

Gedepimeerd in de instelling

Wanneer kwaliteit van leven in zorginstellingen centraal staat, betekent dit dat we ook zeer attent moeten zijn op verschijnselen die kunnen duiden op een depressie. Ouderen zijn kwetsbaar voor het ontwikkelen van depressies, omdat zij zich geconfronteerd zien met veel verlieservaringen, hun gezondheid afneemt, sociale relaties gemakkelijk onder druk komen te staan en zij dikwijls te maken krijgen met ingrijpende veranderingen in hun leven (zoals verhuizing naar een zorginstelling). En een depressie is een ernstige aanslag op de kwaliteit van leven.

door Maritza Allewijn

De laatste jaren is er steeds meer bekend geworden over de oorzaken en uitingsvormen van depressie in verzorgings- en verpleeghuizen. Lange tijd is gedacht dat veel ouderen met stemmingsklachten gedepimeerd raakten door het verblijf in de zorginstelling. Recente onderzoeksgegevens lijken er echter op te wijzen dat ouderen juist vaak slecht gestemd zijn in de periode voorafgaande aan de verhuizing naar een verzorgings- of verpleeghuis en zich daar na enkele maanden beter gaan voelen. Dit zou bijvoorbeeld het gevolg kunnen zijn van goede verzorging of meer sociale contacten in de nieuwe woonomgeving.

Maar niet bij alle bewoners van zorginstellingen gaat de gedepimeerde stemming vanzelf over. En er zijn natuurlijk ook mensen die na verloop van tijd somberheid ontwikkelen. Dan zijn er extra inspanningen nodig om het tij te keren. Van belang is dan wel dat we goed weten waarover we eigenlijk praten. De term 'depressie' wordt vaak gebruikt, maar wat verstaan we er precies onder?

Wat is een depressie?

Psychiaters hanteren nauw omschreven criteria voor het vaststellen van een depressie. Er moet in ieder geval sprake zijn van een langdurige sombere grondstemming of een duidelijke vermindering van het plezier dat iemand beleeft aan het leven. Daarnaast zal er een aantal andere kenmerken voorkomen, zoals een slechte eetlust, slecht slapen, vermoeidheid of veel denken aan de dood. Er zijn argumenten om een depressie als

een ziekte te beschouwen, een psychische ziekte die leidt tot psychisch lijden en vraagt om behandeling. Maar je kunt een depressie ook zien als een ontregeling, een disbalans in het ingewikkelde samenspel van lichamelijk, sociaal en psychisch functioneren. Ziekte of disbalans, het is in ieder geval belangrijk dat we vaststellen dat er sprake is van onnodige, onverklaarbare somberheid en niet een reactie op het ouder worden of op het verlies van functies of van dierbare mensen. Somberheid in reactie op belangrijke levensgebeurtenissen is een heel normale reactie en gaat dan ook vanzelf voorbij. We spreken dan eerder van rouw dan van een depressie.

Mensen die depressief zijn, kunnen eigenlijk nergens van genieten. Ze piekeren veel en komen vaak tot weinig. Ze hebben soms vastzittende gedachtegangen die hardnekkig zijn en verandering in de weg staan, bijvoorbeeld 'dit gaat nooit meer over' of 'na het overlijden van je partner kun je toch niet meer gelukkig worden' of 'als ik in bed blijf voel ik me nog het beste'. Het zijn meer overtuigingen dan absolute waarheden, maar voor de depressieve persoon valt er vaak niet te tornen aan deze ideeën.

Bij ouderen is de uiting van de depressie minder duidelijk dan bij jongere volwassenen. Ouderen zijn vaak eerder langdurig een beetje somber, terwijl op jongere leeftijd de somberheid heviger en duidelijker herkenbaar is en minder lang aanhoudt. Ook uiten ouderen vaak lichamelijke klachten als een manier om hun onvrede kenbaar te maken.



Foto's: Nele Delvoye

Hoe een depressie precies ontstaat, is niet helemaal bekend. Wel is duidelijk dat het gaat om een samengaan van een zekere aanleg ervoor en omstandigheden die ertoe leiden dat de depressie ook werkelijk ontstaat. Een zekere aanleg voor depressie kan besloten zitten in je karakter; de een is optimistischer gestemd dan de ander. Wie altijd al een beetje een zwartkijker is geweest, is uiteraard vatbaarder voor depressies. Omstandigheden die tot depressies kunnen leiden zijn verlieservaringen, gezondheidsproblemen, sociaal isolement en grote veranderingen in leefomstandigheden (transities). Ouderen zijn kwetsbaar voor het ontwikkelen van depressies, omdat zij zich geconfronteerd zien met veel verlieservaringen, hun gezondheid afneemt en sociale relaties gemakkelijk onder druk komen te staan. Het verhuizen naar een instelling is altijd ingrijpend en meestal ook niet een zelfgekozen verandering van leefomstandigheden. Er is bij ouderen dus sprake van een opeenstapeling van risicofactoren, terwijl de spankracht om zich er overheen te zetten, juist afneemt.

Depressie en zorginstelling

Verzorgingshuizen zijn opgezet in een tijd dat veel ouderen die

Er is bij ouderen sprake van een opeenstapeling van risicofactoren, terwijl de spankracht om zich er overheen te zetten, juist afneemt

er kwamen wonen, over een redelijke mate van zelfredzaamheid beschikten. Ze bewoonden hun eigen kamer en kregen hulp op met name huishoudelijk gebied. Tegenwoordig hebben bewoners van het verzorgingshuis op verschillende domeinen problemen, waardoor zij veel zorg en begeleiding nodig hebben. Niet altijd zijn zij in staat zelf hun dagbesteding te organiseren of sociale relaties te onderhouden of op te bouwen. In het verzorgingshuis ontstaan depressies dan ook vaak ongemerkt. Bewoners gaan hun eigen gang, lijken zich te hebben aangepast aan de omstandigheden in het verzorgingshuis, maar komen eigenlijk tot weinig activiteiten en trekken zich meer en meer terug in zichzelf.

In het somatisch verpleeghuis komt vereenzaming minder voor omdat er meer gerichte aandacht is voor gemeenschappelijke activiteiten en dagbesteding. Hier is eerder het gebrek aan privacy een belemmering voor het welzijn van bewoners. Ook vormen gezondheidsproblemen een risico. Veel aandoeningen, zoals multiple sclerose of spierverlammingenziekten, zijn progressief; dat betekent dat degene die eraan lijdt steeds weer afscheid moet nemen van mogelijkheden en er steeds meer aanpassing wordt gevraagd. Van bepaalde hersenaandoeningen, zoals de gevolgen van een CVA, is bekend dat ze een hoger risico op het ontwikkelen van een depressie hebben. Dit is vaak een combinatie van veranderingen in de werking van de hersenen en een reactie op de beperkingen.

In het psychogeriatrisch verpleeghuis lijkt depressie wat minder op de voorgrond te staan. Toch is hier in de afgelopen tijd ook meer over bekend geworden. Zo blijkt dat mensen met dementie niet zozeer somber worden als zij niet goed gestemd zijn, maar eerder prikkelbaar. Dementie maakt je in toenemende mate gevoelig voor stress en in reactie hierop uiten mensen zich geprikkeld of afwerend. Ook dit zou je kunnen zien als een uiting van depressie. Ook angst komt veel voor bij mensen met dementie, door het afnemen van de controle die zij over hun eigen leven hebben.

Een depressie op het spoor komen

Het zijn vooral familieleden en verzorgenden die gevoelig moeten zijn voor signalen van depressie bij ouderen. Om die op te kunnen pikken is het belangrijk dat ze weten waarop ze moeten letten. Ook dient men symptomen niet snel als behorend bij het leven of de levensfase te zien. Veel jongere mensen vinden het heel begrijpelijk dat ouderen niet zo graag meedoen aan georganiseerde activiteiten. 'Daar hoef je bij mij ook niet mee aan te komen als ik tachtig ben!' is een veelgehoorde motivatie. Toch is niet-meedoen, in welke vorm dan ook, een heel belangrijk en serieus te nemen signaal. Het is goed stil te staan bij een aantal vragen die dit gedrag oproept. Wat zijn de belemmeringen om te participeren? Is het inderdaad een vrije, weloverwogen keuze, of liggen er andere dingen aan ten grondslag? Zijn er wel voldoende plezierige momenten in het leven van deze bewoner, kan iemand genieten en hoe zijn de contacten met familie, vrienden, andere bewoners en medewerkers van het huis?

>



Regelmatig een wat uitgebreider praatje maken, al is het bijvoorbeeld maar eens in de maand, kan heel verhelderend zijn. Ook als een bewoner in eerste instantie aangeeft dat alles goed gaat, kan gericht doorvragen een heel ander beeld geven. Er zijn ook observatieschalen, die in geval van het vermoeden van een depressie kunnen worden ingevuld, om de observaties van verzorgenden te objectiveren. Ook familieleden kunnen aan de bel trekken. Zij weten immers wat bij iemand hoort, welke leefstijl iemand altijd gehad heeft en wat veranderingen zijn die eventueel kunnen wijzen op een verslechtering in de stemming.

Aan het werk

Als verzorging en/of familie het vermoeden heeft dat een bewoner wel eens depressief zou kunnen zijn, is het van belang dat er eerst goed onderzoek wordt gedaan. Is er inderdaad sprake van onnodige somberheid? Wat is de aard en de mogelijke oorzaak ervan? Waar liggen aanknopingspunten voor verbetering? Om deze vragen te kunnen beantwoorden is een medisch en een psychologisch onderzoek nodig. In de meeste instellingen is dit goed te organiseren.

Mensen met dementie worden niet zozeer somber als zij niet goed gestemd zijn, maar eerder prikkelbaar

Het medisch onderzoek wordt gedaan door een gespecialiseerd ouderenarts, eventueel in samenwerking met de huisarts. De arts zal onder meer kijken naar mogelijk achterliggende gezondheidsproblemen, naar de samenhang tussen verschillende aandoeningen en naar de algehele lichamelijke en psychische conditie. Ook een goed onderzoek naar de werking en mogelijke bijwerkingen van medicijnen geeft vaak veel belangrijke informatie.

Het psychologisch onderzoek kan gedaan worden door de psycholoog die aan een instelling verbonden is, of door een psycholoog van een mobiel geriatrisch team. De psycholoog zal onderzoek doen naar de manier waarop mensen gewend zijn hun problemen aan te pakken en naar de samenhang met belangrijke gebeurtenissen uit de levensloop. Ook richt het onderzoek zich op de vraag waartoe iemand te motiveren is en op welke wijze hij kan worden geprikkeld om weer te gaan participeren of het isolement te doorbreken; dit is heel belangrijk. Na het onderzoek kan de psycholoog nog enige motiverende gesprekken voeren, eventueel samen met medewerkers van andere disciplines. Zowel arts als psycholoog heeft ook aandacht voor het cognitief functioneren: is er sprake van verwardheid of vergeetachtigheid en welke rol speelt dit? De verzorging blijft intussen goed observeren en heeft ook contact met de familie. Een goede heteroanamnese geeft antwoord op veel vragen: Hoe kennen nabije anderen de bewoner? Wat zien zij als mogelijkheden voor verbetering? Wat kunnen zij zelf bijdragen?

Een plan van aanpak

Een depressie behandelen in een instelling vereist een gecombineerde en gecoördineerde inspanning van alle betrokkenen. De gegevens van onderzoek, observatie en gesprekken worden met elkaar besproken in een multidisciplinair overleg. Soms is het goed om dat in het bijzijn van de bewoner te doen, soms zal dat ook te bedreigend of verwarrend zijn. Dan zullen de verschillende disciplines samen een plan van aanpak maken, wat door een of twee van hen met de betrokken bewoner wordt besproken. Er moet dus altijd worden nagedacht over de wijze waarop gecommuniceerd wordt met de bewoner voor wie het plan is bedoeld. Vertrouwen winnen in goede hulpverlening en dat ook vasthouden is een belangrijk doel. In het plan van aanpak wordt een gemeenschappelijk en haalbaar doel geformuleerd met de acties die hiertoe zullen leiden. Het plan van aanpak zal globaal bestaan uit:

- De lichamelijke conditie optimaliseren en waar mogelijk lichamelijke aandoeningen behandelen die van invloed kunnen zijn op de stemming.
- Dagstructuur bieden; dat wil zeggen: een goed ritme in slapen, waken, inspanning en ontspanning.
- Plezierige activiteiten aanbieden die door de betrokkene als zinvol worden ervaren. Hierin opnemen: contacten met anderen, buitenlucht en lichaamsbeweging.
- Informatie geven over de stemmingsstoornis aan de bewoner zelf, de familie en de verzorgenden, zodat een begripvolle omgeving en benadering ontstaat.
- Stress reduceren of voorkomen.
- Nadrukkelijk positieve waardering tonen voor de bewoner en de inzet die hij of zij toont om de depressie te overwinnen.

Behandeling van een depressie vereist eigenlijk dat de omgeving het heft in handen neemt en dus – tijdelijk – de regie gaat voeren

De concrete plannen zijn individugebonden en ook afhankelijk van wat de instelling te bieden heeft. Soms zijn er bijvoorbeeld gespreksgroepen, speciaal voor mensen met stemmingsproblematiek. Andere instellingen werken met een verenigingsleven en dan kan een rooster worden gemaakt van activiteiten die de depressieve oudere zinvol vindt. Soms is individuele begeleiding door een psycholoog, maatschappelijk werkende of pastoraal medewerker nodig. Als de depressie ernstig is, kan behandeling met antidepressieve medicatie worden overwogen.

Het is soms moeilijk te ontdekken wat een bewoner leuk vindt om te doen. Activiteitenbegeleiders hebben hierin uiteraard veel specifieke kennis en ervaring. En er zijn ook verschillende methodieken ontwikkeld om dat te onderzoeken. Een voorbeeld van zo'n methode is opgenomen in de richtlijn voor verzorgenden *Het begeleiden van mensen met dementie die*

depressief zijn (Nivel, 2004 – te downloaden via: www.nivel.nl/pdf/richtlijnen-dementie-depressief2.pdf). Belangrijk is om te beginnen met lage, haalbare doelen en niet direct met een heel vol programma. Al etende krijgt men honger en dat geldt ook voor deelname aan activiteiten. Als de bewoner weer wat meer meedoet en contacten heeft, zal de drempel lager worden om aan meer activiteiten deel te nemen. Bij dementie is de stemmingsstoornis soms vooral een gevolg van overvragen of overprikkelingen. Het is zaak dan voldoende rustmomenten in te bouwen en goede uitleg te geven, bijvoorbeeld aan familie.

Depressie en autonomie

Vooraf in het verzorgingshuis, maar in toenemende mate ook in de verpleeghuizen, staat autonomie van de bewoner, het recht om zelf te beslissen, hoog in het vaandel. We bieden hulp en zorg aan, zijn uitnodigend, maar dringen niet te veel aan en van dwingen kan al helemaal geen sprake zijn. Mensen met een depressie hebben echter de neiging allerlei hulp en zorg af te wijzen, omdat ze eigenlijk nergens het nut van inzien. Een goede behandeling van een depressie vereist dat alle betrokkenen ermee instemmen dat de wil om niets te doen niet centraal zal staan in de aanpak. Eigenlijk vereist de behandeling van een depressie dat de omgeving het heft in handen neemt en dus – tijdelijk – de regie gaat voeren. Het is belangrijk hier in algemene zin toestemming voor te vragen van de depressieve oudere. Vaak is goed uit te leggen waarom een meer activerende en stimulerende benadering belangrijk is en kun je in zijn algemeenheid de instemming van de bewoner hiervoor krijgen. Op momenten dat de 'laat mij maar, ik heb geen zin'-houding zich voordoet, kun je dan verwijzen naar die algemene afspraak. De betrokken hulp- en zorgverleners moeten wel heel goed zijn in het voeren van motiverende gesprekken en daar soms zelfs extra in getraind worden.

Voor de familie is de omgang met de depressieve oudere vaak erg zwaar. De meeste familieleden hebben voor hun gevoel alles al geprobeerd om de ander een beetje uit de put te helpen en zien geen of weinig resultaat. Ze lijden mee met het lijden van hun dierbare en kunnen ook zelf depressief worden. Je zou kunnen zeggen dat een depressie in zekere zin besmettelijk is. De meest betrokken familie heeft dus vaak zelf behoefte aan ondersteuning, uitleg en begeleiding. Daarnaast kunnen familieleden een heel goede bijdrage leveren aan de behandeling, door hun bezoek af te stemmen op het weekrooster en te helpen motiveren voor activiteiten en begeleiding. Ook de positieve waardering van familie is natuurlijk heel belangrijk; deze verdwijnt nog wel eens als de oudere in een patroon is geraakt van klagen en passiviteit.

In het plan van aanpak wordt opgeschreven wie voor welk onderdeel van het plan verantwoordelijk is. Ook is het verstandig direct een datum af te spreken om na te gaan of het plan het gewenste resultaat heeft. Een termijn van zes weken is realistisch om na te kunnen gaan of er al (enige) verbetering heeft

>

plaatsgevonden. In de tussentijd zullen verzorgenden natuurlijk goed observeren en rapporteren hoe het met de bewoner gaat. Met de arts of psycholoog kan worden afgesproken dat (een deel van) het onderzoek na enige tijd herhaald wordt, om veranderingen waar te nemen. Waar nodig wordt het plan telkens bijgesteld.

Laat mij maar liggen

Bij het Vivium-ABC, een ambulante multidisciplinaire verpleeghuisteam in 't Gooi, wordt de heer Alberts aangemeld. Hij is weduwnaar, 84 jaar en woont sinds korte tijd in een verzorgingshuis. De aanmelding bij het ambulante verpleeghuisteam vindt plaats door zijn contactverzorgende, die daarover eerst overlegd heeft met de huisarts en de familie. Aan meneer Alberts zelf vertelt ze dat ze hulp heeft ingeschakeld om de zorg beter te doen verlopen.

De verzorgende vraagt het team om advies bij de omgang in verband met zelfverwaarlozing en weigering van zorg en hulp. Meneer Alberts ligt veel op bed en de hem dan herhaaldelijk aangeboden hulp weigert hij, de laatste tijd bijna dagelijks ('Laat mij maar liggen' of: 'Ik ben nog te moe, ik kom straks uit bed').

De verpleegkundige, de specialist ouderengeneeskunde en de psycholoog doen onderzoek bij meneer Alberts en komen tot de volgende conclusies:

- Milde cognitieve stoornissen, zoals desoriëntatie in tijd en problemen met onthouden van bijvoorbeeld afspraken. Oorzaak is waarschijnlijk vasculaire schade, er is sprake van een CVA in de voorgeschiedenis met weinig zichtbare restverschijnselen.
- Eenzaamheid (meneer zegt letterlijk: 'mateloos eenzaam') en somberheid na het recente overlijden van zijn echtgenote. Meneer Alberts lijdt aan zijn situatie en ziet die als uitzichtloos.
- Zelfverwaarlozing en sociaal isolement en daardoor weinig positieve prikkels.
- Geen aantoonbare achterliggende somatische problematiek. Wel complicerende somatische aandoeningen: meneer heeft mobiliteits- en vitaliteitsbeperkingen en daardoor een kleine actieradius.
- Zoon en dochter stimuleren hun vader waar zij kunnen, maar zien hiervan eigenlijk geen effect.

Samen aan de slag

In de werkwijze van het ambulante team volgt na de diagnostische fase een gesprek met zoveel mogelijk betrokkenen. In dit geval met meneer Alberts, zijn kinderen, de contactver-

zorgende en de psycholoog en de verpleegkundige van het ambulante team. Het gesprek vindt plaats op de kamer van meneer Alberts zelf. Deze is voor de gelegenheid die ochtend op aandringen van zijn dochter tijds opgestaan en ontvangt iedereen keurig verzorgd.

In het gesprek, onder leiding van de psycholoog, wordt de situatie geschetst en worden de bevindingen van het onderzoek weergegeven. Alle aanwezigen vullen dit aan met hun indrukken totdat voor ieder een herkenbaar beeld is ontstaan. Meneer Alberts zegt in eerste instantie dat hij ervan overtuigd is dat hij deze situatie moet aanvaarden, dat er geen ander uitzicht is dan de leegte die hij nu voelt. Maar wanneer zowel zijn kinderen als de aanwezige professionals hun ideeën uitspreken over de toestand waarin hij verkeert en hem uitleggen wat een depressie is, lijkt hij langzaam geneigd mee te gaan in de gedachte dat er verandering wenselijk en mogelijk is.

Vervolgens kan iedereen met suggesties komen voor wat een wenselijkere situatie zou zijn en wordt er een plan van aanpak gemaakt. Wenselijker blijkt: meer ondernemen, deelnemen aan het leven in plaats van langs de zijlijn te gaan staan.

Vervolgens maakt men in grote lijnen een dagstructuur en een activiteitenplan en worden de taken hierbij verdeeld. Meneer Alberts blijft de antidepressiva gebruiken die de huisarts al eerder had voorgeschreven. De verzorgenden zien erop toe dat hij iedere dag voor tien uur gewassen en aangekleed is en bieden hierbij eventueel hulp. Meneer Alberts stemt in met deze afspraak. De verpleegkundige onderzoekt welke activiteiten buitenshuis hij zou kunnen bezoeken. En zoon en dochter, die ver weg wonen, spreken af te bellen voordat ze komen, zodat vader zich op hun bezoek kan voorbereiden. De contactverzorgende, ten slotte, ziet erop toe dat de afspraken worden nagekomen. Er wordt meteen een datum afgesproken, zes weken later, om weer bijeen te komen.

Op die bijeenkomst blijkt de situatie aanzienlijk te zijn verbeterd. Onduidelijk is wat precies de werkzame factor is geweest. Mogelijk is de medicatie aangeslagen, maar in elk geval werd ook de hulp bij de verzorging 's ochtends niet langer vrijblijvend aangeboden. Hierdoor begint meneer Alberts voor twaalfen aan zijn dag, is hij in de kleren en in staat weer enigszins deel te nemen aan het sociale leven in en rondom het verzorgingshuis, ook al blijven zijn mobiliteit en vitaliteit beperkt. Voor zijn kinderen is het nu weer aangenamer om op bezoek te komen. Gezien dit resultaat wordt de behandeling afgesloten.

Maritza Allewijn is als psycholoog werkzaam bij Vivium Zorggroep en is adjunct-directeur van de PGD, Psychologische expertise voor de verpleeghuiszorg.

Er moet altijd worden nagedacht over de wijze waarop gecommuniceerd wordt met de bewoner voor wie het plan is bedoeld