

Problemen bij het opsporen van depressieve- en angststoornissen bij bewoners van verzorgingshuizen

E. Dozeman^a, D.J.F. van Schaik^b, H.W.J. van Marwijk^c, A.E. de Wit^d, A.T.F. Beekman^e

Screening for depression and anxiety in residential homes for the elderly

Elderly persons in residential homes in the Netherlands are at high risk for developing major depressive and anxiety disorders. A stepped-care protocol being used in a study for vulnerable elderly in the community may also be feasible and effective for this group. A pilot study in a residential home in Amsterdam showed more problems than expected in screening and motivating the inhabitants for this intervention protocol. This article describes the problems in our screening procedure. A personal approach, performed by familiar persons, directed at the more independent inhabitants is most likely to succeed. The need for research on effectiveness and feasibility of evidence based methods in residential care remains evident. However, the more vulnerable inhabitants need something else. For this group of inhabitants we need to look more closely to the needs and possibilities by conducting research using a qualitative design.

Keywords: psychiatric disorders, prevention, homes for the elderly
Tijdschr Gerontol Geriat 2008; 39: 100-106

Samenvatting

^a GGZ verpleegkundig Specialist/promovendus, GGZ Buitenamstel/VUmc, Amsterdam

^b Psychiater/senior onderzoeker, GGZ Buitenamstel/VUmc, Amsterdam

^c Huisarts/senior onderzoeker, VUmc Amsterdam

^d GZ-psycholoog/docent opleiding verpleeghuisarts GERION, VUmc Amsterdam

^e Psychiater/hoogleraar, GGZ Buitenamstel/VUmc, Amsterdam

Bewoners van verzorgingshuizen in Nederland vormen een hoogerisicogroep voor het krijgen van een depressieve- of een angststoornis. Een eerder ontwikkeld preventief interventieprotocol voor ouderen die thuis wonen is mogelijk ook goed toepasbaar bij ouderen in verzorgingshuizen. In een verkennende studie in een verzorgingshuis in Amsterdam bleek dat

Correspondentie: Drs. E Dozeman, Afdeling Huisartsgeneeskunde VUmc, van den Boechorststraat 7 1081 BT Amsterdam, els.dozeman@vumc.nl

het moeilijker was dan verwacht om bewoners met lichte klachten op te sporen en hen vervolgens te motiveren tot deelname aan een interventieprotocol. In dit artikel bespreken we de aanpak en de problemen rond de screening en de motivering van deze bewoners. Onze ervaring was dat de door ons voorgestelde screeningsprocedure aanpassing behoeft, maar desondanks voor een deel van de bewoners niet haalbaar blijkt. Het blijft wenselijk om te onderzoeken in hoeverre de bestaande "evidence based" strategieën om depressie en angststoornissen te voorkomen toepasbaar en effectief zijn in verzorgingshuizen. De behoeften en mogelijkheden van bewoners voor wie deze methoden niet toerijkend zijn, dienen door middel van kwalitatief onderzoek beter in kaart gebracht te worden.

Trefwoorden: depressie; angst; ouderen; verzorgingshuis; screening

Inleiding

Depressieve- en angststoornissen bij ouderen vormen een ernstig gezondheidsprobleem. In het LASA onderzoek (Longitudinal Aging Study Amsterdam) dat werd uitgevoerd in de Nederlandse oudere (55+), algemene bevolking, was de prevalentie van angststoornissen 10,2%, en van depressieve stoornissen 15,1%.^{1,2} Ook werd comorbiditeit van beide stoornissen vaak waargenomen.³ Depressies en angststoornissen brengen een hoge ziektelast mee en een vermindering van de kwaliteit van leven. Eenzaamheid en algemene gevoelens van demotivatie staan vaak centraal. Bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen vertegenwoordigen een specifieke groep ouderen bij wie meestal hogere prevalentiecijfers van deze stoornissen gevonden worden, enkele uitzonderingen daar gelaten.^{4,5} Hoewel er effectieve behandelingen bestaan worden ouderen hiermee slecht bereikt. Dit heeft tot gevolg dat de meerderheid na een jaar nog last heeft van klachten.⁶

Gezien de hoge prevalentie van depressieve- en angststoornissen en de hiermee gepaard gaande ziektelast en zorgbehoefte ligt vroege opsporing en begeleiding van bewoners van verzorgingshuizen met lichte klachten van angst en depressie voor de hand. Geschat wordt dat 30 % van de bewoners deze lichte klachten heeft.⁴ Deze vorm van interventie wordt "geïndiceerde preventie" genoemd.⁷ Preventie in de geestelijke gezondheidszorg is momenteel nog in ontwikkeling. Slechts 3 % van het nationale budget voor de geestelijke gezondheidszorg gaat naar preventie. Ook passen de verschillende samenwerkende partijen in het brede maatschappelijke veld van

de preventieve geestelijke gezondheidszorg nog weinig *evidence based* interventies volgens professionele standaarden toe. In zijn onderzoek naar preventie van depressie toont Smit aan dat geïndiceerde preventie, gericht op groepen met een hoog risico effectief kan zijn.⁸

In dit artikel beschrijven wij de eerste bevindingen uit een onderzoeksproject gericht op geïndiceerde preventie bij een hoogrisicogroep, namelijk ouderen in verzorgingshuizen. Verzorgingshuizen in Nederland zijn van oudsher bedoeld voor ouderen die de meeste levensverrichtingen nog zelfstandig kunnen uitvoeren, maar niet meer zelfstandig willen of kunnen wonen. De laatste jaren hebben deze voorzieningen zich steeds meer ontwikkeld van woonvoorziening naar zorgvoorziening. Sinds 2003 gelden voor zowel verpleeg- als verzorgingshuizen zorgindicaties via de AWBZ. Aangezien de verschillen tussen verpleeg- en verzorgingshuizen geringer zijn geworden, worden zij tegenwoordig onder een noemer geplaatst, de "verpleeg- en verzorgingshuissector". Echter, in de praktijk wordt het onderscheid tussen deze zorgvoorzieningen nog steeds gemaakt.⁹

Om de klachten van somberheid, angst en eenzaamheid te reduceren wil de afdeling Huisarts-geneeskunde en Psychiatrie van het EMGO/VUmc, een gerandomiseerde gecontroleerde trial doen met een stapsgewijs interventieprotocol. Verschillende verzorgingshuizen in Amsterdam hebben zich bereid verklaard om deze interventie te toetsen op haalbaarheid en effectiviteit. Vanzelfsprekend dient het identificeren en motiveren van de doelgroep vooraf te gaan aan de interventie. In januari 2007 startten wij een verkennende studie in een van de huizen om de door ons voorgestelde screeningsmethode te toetsen. Aangezien de screening en werving gecompliceerder verliep dan we verwacht hadden, vooral vanwege de door ons waargenomen zorgzwaarte van de bewoners, willen we in dit artikel apart stilstaan bij de (on)mogelijkheden van het opsporen en werven voor deelname aan een interventieproject van mensen met een hoog risico op een depressieve- en/of angststoornis in deze setting. Hoe kunnen we bewoners beter bereiken en motiveren voor een dergelijk screenings- en interventieprogramma?

Methode

Alvorens over te gaan tot een beschrijving van onze aanpak van de screening en werving in de verkennende studie geven wij eerst een korte beschrijving van de beoogde interventie.

Het interventieprotocol

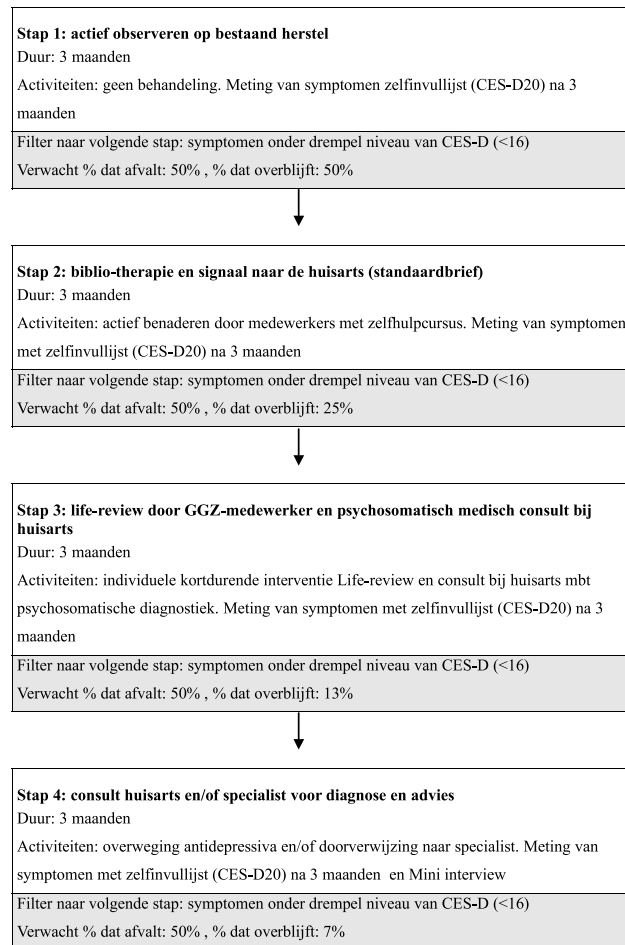
Het voorgestelde preventieprotocol is ontwikkeld voor ouderen die over een zekere mate van zelfredzaamheid beschikken, maar die tot een risicogroep horen wat betreft het ontstaan van

een depressieve- en/of angststoornis (zie figuur 1). Het is ontwikkeld analoog aan een onderzoeksprotocol bij thuiswonende ouderen.¹⁰ Een uitgebreide beschrijving van ons onderzoeksprotocol is eerder gepubliceerd.¹¹ Het is bekend dat ouderen, met name vrouwen die lijden aan chronische aandoeningen, en die veel functionele beperkingen en een klein netwerk hebben, eerder een depressieve- of angst stoornis ontwikkelen.⁸ Aangezien veel verzorgingshuisbewoners aan deze kenmerken voldoen is de verwachting dat zij van een dergelijk protocol kunnen profiteren. Het protocol sluit aan bij recente inzichten en bevat een aantal interventies die stapsgewijs, al naar gelang de ernst en de duur van de klachten, worden aangeboden.

Screening

Wij hebben de screening als volgt voorbereid en uitgewerkt: na een introductie van het onderzoek bij de cliëntenraad en tijdens de afdelingsvergadering of koffie-uurtje op alle afdelingen, zijn de bewoners (n=177) persoonlijk bezocht. Hierbij werd het doel van het onderzoek en de vragenlijst kort toegelicht. Deze eenvoudige vragenlijst, de Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), screent bewoners op

de aanwezigheid van symptomen van depressie en/of angst.¹² De CES-D is oorspronkelijk ontwikkeld als "zelfinvul-instrument" voor onderzoek in de algemene bevolking en lijkt ook voor oudere verzorgingshuisbewoners een geschikt instrument.¹³ De vragenlijst bevat 20 vragen met 4 antwoordmogelijkheden. Een score van 16 wordt algemeen aanvaard als afkappunt voor klinisch relevante symptomen van depressie en/of angst.¹⁴ Bij de screening in het verzorgingshuis zijn alle bewoners individueel gevraagd of zij deze lijst zelf in wilden/konden vullen of hierbij hulp wensten. Bewoners konden kiezen tussen hulp van familie, medewerkers van het huis of van de onderzoeksassistente. Wanneer bewoners symptomen bleken te hebben werd het begeleidingsmodel verder uitgelegd en gevraagd of zij aan het onderzoek mee zouden willen werken. Vervolgens werd een eventueel reeds bestaande depressieve- en/of angststoornis uitgesloten met behulp van de MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.).¹⁵ Tevens werd om te beoordelen of bewoners voldoende in staat zijn te profiteren van de aan te bieden interventies, het cognitief vermogen van de bewoner gemeten met behulp van de "Mini-Mental State" (MMSE) bij een afkappunt van 21.¹⁶



Figuur 1 Stepped-care protocol

Tabel 1		Overzicht van redenen om af te zien van deelname.	
Hoofdredenen voor non-respons (n = 92)			
<i>Fysiek:</i>			
voelt zich erg ziek			6
kan niet of zeer moeilijk praten			4
te moe, onderzoek kost te veel energie			4
te doof/blind voor begrip			5
Invalide en hulpbehoevend			1
zeer veel pijn			1
TOTAAL			21 (23%)
<i>Psychisch:</i>			
geen contact mogelijk			1
al psychiatrische behandeling			4
problemen met begrip en concentratie			6
angstig, wantrouwend			2
rouw; naaste net overleden			2
in de war			4
TOTAAL			19 (20%)
<i>Motivatie:</i>			
geen zin			24
weigert onderzoeker te ontvangen			4
voelt zich niet in staat			2
heeft nergens last van			2
TOTAAL			32 (35%)
<i>Overig:</i>			
gaat zeer binnenkort verhuizen, weer zelfstandig wonen			3
spreekt en begrijpt geen of nauwelijks Nederlands			2
agressief			1
tijdelijk elders			10
onbekend			4
TOTAAL			20 (22%)

Resultaten

Ten tijde van de screeningsperiode woonden 177 bewoners in het betreffende verzorgingshuis, verspreid over acht afdelingen. De gemiddelde leeftijd was 83,6 jaar ($SD=8.4$), 43% van de bewoners was man. Er was geen verschil in leeftijd bij deelnemers en weigeraars, mannen en vrouwen waren gelijk verdeeld over beide groepen. De periode van screening duurde in totaal vier weken. 56% van de bewoners vulde de CES-D niet in: zeven bewoners (4%) overleden in deze periode, 56 (32%) bewoners toonden zich direct niet bereid, of waren niet in staat om deel te nemen aan de screening en 36 bewoners (20%) wilden niet deelnemen nadat ze de CES-D in ontvangst hadden genomen en hadden gelezen. In tabel 1 staan de redenen voor het niet invullen van de CES-D opgesomd, zowel van degenen die hier direct van afzagen als diegenen die dit deden na lezing. Wanneer bewoners meerdere redenen opgaven beoordeelden wij welke reden in onze ogen doorslaggevend was. 24 bewoners gaven aan dat zij "geen zin" hadden in een dergelijk onderzoek. Bij doorvragen werden verschillende aspecten hiervan benoemd: men vond zichzelf te oud om nog te veranderen, men had geen behoefte aan bemoeienis, maar ook vond men een dergelijke confrontatie belastend of werd men er nerveus van.

Van de 78 bewoners waarvan wel een CES-D score kon worden vastgesteld (44% van het totaal) scoorden 29 (37%) hoger dan of even hoog als het afkappunt van 16, hetgeen wijst op klinisch relevante symptomen van depressie en/of angst. Deze 29 bewoners kwamen dus op basis van hun klachtenpatroon in aanmerking voor deelname, maar zes van hen waren jonger dan de gestelde leeftijdsgrens van 75 (21%) en 19 van de overgebleven 23 (83%) zagen af van deelname. Bewoners konden hierbij meerdere redenen aangeven op een toestemmingsformulier. Vier bewoners wilden meedoen aan het onderzoek, bij hen werd een diagnostisch interview afgenomen. Alle vier voldeden aan de criteria voor een depressie, een van hen had daarbij een angststoornis. Aangezien de aanwezigheid van een depressieve- of angststoornis een exclusie-criterium is voor deze preventieve interventie, kwam uiteindelijk niemand in aanmerking voor deelname aan het onderzoek. Een overzicht van de bevindingen is weergegeven in een flowchart, figuur 2.

Discussie

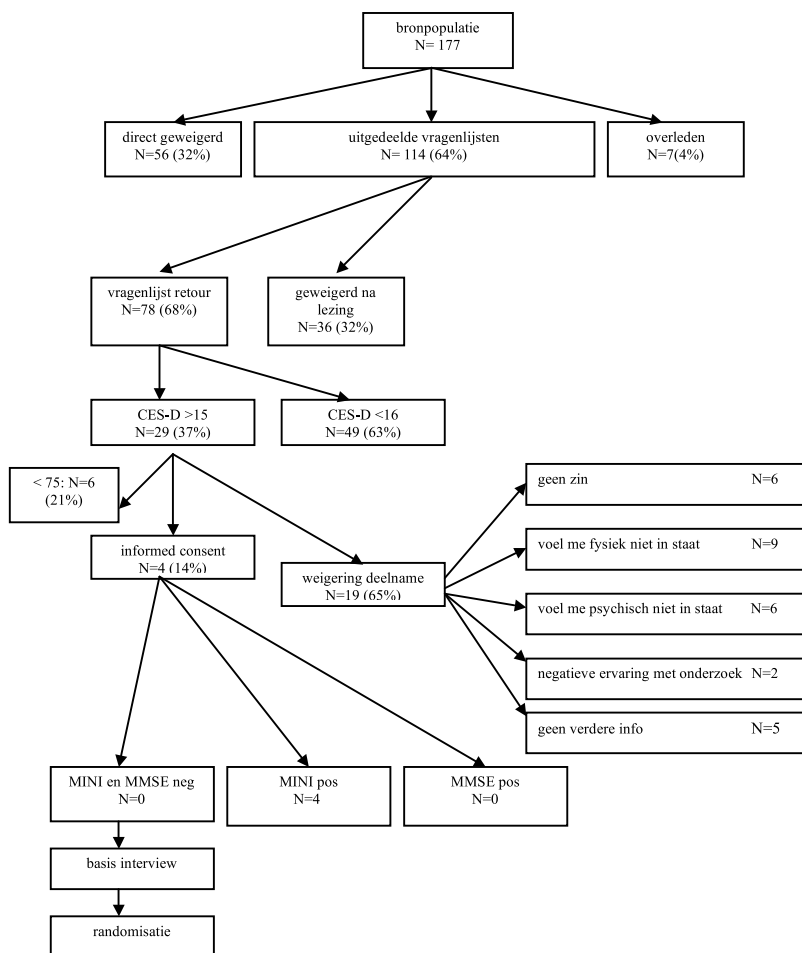
Onze doelstelling was om ouderen met een hoog risico op depressie en angst een preventieprogramma aan te bieden. Omdat een vergelijkbaar protocol bij kwetsbare ouderen (75+) in de algemene bevolking haalbaar bleek, leek dit ook een geschikte methode voor bewoners van verzorgingshuizen. Van alle benaderde bewoners

was 44% bereid en/of in staat om de screeningslijst, eventueel met hulp, in te vullen. Dit was lager dan we verwachtten op basis van eerder genoemd onderzoek in de algemene bevolking, waar tweederde deze lijst invulde. Van de bewoners die de vragenlijst completeerden bleek 37% symptomen van depressie en/of angst te hebben. Hieruit valt af te leiden dat de prevalentie van de symptomen van depressie en angst in dit verzorgingshuis zeker zo groot was als verondersteld. Echter, vervolgens verwachtten wij, op basis van het vergelijkbare onderzoek in de algemene bevolking, dat 80% van deze bewoners met symptomen, bereid zou zijn tot deelname. Dit bleek niet het geval te zijn.

Suggesties voor effectieve screening en werving bij bewoners van verzorgingshuizen

Een aanpassing van de screeningsprocedure die hieruit voortvloeit is een persoonlijk interview met meer mogelijkheid voor de bewoner om weerstanden en overwegingen te bespreken, met daaraan gekoppeld ook meer voorlichting. Overleg met een cliëntenraad bevestigde deze gedachte. Bewoners gaven ook aan dat "een gevoel van vertrouwen" in de interviewer belangrijk is om aan een dergelijke procedure mee te willen werken. Aangezien fysieke beperkingen bij het invullen van de vragenlijsten een rol speelde bij 24% van de bewoners, zal een interview met behulp van antwoordkaarten het percentage bewoners dat mee kan doen verder verhogen. In de eerder genoemde LASA studie werd eveneens gebruik gemaakt van antwoordkaarten, hetgeen mogelijk meespeelde bij de hogere respons in deze studie. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het aanvankelijk de bedoeling was de onderzoeksscreening (gedeeltelijk) door medewerkers van de verzorgingshuizen zelf te laten doen, met gebruik van bestaande observatie-instrumenten. Dit bleek echter niet haalbaar in dit verzorgingshuis in verband met de onderbezetting en overbelasting van het verzorgend personeel. De implementatie van dergelijke instrumenten is in de verschillende huizen in verschillende stadia. Ons inziens verdient deze ontwikkeling overal aandacht.

Naast een aanpassing in de uitvoering van het screeningsinterview, lijkt ook de te kiezen doelgroep cruciaal voor de haalbaarheid van specifiek op depressie en angst gerichte interventies. Fysieke en psychische beperkingen vormen een grote belemmering voor deelname. In een onderzoek naar een stepped-care protocol bij depressieve bewoners van verpleeghuizen werden vergelijkbare problemen gesignaleerd. Ruim 30% van die verpleeghuisbewoners kon niet benaderd worden omdat ze op cognitief of communicatief gebied te slecht functioneerden of te ziek waren volgens het oordeel van de arts. Bewoners die in dat onderzoek deelname weigerden gaven een slechte lichamelijke conditie en te zware emotionele belasting op als redenen.¹⁷ Ook in



Figuur 2: Flow-chart screening

ons onderzoek gaf de meerderheid van de bewoners met depressieve en/of angstklachten aan dat afzien van deelname met hun slechte fysieke conditie te maken had. Hierdoor lijkt de haalbaarheid van dit protocol voor deze bewoners twijfelachtig. Een belangrijke vinding van deze verkennende studie is dat deze kwetsbare groep niet met screening te bereiken is. Het is nog de vraag op welke wijze deze groep mensen, die dicht tegen de zorgzwaarte van verpleeghuisbewoners zit, of al een verpleeghuisindicatie heeft, wel bereikt kan worden en welke interventies dan haalbaar zijn.

Een interessante bevinding in dit kader is dat Smalbrugge in de verpleeghuissetting vond dat het aantal nieuwe gevallen van depressie (de in-

cidentie) relatief klein is. De prevalentie daalt zelfs met 30% in het eerste halfjaar na opname. Smalbrugge stelt daarom dat het aannemelijk is dat het verblijf in een beschermende omgeving, met specifiek opgeleide verpleeghuisartsen in een multidisciplinair team bijdraagt aan deze afname van de klachten.¹⁸ Mogelijk worden bewoners van verzorgingshuizen die een zorgzwaarte hebben die vergelijkbaar is met verpleeghuisbewoners, maar bij wie niet aan de zorgbehoefte wordt voldaan, in dat opzicht tekort gedaan. Vanuit de huisartsgeneeskunde, zou de inzet van gespecialiseerde ouderenverpleegkundigen voor deze specifieke doelgroep een overweging kunnen zijn.

Literatuur

- 1 Beekman AT, Deeg DJ, van Tilburg T, Smit JH, Hooijer C, van Tilburg W. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *J Affect Disord* 1995; 36(1-2):65-75.
- 2 Beekman AT, Bremmer MA, Deeg DJ, van Balkom AJ, Smit JH, de Beurs E et al. Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13(10):717-726.
- 3 Beekman AT, de Beurs E, van Balkom AJ, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W. Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry* 2000; 157(1):89-95.

- 4 Eisses AM, Kluiters H, Jongenelis K, Pot AM, Beekman AT, Ormel J. Prevalence and incidence of depression in residential homes for the elderly in the province of Drenthe, the Netherlands: higher than among the elderly in the general population, yet lower than in other residential homes. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002; 146(20):946-949.
- 5 Diesfeldt HF, Jas KJ, Merbis CP. Hulpbehoeften en psychosociale zorgvragen in verzorgingshuizen. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1993; 24(2):45-50.
- 6 Beekman AT, Geerlings SW, Deeg DJ, Smit JH, Schoevers RS, de Beurs E et al. The natural history of late-life depression: a 6-year prospective study in the community. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59(7):605-611.
- 7 Mrazek PJ, Haggerty RJ, Institute of Medicine. Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders. Committee on Prevention of Mental Disorders. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington, D.C.: National Academy Press, 1994.
- 8 Smit F, Ederveen A, Cuijpers P, Deeg D, Beekman A. Opportunities for cost-effective prevention of late-life depression: an epidemiological approach. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63(3):290-296.
- 9 Boer AH. Rapportage ouderen 2006 : veranderingen in de leefsituatie en levensloop. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2006.
- 10 van t'Veer, van Marwijk H, van Oppen P, Nijpels G, van Hout H, Cuijpers P et al. Prevention of anxiety and depression in the age group of 75 years and over: a randomised controlled trial testing the feasibility and effectiveness of a generic stepped care programme among elderly community residents at high risk of developing anxiety and depression versus usual care [ISRCTN26474556]. *BMC Public Health* 2006; 6:186.
- 11 Dozeman E, van Schaik DJ, Beekman AT, Stalman WA, Bosmans JE, van Marwijk HW. Depression and anxiety, an indicated prevention (DIP) protocol in homes for the elderly: feasibility and (cost) effectiveness of a stepped care programme. *BMC Geriatr* 2007; 7:6.
- 12 Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *J Applied Psychol Measurement* 1977;385-401.
- 13 Beekman AT, Deeg DJ, Van Limbeek J, Braam AW, De Vries MZ, van Tilburg W. Criterion validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D): results from a community-based sample of older subjects in The Netherlands. *Psychol Med* 1997; 27(1):231-235.
- 14 Radloff LS. Use of the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale with older adults. *Clin Gerontol* 1986; 5:119-136.
- 15 Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 20:22-33.
- 16 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Minimal state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3):189-198.
- 17 de Wit AE, Pot AM, Beekman A, Ribbe MW. Behandeling van depressieve klachten in het verpleeghuis. ISBN 90-9019202-6. 2005. Amsterdam. Ref Type: Report
- 18 Smalbrugge M, Jongenelis L, Pot AM, Eefsting JA, Ribbe MW, Beekman AT. Incidence and outcome of depressive symptoms in nursing home patients in the Netherlands. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14(12):1069-1076.