeraden (GCP).

Psychofarmacotherapie voorschrift voor de oudere patiënt – enkele tips vanwege de ouderenpsychiater

Basisprincipes

- Identificeer correct (effectiviteit)
- Minimaal effectieve dosis met een minimum van bijwerkingen of interacties
- Start low, go slow, but go
- Beperk polyfarmacie tot een minimum
- Vermijd verscheidene interventies op eenzelfde moment
- Wacht het effect voldoende lang af
- Vermijd augmentatiestrategieën
- Een geneesmiddel met weinig of geen effect kan best door één ander product worden vervangen, bij voorkeur van een andere klasse
- Vermijd 'indien nodig' medicatie
- Stop medicatie of reduceer de dosis wanneer de bijwerkingen een invloed hebben op het functioneren
- Vermijd het opstarten van medicatie om bijwerkingen tegen te gaan

Achtergrondinformatie: gewenste effecten en ongewenste effecten

- Anticholinerge (TCA's) o.a. amitryptiline versus nortryptiline
- (Hoog)gastro-intestinale bloedingen o.a. ecchymosen (SSRI's)
CAVE interactie met asaflo, NSAID's ...
- Hyponatriëmie (SSRI's): biologie in de eerste week
- Cardiaal: ECG voor opstart TCA versus QT-interval bij (es)citalopram
- ...

Concreet: Sertraline vs Nortriptyline

Een SSRI wordt aan een halve dosis opgestart en vervolgens opgedreven naar onderhoudsdosis van één comprimé per dag (1 dd 1). Nortriptyline wordt gestart aan 10 mg 's ochtends (magistraal) en opgedreven tot 25 à maximaal 50 mg 's ochtends.

Het actief monitoren van ongewenste effecten houdt onder meer in: meten van de natriëmie binnen de week na start van een SSRI en afnemen van een basis-ECG bij de start van een TCA.

Gewenste effecten

- Ernst !
- Leeftijd: oudere ouderen ?
- Setting: WZC ?
- Comorbiditeit : Parkinsin, AD (Alzheimer), ...

Samenwerking met de geriater/ouderenpsychiater - ambulant

- Geriater: dagziekenhuis o.a. GDS ook MMSE (weg van acute opname, t.t.z. nood aan stabiele cognitie - eventueel liaison psychiater in consult CAVE opvolging

concreet: nonkel Jos ?

Dx neuro incl dementie versus depressie versus Parkinson

- (Ouderen)psychiater CAVE beschikbaarheid (wachtlijsten!) oplossing (?) eenmalig psychiatrisch consult ...

Subtypes van depressie en hun aanpak

- Unipolaire depressie: zie voorgaande – therapieresistente depressie
- Unipolaire depressie met psychotische kenmerken
- Unipolaire depressie met katatonie
- Bipolaire depressie – > alle reden voor verwijzing!
- Depressie en de ziekte van Parkinson

Therapieresistente depressie

- (Verhogen van dosis ?)
- Veranderen van klasse ? Bvb van SSRI naar TCA
- Combinatiestrategieën Bvb Escitalopram en nortriptyline
- Augmentatiestrategieën: lithium, antipsychotica
- ECT !

Depressie met psychotische kenmerken

Kenmerken:

- Vaker bij ouderen
- Vaker hervál
 - Hervál vermijden
 - 1malige depressie: 1 jaar doorgeven
 - Recidief: overwogen langer dan een jaar
 - Meerdere recidieven: levenslang
- Meer ernstig: sterkere schuldgevoelens
- Meer psychomotorische stoornissen (zowel retardatie als agitatie)
- Wanen: stemmingscongruent, paranoïde of somatische type zijn bvb ondergangswanen
- Hallucinaties: begeleiden één derde van de wanen en zijn doorgaans auditief.

Depressie met psychotische kenmerken- vervolg

Behandeling

TCA: Nortrilen (nortriptyline)

- remmen de heropname van verschillende monoaminen (serotonine, noradrenaline en dopamine)
- monitoring (50-150 ng/ml)
- kans op anticholinerge nevenwerkingen en orthostatische hypotensie relatief laag
- cardiale impact
- nevenwerkingen: anticholinerg, orthostatische hypotensie, overmatige sedatie, risico op hartritmestoornissen

Depressie met katatonie

Onderdiagnose

- Prevalentie acute psychiatrische ouderenafdeling:
11-40%
- Diagnostiek → goeie prognose

Depressie met katatonie – vervolg

Drie of meer van de volgende symptomen op de voorgrond:

1. Stupor (geen psychomotore activiteit, geen interactie met de omgeving)
2. Katalepsie (het passief laten innemen van een houding die tegen de zwaartekracht wordt volgehouden)
3. Wasachtige buigzaamheid (ledematen blijven in de stand staan waarin de onderzoeker ze heeft gebogen)
4. Mutisme (nauwelijks of geen verbale respons)
5. Negativisme (verzet of geen reactie op instructies of externe stimuli)
6. Poseren (spontaan en actief vasthouden van een houding tegen de zwaartekracht in)
7. Motorische maniërismen (vreemde, overdreven karikaturen van normale handelingen)
8. Motorische stereotypieën (repeterende abnormaal frequente niet-doelgerichte bewegingen)
9. Agitatie, niet onder invloed van externe stimuli
10. Grimasseren
11. Echolalie
12. Echopraxie

Depressie met katatonie – vervolg

Behandeling

- Stop antipsychotica (zie maligne neurolepticasyndroom)
- Supportieve maatregelen: veiligheid!
- hoge dosissen temesta (2mg/d), indien partieel effect binnen 2d (4-8mg/d) – remissie binnen 3-7d (70-80%)
- Indicatie voor ECT!

Bipolaire depressie

Kenmerken

- (hypo)manische episode: hetero-anamnese
- Autonoom beloop bij veroudering

Bipolaire depressie (EPA) – vervolg

Behandeling

1. Stemmingsstabilisator optimaliseren bij inadequate dosis of therapieontrouw
2. Bij ernstige depressie of adequate dosis
 - quetiapine (200-400 mg)
 - olanzapine (10 mg)
 - valproaat (80-120 mg/L) of carbamazepine (8-12 mg/L)
 - lithium (0,8-1 mmol/L) CAVE toxiciteit van Li bij ouderen !
 - +SSRI/SNRI of bupropion (bipolaire stoornis type II)
 - combinatietherapie

Hoe lang?

- indien na 4-6 weken onvoldoende effect: switch naar ander antidepressivum of ECT
- indien na 4-6 weken voldoende effect: voortzetten gedurende 8 weken, dan onderhoudsbehandeling.

Depressie en de ziekte van Parkinson

Kenmerken:

- tot 17%: ernstige depressieve stoornis
- grotere cognitieve achteruitgang, verslechtering in functioneren en progressie van motorische symptomen → herkenning!

Depressie en de ziekte van Parkinson

Behandeling

- *Psychofarmacotherapie → verbetering Qol, verbetering cognitie en preventie van herval*
- *SSRI's: voorkeur sertraline, CAVE extrapiramidale nevenwerkingen*
- *TCA, voorkeur nortriptyline: onvoldoende effect SSRI, indien nevenwerkingen op SSRI*
- *Symptomen, psychosociale problemen*

ECT

- *Indicaties:*
 - *depressie met levensbedreigende situatie (ernstige suicidaliteit, weigering voedsel of vocht gevaar voor suicide of zelfverwondend gedrag)*
 - *therapieresistente depressie of intolerantie voor psychofarmaca*
 - *depressie met een ernstige agitatie*
- *Voordelen ouderen:*
 - *depressie met psychotische/melanchole kenmerken: sterke predictieve waarde voor een goede respons*
 - *relatief snel effect*
 - *wordt relatief goed verdragen :*
 - hoofdpijn, musculaire pijn, draaiierigheid of nausea*

ECT

- *Cave:*
 - *cognitieve bijwerkingen*
 - *hoge terugvalpercentages:*
langdurige, intensieve nabehandeling met psychofarmaca (TCA +lithium) en/of ECT noodzakelijk
- *Relatieve contra-indicaties:*
 - *cardiovasculaire en cerebrale aandoeningen bvb CVA*
 - *ernstige respiratoire problemen*
 - *ongecontroleerde bloeddruk*

*Samenwerking met de
ouderenpsychiatrie: de
residentiele setting*



Residentiële zorg: opname psychogeriatric

- Wachlijsten!
- Intake, samen met familie
- Behandeldoelen- en behandelplan: naast het medisch-psychiatrische behandelplan en het syndromaal herstel (via o.a. medicatie, ECT,...) in een tweede beweging ook ruime aandacht nodig voor de situering van de problematiek in het eigen levensverhaal
-
- Individuele gesprekken, groepstherapie, contextbegeleiding, warme zorg (nabijheid, BAM)
- Nazorg! Bvb dienstencentrum

Opmerking soms nood aan verder diagnostisch onderzoek met beeldvorming

*Samenwerken rond de
ouderen met depressie in
een WZC*



Manier van samenwerken: gestructureerd en multidisciplinair zgn collaborative care

- Om ouderdomsdepressie multidisciplinair te benaderen kan collaboratieve zorg worden ingezet, dit is een aanbod van gestructureerde en multidisciplinaire zorg.
- Deze vorm van zorg werd bedacht in de Verenigde Staten voor patiënten met een (chronische) depressie.
- De (Amerikaanse) huisarts wordt in de zorg voor een oudere met een depressie ondersteund door een zorgmanager en een multidisciplinair team met een psychiater en verpleegkundigen. Men hanteert er het principe van gedeelde verantwoordelijkheid.
- De patiënt ondervindt van zijn kant de voordelen van verschillende, maar synergistische benaderingen.

Collaborative care of gestructureerd en multidisciplinair samenwerken

- Collaboratieve zorg is doeltreffender dan de standaardzorg en werd met succes getest in de Verenigde Staten, Engeland en Nederland.
- De patiënt en diens naaste familieleden kunnen een of twee keer per jaar de meest relevante zorgverleners (de kinesitherapeut, de maatschappelijk werker, de thuisverpleegkundige, de ergotherapeut en de huisarts) ontmoeten tijdens een 'thuisbijeenkomst'. Tijdens deze bijeenkomst kunnen de patiënt en zijn familie hun noden kenbaar maken, terwijl de andere leden kunnen beoordelen wat goed gaat en wat vatbaar is voor verbetering. Op basis van deze beoordeling en de aanbevelingen die daaruit voortvloeien, wordt het behandelplan (zorgplan) aangepast en verder begeleid.
- Indien nodig kan de patiënt uitgebreid worden onderzocht in een geriatrisch dagziekenhuis.
- In geval van ernstige en recidiverende depressie kan een casemanager (werkzaam in een geriatrisch-psychiatrisch ziekenhuis) worden ingeschakeld om het afgesproken behandelplan te coördineren.



Casus Mariëtte - vervolg

Casus Mariëtte - vervolg

- Diagnostiek : vervroegde oncologische en gastro-intestinale herevaluatie -> negatief
- Toch depressieve gevoelens ? Moeilijk bespreekbare relatieproblemen met dominante echtgenoot
- Activatie: wandelen, dagstructurering (dagboek) en verwijzing psycholoog
- Opstart medicatie: sertraline -> nortrilen 25 opgedreven naar 50 (plasklachten !)
- Herval met persisterende insomnie ("eisend")
- Ambulant overleg en verwijzing ouderenpsychiater: relatie wel bespreekbaar, mirtazapine toegevoegd
- Na x aantal maanden: is gaan dansen ! Voor het eerst sedert jaren samen naar Benidorm geweest !

Depressie bij ouderen in WZC : Een pluim voor onze WZC – wat gaat goed ?

- Inzet !
- Warme zorg (BAM, persoonsgerichte zorg) !
- Deskundigheid ! (referentie)verpleegkundigen, verzorgenden, ergotherapeuten, spirituele zorg

Handen tekort, continuïteit, coördinatie/communicatie, transmurale zorg, samenwerking bvb medicatie (jaarlijkse medicatiereview)

Depressie bij ouderen in WZC – wat kan beter: inhaalbeweging na pandemie ?

Reducing depression in nursing homes – so little, so late

“What was shown to be effective simply seems to be good-quality, well organised care. The fact that Leontjevas and colleagues’ trial 2013 comes as one of the first assessments of its kind for a disorder with such a high prevalence should perhaps be seen as an uncomfortable reminder of how neglected the nursing-home sector and its occupants are in research and more widely”.

Robert Stewart Institute of Psychiatry, King’s College London,
London SE5 8AF, UKr.stewart@iop.kcl.ac.uk – 2013



Samenvatting en besluit

Depressie bij ouderen

- Moeilijke en ernstige diagnose – CAVE (somatische) comorbiditeit, ook én én
- Brede diagnostiek – geriatisch daghospitaal
- Aanpak: niet-medicamenteus en medicamenteus
- Samenwerking ELP/ouderenzorgteams
- Samenwerking ouderenpsychiater o.a. eenmalig consult
- Opname o.a. zeldzame klinische beelden, plaats voor ECT