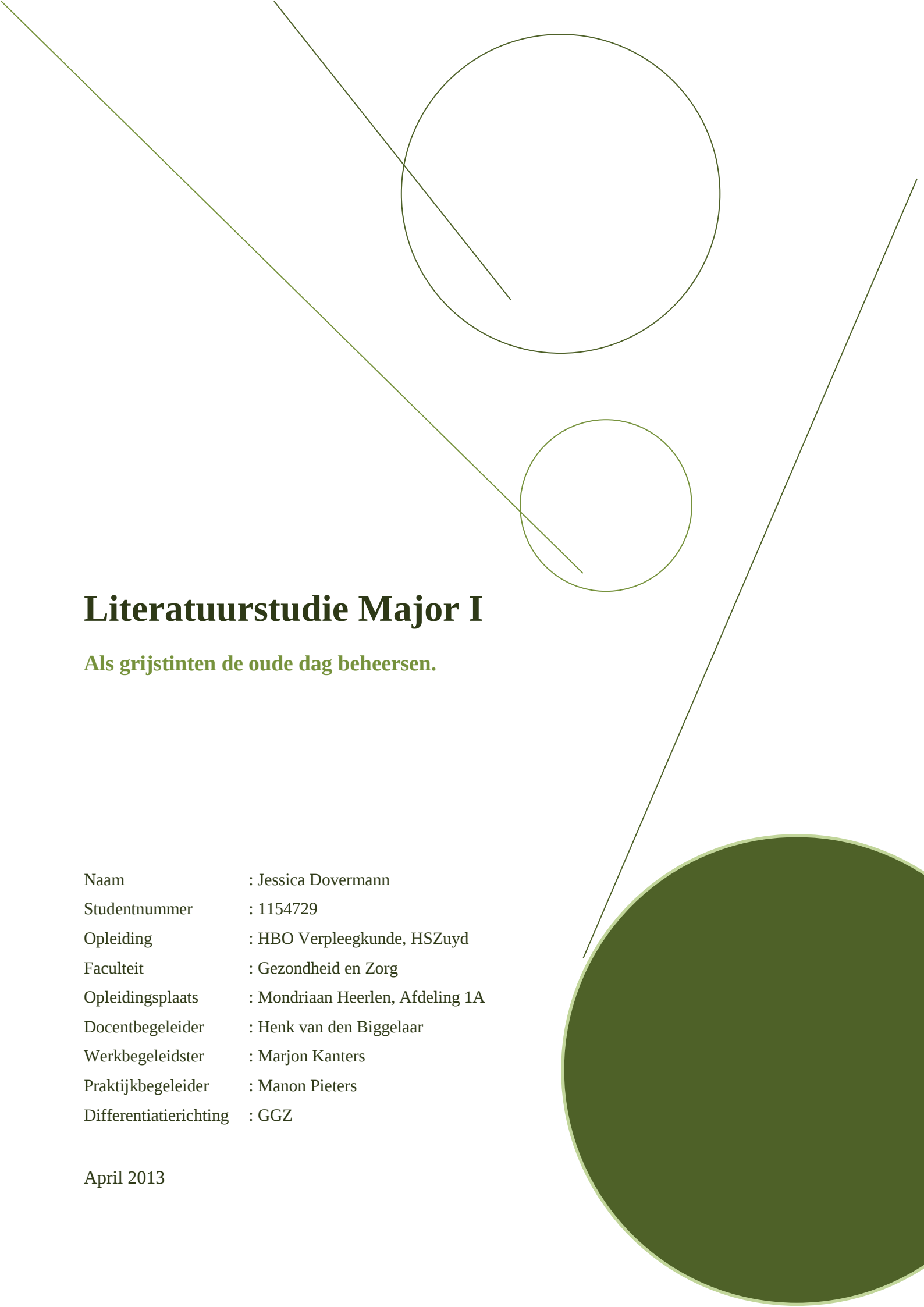




Literatuurstudie Major I

Als grijstinten de oude dag beheersen.

Naam : Jessica Dovermann
Studentnummer : 1154729
Opleiding : HBO Verpleegkunde, HSZuyd
Faculteit : Gezondheid en Zorg
Opleidingsplaats : Mondriaan Heerlen, Afdeling 1A
Docentbegeleider : Henk van den Biggelaar
Werkbegeleidster : Marjon Kaners
Praktijkbegeleider : Manon Pieters
Differentiatierichting : GGZ

April 2013

SAMENVATTING

Volgens Handoko (2005) zal ongeveer één op de zeven ouderen boven de 65 jaar geconfronteerd worden met een vorm van depressie. Meer dan de helft van de opgenomen cliënten binnen de ouderen psychiatrie lijdt aan een vorm van depressie. Depressie is een veel voorkomende oorzaak van verminderde levenskwaliteit en een verslechtering van functioneren (Veer-Tazelaar et al., 2009). Het accent en doel van deze literatuurstudie is een antwoord te krijgen op de hoofdvraag: *“Welke verpleegkundige zorg dient aangeboden te worden bij oudere cliënten met een depressieve stoornis waarbij de eigen regie van de cliënt gewaarborgd blijft?”*

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn een aantal deelvragen opgesteld:

- Wat dient de verpleegkundige te weten over depressie en de behandeling van depressie?
- Welke verpleegkundige interventies kunnen er worden toegepast bij depressie
- Hoe kan de verpleegkundige tijdens het verpleegkundig proces rekening houden met de eigen regie van de cliënt?

Door het gebruiken van zowel inclusie- en exclusiefactoren als conceptuele- en onderzoeksliteratuur zijn de hoofd- en deelvragen beantwoord. Uit verschillende onderzoeken (Beekman et al., 2004; Garenfeld, 2008; Handoko, 2005; Pieters & Gooskens, 2009) blijkt dat de diagnostiek van depressie bij ouderen wordt bemoeilijkt door de frequente aanwezigheid van cerebrale en andere lichamelijke klachten. Daarom is het van belang organische factoren zoals lichamelijke ziekte, cognitief disfunctioneren en medicijn- en middelengebruik te betrekken in de diagnostiek en het behandelbeleid van depressie. De behandeling van depressie bij ouderen vraagt dan ook bij uitstek een multidisciplinaire benadering. Antidepressiva zijn bij ouderen even effectief als bij jongere volwassenen. Daarnaast is bewezen dat psychotherapie een geschikte behandeling voor ouderen met een lichte tot matig ernstige depressie is.

Door vraaggestuurde zorg toe te passen kunnen verpleegkundigen de autonomie en participatie van mensen met een depressie bevorderen. Dit kan bewerkstelligd worden door goed te luisteren naar cliënten, gebruik te maken van hun ervaringskennis en hen te informeren over mogelijke behandelopties met bijbehorende evidence. Goede communicatieve vaardigheden van de professionals zijn van groot belang om de informatie op een begrijpelijke en overzichtelijke wijze te geven en deze af te stemmen op de cliënt. Verder onderzoek is nodig naar de implementatie van vraaggerichte zorg en evidence based practice in de dagelijkse praktijk. De verpleegkundige zorg bij de oudere cliënt met een depressie kunnen variëren van ondersteunen, stimuleren en/of activeren van de cliënt tijdens de depressie.

SUMMARY

According to Handoko (2005) about one out of seven elderly people above 65 years will be faced with a variant of depression. About half of the institutionalized clients within the elderly psychiatry suffer from some form of depression. Depression is a common cause of reduced quality of life and deterioration of functioning (Veer-Tazelaar et al., 2009). The accent and purpose of this literature research is to find an answer to the primary question: “Which nursing care should be offered to elderly clients who suffer with a depressive disorder in which the own control of the client is guaranteed?”

In order to answer the primary question several secondary questions have been composed:

- What should a nurse know about depression and its treatment?
- Which nursing interventions should be applied in order to treat depression?
- How could a nurse take the own control of the client into account during the nursing process?

The primary and secondary questions have answered by using both inclusion- and exclusion factors such as conceptual and research literature. Several researches (Beekman et al., 2004; Garenfeld, 2008; Handoko, 2005; Pieters & Gooskens, 2009) show that the diagnostics of depression in the elderly is impeded by the frequent presence of cerebral and other physical complaints. Because of this it's important to include organic factors such as physical illness, cognitive disfunction, and medicine and substance usage in the treatment policy. The treatment of depression in the elderly asks pre-eminently for a multidisciplinary approach. Antidepressants are equally effective for elderly as for young adults. Furthermore, psychotherapy has proven to be a suitable treatment for elderly suffering from minor to major depressions.

Nurses are able to improve the autonomy and participation of people suffering from depression by applying demand-driven care. This can be accomplished by listening to clients, using experiential knowledge and by informing the clients about possible treatments with corresponding evidence. Adequate communicative skills of the professionals are highly important in order to give information in a comprehensible and clear manner and to adapt this information to the client. Further research is needed on the implementation of demand-drive care and evidence based practice in daily practice. The nursing care in the elderly suffering from depression can range from supporting, stimulating and/or activating the client during the depression.

VOORWOORD

Deze literatuurstudie heb ik gemaakt als onderdeel van de major 1 van het verdiepingsjaar van de opleiding HBO-V. De literatuurstudie heeft betrekking op het betreffende kwalificatiegebied en vervolgens het onderwerp van de Bachelorthesis. In de literatuurstudie is conceptuele literatuur en onderzoeksliteratuur verwerkt. Gedurende het verdiepingsjaar loop ik stage op afdeling 1A binnen de Mondriaan te Heerlen. Afdeling 1A binnen Mondriaan Heerlen is een open opname afdeling binnen divisie ouderen.

Voor de steun, hulp, inbreng en feedback wil ik graag mijn onderwijsgroep, mijn peer-assessor Nathalie Thijssen, docent Henk van den Biggelaar, collega's van afdeling 1A en mijn werkbegeleidster Marjon Kanters bedanken!

Jessica Dovermann

Landgraaf

April '13

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	2
Summary	3
Voorwoord	4
Inleiding	7
1. Depressieve stoornis	10
1.1. Depressie	10
1.2. Oorzaken	11
1.3. Diagnostiek.....	11
1.3.1. Indeling depressie	12
1.4. Behandeling.....	13
1.4.1. Psychotherapie	13
1.4.2. Farmacotherapie.....	14
1.4.3. Overige Interventies	16
Afsluiting.....	16
2. Verpleegkundige zorg bij depressie.....	17
2.1. Verpleegkundige interventies.....	17
2.2. Het verpleegkundig proces	18
2.2.1. Steunende en structurerende interventies:.....	20
Afsluiting.....	22
3. Vraaggerichte zorg.....	23
3.1. Vraaggerichte zorg	23
Afsluiting.....	25
Nabeschouwing	26
Conclusie	26
Methode.....	26

Discussie.....	27
Zelfreflectie	28
Bronvermelding	30
Bijlage 1. zoekstrategie	32
Bijlage 2. Feedback.....	35
Bijlage 3. Beoordelingsformulier.....	36

INLEIDING

De aanleiding van deze literatuurstudie in major I is de aanloop naar de bachelorthesis. De literatuurstudie heeft betrekking op de specifiek gekozen zorgcategorie, geestelijke gezondheidszorg en wordt vervolgens het onderwerp van de bachelorthesis. Volgens Handoko (2005) zal ongeveer een op de zeven ouderen boven de 65 jaar geconfronteerd worden met een vorm van depressie. Meer dan de helft van de opgenomen cliënten binnen de ouderen psychiatrie lijdt aan een vorm van depressie. Depressie is een veel voorkomende oorzaak van verminderde levenskwaliteit en een verslechtering van functioneren (Veer-Tazelaar et al., 2009). De cliënt die opgenomen is met een depressieve stoornis wordt op de afdeling behandeld door een multidisciplinair team, de hoofdbehandelaar van de cliënt bepaalt het behandelbeleid. Tijdens opname speelt de verpleegkundige een belangrijke rol bij de behandeling van de depressieve cliënt. De kerntaken van de verpleegkundige bestaan uit het ondersteunen, stimuleren en/of activeren van de cliënt. Hierbij coördineert de verpleegkundige de zorg rondom de cliënt. De verpleegkundige voert de interventies uit. De verpleegkundige interventies bij een depressieve cliënt op de afdeling zijn niet theoretisch onderbouwd. Volgens Leistra (2009) wordt ‘verplegen’ als volgt gedefinieerd “De verpleegkundige ondersteund en beïnvloedt beroepsmatig het vermogen van de zorgvrager bij feitelijke en potentiële reacties op gezondheids- en of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op de behandeling of therapie om het evenwicht tussen draagkracht te handhaven of te herstellen.”

Op de afdeling zijn meer dan de helft van de opgenomen cliënten gediagnostiseerd met een depressieve stoornis. In het addendum ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn depressie (2012) wordt beschreven dat er uit een aantal (ook Nederlandse) bevolkingsonderzoeken onder ouderen is gebleken dat bij ongeveer 2% van de ouderen ‘depressie in engere zin’ de ernstige vorm van depressie volgens het classificatiesysteem DSM-IV voorkomt. Het blijkt dat depressieve symptomen veel vaker voorkomen dan door dit percentage wordt gesuggereerd. Lichtere vormen van depressie, ook wel minor depression genoemd, komen voor bij ongeveer 13.5% van de oudere bevolking. Van de bijna 4 miljoen personen boven de 55 jaar in Nederland zijn er per jaar 590.000 (16%) die op een dusdanige manier last hebben van depressieve symptomen dat dit als klinisch relevant kan worden aangemerkt. De prevalentie van alle klinisch relevante depressieve syndromen is 13-14%. De prevalentie van de beperkte depressie lijkt toe te nemen met de leeftijd en die van de depressieve stoornis neemt af met de leeftijd. De meeste cliënten op de afdeling hebben een beperkte depressie, enkele cliënten hebben een ernstige depressie. Bij de cliënten met een ernstige

depressie wordt er gekeken of ze op de afdeling kunnen verblijven, zo niet worden ze op een gesloten afdeling opgenomen.

De verpleegkundige coördineert de zorg rondom de depressieve cliënt, dit in overeenstemming met de behandelaar. De verpleegkundige begeleiding van een depressieve cliënt op de afdeling wordt op eigen verpleegkundig inzicht toegepast. De verpleegkundige stelt een het verpleegplan op, wat van toepassing is op de cliënt. De verpleegplannen op de afdeling zijn niet opgesteld aan de hand van de verpleegkundige diagnose, het probleem wordt algemeen omschreven namelijk depressief beeld. De verpleegproblemen met de daarbij behorende verpleegkundige interventies worden aan de hand van Gordon opgesteld. De verpleegkundige diagnoses zoals; zelfzorgtekort, inadequate probleemhantering, sociaal isolement, verstoorde denkprocessen en risico op zelfverwonding word wel op ingegaan maar wordt beschreven in één verpleegplan per cliënt. Ook ligt er op de afdeling een papier met welke verpleegkundige interventies men kan toepassen bij een cliënt met een depressieve stoornis, hier wordt niet of nauwelijks gebruik van gemaakt. Het zijn algemene interventies die overgenomen zijn vanuit het addendum ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn depressie. De interventies zijn niet specifiek opgesteld voor de afdeling, waardoor ze in een lade zijn beland en de verpleegkundigen hier niets mee doen. De verpleegkundige interventies worden nu op eigen verpleegkundig inzicht toegepast, aan de hand van de gezondheidspatronen van Gordon. De verpleegkundigen maken op de afdeling gebruikt van het meetinstrument HONOS 65+, dit wordt tijdens opname minimaal 3 keer ingevuld (voor, tijdens, na), zodat verandering in klachten in kaart worden gebracht en de behandeling of begeleiding te evalueren. HoNOS staat voor Health of the Nation Outcome Scales en is een meetinstrument. De uitkomst op de HoNOS geeft weer hoe het geestelijk en sociaal functioneren van een cliënt op een bepaald ogenblik is (www.ouderenpsychiatrie.nl, 2011).

Aan de hand van deze literatuurstudie wordt er onderzocht, hoe en welke verpleegkundige interventies de verpleegkundige kan toepassen op de oudere cliënt met een depressieve stoornis. Om aan de meest actuele en passende informatie te komen heb ik de volgende hoofdvraag gesteld: *“Welke verpleegkundige zorg dient aangeboden te worden bij oudere cliënten met een depressieve stoornis waarbij de eigen regie van de cliënt gewaarborgd blijft?”*.

Om deze vraag goed te beantwoorden heb ik de volgende deelvragen gesteld; Wat dient de verpleegkundige over depressie te weten en over de hierbij behandelingsmogelijkheden, welke verpleegkundige interventies kunnen er worden toegepast bij depressie, en hoe kan de verpleegkundige hierbij rekening houden met de eigen regie van de cliënt?

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt depressie bij ouderen beschreven en de behandelingsmogelijkheden.

In hoofdstuk 2 zal worden beschreven wat vraaggestuurde zorg is en hoe deze past bij de verpleegkundige zorg bij een oudere cliënt met depressie.

In hoofdstuk 3 wordt er dieper op de verpleegkundige zorg ingegaan en de verpleegkundige interventies bij ouderen met een depressie.

Tot slot volgt er een nabeschuwing, waarin conclusie, discussie en aanbeveling beschreven worden. Achteraan het document vindt u een persoonlijk reflectieverslag en bronnenlijst.

In de bijlagen die tevens zijn toegevoegd, vindt u de gehanteerde zoekstrategie, feedback van peer-assessor en werkbegeleidster, en het beoordelingsformulier van deze literatuurstudie.

1. DEPRESSIEVE STOORNIS

Volgens Handoko (2005) komt een depressieve stoornis onder (zieke) ouderen relatief veel voor. Ongeveer 1 op de 7 ouderen boven de 65 jaar zal worden geconfronteerd met een vorm van depressie. Depressie leidt bij deze patiëntengroep tot een verhoogde morbiditeit en mortaliteit. Daarnaast is depressie de meest frequente diagnose bij suïcidale ouderen. In dit hoofdstuk zal dan ook aandacht worden besteed aan een depressieve stoornis bij ouderen, oorzaken van een depressieve stoornis, hoe de diagnostiek eruit ziet en de behandeling.

1.1. Depressie

“Depressie is een stemmingsstoornis, gekenmerkt door een sombere stemming, die soms weken of zelfs maanden continu aanwezig is en gepaard gaat met afwijkende gedragingen en lichamelijke klachten” (Pieters & Gooskens, 2009).

Vanuit de dagelijkse praktijk worden twee typeringen van depressie bij ouderen veel gebruikt: de depressieve stoornis (major depression) en de in de appendix van de DSM-IV aangeduide potentiële categorie beperkte depressie (minor depression). Bij de beperkte depressie is er sprake van een of beide kernsymptomen, in aanwezigheid van een of twee bijkomende symptomen, met een maximum van vier in totaal. De beperkte depressie kent dezelfde risicofactoren als de depressieve stoornis, heeft vaak dezelfde effecten voor het algemeen functioneren en leidt tot een verhoogde kans op het ontwikkelen van een ernstige depressie (Lyness et al., 2006)

Bij het vaststellen van een psychische stoornis, baseren hulpverleners zich op de criteria beschreven in de DSM-IV-TR6. De DSM-IV-TR is een handboek waarin gedetailleerd staat beschreven welke verschijnselen/symptomen zich voordoen bij welke psychische aandoening. Volgens de DSM-IV-TR zijn de twee belangrijkste kernsymptomen van een depressie:

- Bijna elke dag en gedurende de hele dag in een sombere of geïrriteerde stemming zijn.
- Weinig interesse in leuke dingen doen of er niet van kunnen genieten.

Van een depressieve episode is sprake wanneer minimaal één van beide kernsymptomen, met inbegrip van de aanvullende symptomen die beschreven staan bij depressie in de DSM-IV-TR, in totaal minimaal vijf van de negen symptomen gedurende zeker twee aaneengesloten weken, het grootste deel van de dag, bijna elke dag aanwezig zijn. Tevens moeten de symptomen duidelijk lijden of belemmering in het sociale, beroepsmatige of andere belangrijke terreinen veroorzaken (Koster van Groos & American Psychiatric, 2001). Internationaal geldt de DSM-IV criteria

als het diagnostisch criterium voor de diagnostiek van psychiatrische ziektebeelden. De criteria voor depressie die beschreven staan in de DSM-IV zijn niet zonder meer geschikt voor de diagnostiek bij ouderen. Deze criteria zijn ontworpen op grond van gegevens van jongvolwassen cliënten. Bij ouderen moet de diagnostiek dan ook meer gebaseerd op gegevens van de heteroanamnese en op het uiterlijk waarneembaar gedrag. In de anamnese dient aandacht te zijn voor de actuele symptomen, de aanleiding, het beloop en zelf-therapie. Lichamelijk onderzoek en oriënterend onderzoek van bloed en urine om lichamelijke oorzaken uit te sluiten, bij ouderen wordt ook gescreend op eventuele symptomen van een (beginnende) dementie. (Beekman et al., 2004; Garenfeld, 2008)

Een depressieve stoornis kan ook blijken uit andere gedragsveranderingen zoals extreem claimend of theatraal gedrag, piekeren, angst en panieklachten. In het artikel Depressieve stemmingsklachten bij ouderen (Garenfeld, 2008) staat dat er in de algemene vakliteratuur wordt beschreven dat ouderen die lijden aan een depressie zich minder vaak somber uiten, maar zich juist vaker presenteren met klachten van lusteloosheid en moeheid. Voorop staan verminderd genieten en teruggetrokkenheid. Zo beschrijft Handoko (2005) in het artikel Behandeling van depressie bij ouderen dat de diagnose depressie vaak wordt gemist en slechts 10-40 % van de depressieve ouderen hiervoor medicamenteus wordt behandeld. En dat een depressie soms wordt verward met dementie.

1.2. Oorzaken

Er is niet één oorzaak voor depressie aan te wijzen. De oorzaak van het ontstaan van een depressie kan voor iedereen anders zijn. Biologische, sociale en psychologische factoren spelen een rol. Zoals bepaalde gebeurtenissen in het leven (overlijden van een dierbare, verlies van werk, huis etc.), genetische achtergrond, persoonlijkheidsproblematiek of lichamelijke klachten. Ook kunnen er neurologische oorzaken zijn, zoals de ziekte van Parkinson. Vaak spelen meerdere omstandigheden een rol. Het is meestal moeilijk om de psychologische oorzaak of aanleiding van een depressie op te sporen. (Pieters & Gooskens, 2009)

1.3. Diagnostiek

Veel mensen gaan ervan uit dat gevoelens van somberheid bij het ouder worden hoort. Het grote probleem is dan ook dat er sprake is van onder diagnostiek. In de eerste lijn in Nederland wordt ongeveer twee derde van de depressies niet herkend. Doordat depressie vaak samen voorkomt met andere ziektebeelden, zoals dementie, de ziekte van Parkinson, diabetes of hart- en vaatziekten,

wordt de diagnostiek bij ouderen bemoeilijkt. Cliënten zelf klagen vaak enkel over de somatische symptomen. Bij de diagnostiek van depressie zijn screeningsinstrumenten, diagnostische interviews en instrumenten om de ernst te bepalen van belang. Een aantal van deze instrumenten zijn specifiek voor ouderen bedoeld zoals, de Geriatric Depression Scale (GDS), de CAMDEX, de Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) en de gedragsobservatieschalen: de BOP en de GIP (Garenfeld, 2008).

1.3.1. Indeling depressie

Een indeling naar ernst en duur wordt altijd gemaakt. Volgens de DSM-IV-TR is er sprake van lichte depressie bij vijf symptomen en van een matig/ernstige depressie bij zes of meer symptomen. Dit onderscheid richt zich op de mate waarin iemand door de depressie beperkt wordt in het dagelijks leven. Bij een niet-ernstige depressie kunnen veel mensen de gewone dagelijkse activiteiten wel doen. De ernst van de depressie kan in de tweede lijn specifieker gemeten worden met een aantal interviews of zelf invullijsten. Depressie kan ingedeeld worden op basis van duur en ernst in verschillende typen:

- Eerste lichte depressie korter dan drie maanden
- Terugkerende lichte depressie
- Lichte eerste depressie langer dan drie maanden
- Eerste matig/ernstige depressie
- Terugkerende matig/ernstige depressie
- Chronische depressie (twee jaar aaneensluitend)

(GGZ, 2008)

Depressie kan vanzelf herstellen. Dit gebeurt bij de helft van alle mensen met een depressie binnen drie maanden. Bij mensen bij wie een depressie langer duurt, herstelt hij na gemiddeld 6 maanden. Dit kan komen door spontaan herstel of door behandeling. Bij ongeveer de helft van alle mensen met een depressie komt de aandoening na verloop van tijd terug. Het risico op een volgende depressie is afhankelijk van het aantal eerdere episoden en de kans op een volgende depressie stijgt bij drie eerdere episoden tot zo'n 80%. Een terugkerende depressie kan in de vorm van langere of kortere episoden gedurende (vele) jaren of zelfs een leven lang zijn. Het kan gaan om lichte tot ernstige depressieve episoden. De episoden van somberheid kunnen elkaar afwisselen met episoden waarin men minder of helemaal niet depressief is. Er zijn ook mensen die voortdurend depressief zijn. Dit gebeurt bij ongeveer 15-20% van de mensen en wordt 'chronische depressie' genoemd, wat wil zeggen dat de klachten langer dan twee jaar aanwezig zijn. Bij terugkerende depressies

bestaat er steeds een kans dat de depressie uiteindelijk een chronische vorm aanneemt (Depressiepreventie, 2011). Uit internationale publicaties is bekend dat het beloop van onbehandelde depressies bij ouderen in de algemene bevolking ongunstig is. In het Nederlands langdurig onderzoek van 6 jaar werd dit beeld bevestigd; slechts 23% van de deelnemers bleek de hele periode in remissie, 12% had na remissie weer een recidief gekregen, 32% had meer dan één remissie gevolgd door een recidief en 32% had een chronisch beloop, dat wil zeggen, bij meer dan 80% van de observaties depressief (Beekman et al., 2004).

1.4. Behandeling

Afhankelijk van de ernst van een depressie zijn er diverse behandelingen mogelijk. “Een goede behandeling van depressie leidt over het algemeen tot zeer goede resultaten” (Pieters & Gooskens, 2009). De behandeling van een depressie bij ouderen verschilt niet wezenlijk van die bij andere volwassenen. Vaak is medicamenteuze behandeling wel meer maatwerk nodig doordat ouderen bijvoorbeeld al diverse geneesmiddelen gebruiken voor andere aandoeningen. “Over de beste behandelingsmethoden specifiek voor ouderen met een depressie is nog geen definitief oordeel te vellen, maar een biopsychosociale invalshoek lijkt de gunstige perspectieven te bieden” (Beekman et al., 2004).

In het artikel depressieve stemmingsklachten bij ouderen (Garenfeld, 2008) wordt beschreven dat er in de multidisciplinaire richtlijn en de NHG standaard voor depressieve stoornissen onderscheid wordt gemaakt tussen een minor en major depressie. Hierin wordt geadviseerd om de behandeling bij lichte depressies in eerste instantie te beperken tot gesprekstherapie en niet-medicamenteuze interventies. Bij de ernstige depressie wordt, ook voor ouderen, farmacotherapie geadviseerd.

1.4.1. Psychotherapie

Psychotherapie dient bij ouderen met een depressie overwogen te worden, op dezelfde gronden als die bij jongere volwassenen. Er zijn vele reviews en meta-analyses gepubliceerd over psychotherapie bij ouderen.

Bij ouderen is een effectgrootte van 0.72 bij psychotherapie vergelijkbaar met die bij jong volwassenen (Cuijpers, van Straten, & Smit, 2006) en doet deze niet onder voor die bij de behandeling met antidepressiva (Pinquart, Duberstein, & Lyness, 2006). Probleemgerichte therapie (PST) is effectief gebleken in diverse randomized controlled trials naar de behandeling van depressie bij ouderen (Landelijk Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de

GGZ, 2008). PST kan als afzonderlijk therapievorm worden gegeven, maar is dikwijls onderzocht als onderdeel van een breder pakket aan interventies. Het addendum Ouderen beveelt PST aan ter overweging als eerste stap bij de psychotherapeutische behandeling van depressies bij ouderen (Landelijk Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008).

Cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt bij ouderen geregeld toegepast, en omvat een systematische methode die er op gericht is om negatieve denkschema's bewust te maken en depressieve mensen positiever te laten denken. De effectiviteit van CGT is nog niet in alle opzichten onderzocht, maar in de praktijk blijkt deze behandelmethode bij grofweg 50% van de cliënten, inclusief ouderen effectief (Garenfeld, 2008).

Interpersoonlijke psychotherapie (IPT) is een therapievorm die gericht is op een meervoudige aanpak. De depressieve symptomen worden hierbij beschouwd als een uiting van een psychiatrische ziekte en IPT wordt meestal toegepast in combinatie met farmacotherapie. IPT is een steun gevende en activerende gesprekstherapie waarbij de nadruk ligt op de communicatiepatronen en het sociale functioneren van betrokkene (Garenfeld, 2008).

Psychodynamische psychotherapie kan worden overwogen bij ouderen met een depressie, in het bijzonder wanneer oplossingsgerichte therapie, cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijk psychotherapie niet effectief is gebleken of niet geïndiceerd. Een Nederlands overzichtsartikel vond 20 onderzoeken naar reminiscentietherapie en life review en daaruit bleek een duidelijk positief effect op depressieve klachten of depressies bij ouderen (Bohlmeijer, Smit, & Cuijpers, 2003). De effectgrootte van 0.84 is vergelijkbaar met die van antidepressiva of bekende psychotherapievormen. Ook bij ernstige depressies bleek reminiscentietherapie effectief.

1.4.2. Farmacotherapie

Een opvallend verschil ten opzichte van jongere volwassenen is dat depressies bij ouderen niet alleen minder vaak herkend, maar na herkenning ook minder adequaat worden behandeld. De in Nederland beschikbare antidepressiva kunnen worden ingedeeld in verschillende groepen.

Indien farmacotherapeutische behandeling van depressieve stemmingsklachten aan de orde is start men doorgaans met een SSRI. Bij depressieve stemmingsklachten in combinatie met angst/panieklachten en/of obsessief compulsieve symptomen hebben SSRI's de voorkeur. Een nadeel van SSRI's zijn de serotonerge bijwerkingen, parkinsonisme, hyponatriemie en remming van de

trombocytenaggregatie. Bij onvoldoende effect na 4-6 weken kan men een andere SSRI overwegen of een middel uit groep 2 inzetten. Vooral venlafaxine zou effectiever zijn bij ernstige depressies. Mitrazepine heeft hypnosedatieve effecten en kan eventueel worden gecombineerd met een SSRI. Bij ernstige depressies blijken de groep 3 middelen effectiever dan de groep 1 of 2 middelen (Garenfeld, 2008). In een grootschalige studie (Kok, Nolen, & Heeren, 2009) werden er geen belangrijke verschillen in effectiviteit bij ouderen gevonden tussen de verschillende antidepressiva. Wel werden er minder uitvallers onder SSRI gebruikers gevonden, vanwege minder bijwerkingen. Bij klinisch opgenomen ouderen werden eveneens geen belangrijke verschillen tussen venlafaxine en nortryptiline gevonden. Bij obsessief compulsieve symptomen heeft clomeripramine een meerwaarde indien SSRI's onvoldoende effect sorteren. Bij tricyclische antidepressiva bestaat meestal een goed relatie tussen serumspiegel en effect, zodat deze middelen kunnen worden ingesteld aan de hand van spiegelcontrole. Een nadeel voor ouderen vormen de bijwerkingen van anticholinerge en alfa-adrenerge aard (tensiedaling of cardiale geleidingsstoornissen). Het tricyclisch antidepressivum van keuze bij ouderen is nortryptiline. (Garenfeld, 2008)

<i>Groep 1: SSRI's</i>	• Citolapram • Paroxetine • Sertraline • Trazodon
<i>Groep 2:</i>	• Mitrazepine • Venlafaxine
<i>Groep 3: Tricyclische middelen</i>	• Amitriptyline • Clomipramine • Nor-tryptiline
<i>Groep 4: stemmingsstabilisatoren</i>	• Lithiumcarbonaat • Lithiumcitraat • Valproïnezuur • Carbamazepine
<i>Groep 5: MAO-remmers</i>	• MAO-a remmer: moclobemide • MAO-a+b remmer: tranylcypromine
<i>Groep 6: specifieke norepinephrine/dopamine heropnameremmers</i>	• Bupropion

Tabel 1: Groepen van antidepressiva medicatie en enkele voorbeelden (Garenfeld, 2008)

Ouderen met een depressie krijgen dikwijls benzodiazepinen in plaats van antidepressiva, en als ze wel antidepressiva krijgen gebeurt dit veelvuldig in een te lage dosis. Uit verschillende reviews die gepubliceerd zijn over de effectiviteit en bijwerkingen van antidepressiva bij ouderen (Mottram, Wilson, & Strobl, 2009; Wilson, Mottram, Sivanranthan, & Nightingale, 2001). Uit deze 2 artikels kan geconcludeerd worden dat antidepressiva even effectief zijn bij ouderen als bij jongere volwassenen.

Bij therapie-resistentie voor een middel uit groep 1 t/m 3 kan toevoegen van een lithiumzout of lamotrigine worden overwogen. Alle overige groep 4 middelen hebben alleen toepassing bij bipolaire stemmingsstoornissen. In uitzonderingssituaties kunnen klassieke MAO-remmers worden voorgeschreven. Daarbij is een strikt tyramine-arm dieet noodzakelijk. De toepassing van middelen uit groep 4 en 5 is zeker niet zonder risico en kan daarom het beste onder specialistische begeleiding worden uitgevoerd (Garenfeld, 2008).

1.4.3. Overige Interventies

Uit een systematische review naar het effect van beweging op depressie bij ouderen concludeerde op basis van dertien randomized controlled trials dat beweging effectief is bij zowel de depressieve stoornis als bij de beperkte depressie en bij het reduceren van depressieve symptomen (Sjösten & Kivelä, 2006). Er moet wel beoordeeld worden of de oudere client voldoende belast kan worden om deel te kunnen nemen aan bewegingstherapie. Bewegingstherapie is een uitermate geschikte vorm van een minimale interventie omdat deze therapie relatief eenvoudig is.

Afsluiting

In dit hoofdstuk werd beschreven wat depressie inhoudt bij de oudere cliënt en de behandelingsmogelijkheden. Depressie is een van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen bij ouderen. Hoewel er veel wetenschappelijke onderzoeken zijn verricht naar depressie bij ouderen, betreft het grootste deel van dit onderzoek 'jongere' ouderen tot 75 jaar. De diagnostiek van depressie bij ouderen wordt bemoeilijkt door de frequente aanwezigheid van cerebrale en andere lichamelijke klachten. Hierdoor is het van belang organische factoren zoals lichamelijke ziekte, cognitief disfunctioneren en medicijn- en middelengebruik te betrekken in de diagnostiek en het behandelbeleid van depressie. De behandeling van depressie bij ouderen vraagt dan ook bij uitstek een multidisciplinaire benadering. Antidepressiva zijn bij ouderen even effectief als bij jongere volwassenen. Bij lichte tot matig ernstige depressie zijn de bewezen vormen van psychotherapie ook geschikt voor ouderen.

In het volgende hoofdstuk zal de verpleegkundige zorg bij ouderen met een depressie worden beschreven. Tijdens de opname van een oudere cliënt met een depressie werken de hulpverlener en de cliënt samen, en het nemen van beslissingen gebeurt in overleg met de cliënt. Voor de verpleegkundige is de cliënt het uitgangspunt en zelfs richtpunt voor de hulpverlening.

2. VERPLEEGKUNDIGE ZORG BIJ DEPRESSIE

De kerntaken van de verpleegkundige bestaan uit het ondersteunen, stimuleren en/of activeren van de cliënt. Hierbij coördineert de verpleegkundige de zorg rondom de cliënt. De verpleegkundige voert de interventies uit. Volgens Leistra (2009) wordt ‘verplegen’ als volgt gedefinieerd “De verpleegkundige ondersteund en beïnvloedt beroepsmatig het vermogen van de zorgvrager bij feitelijke en potentiële reacties op gezondheids- en of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op de behandeling of therapie om het evenwicht tussen draagkracht te handhaven of te herstellen.”

2.1. Verpleegkundige interventies

Combinaties van psychotherapie, medicamenteuze behandeling en verpleegkundige begeleiding bleken effectief, afhankelijk van de ernst van de depressie (Katon et al., 1996).

Op het gebied van de begeleiding in klinisch-psychiatrische setting van depressieve ouderen is geen onderzoek bekend naar de effectiviteit hiervan. De literatuur beperkt zich hoofdzakelijk tot ‘how-to-do’-artikelen waar interventies vanuit andere theorieën beredeneerd worden. In de Nederlandstalige literatuur worden nog weinig wetenschappelijke artikelen over de effectieve begeleiding van depressieve ouderen door verpleegkundigen aangetroffen.

De meeste literatuur met betrekking tot verpleegkundige interventies bestaat tot nu toe uit reviews en dwarsdoorsnedeonderzoeken (Landelijk Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008).

De belangrijkste activiteiten die verpleegkundigen kunnen ondernemen volgens het addendum MDR ouderen (2008) om de individuele depressieve patiënt (ambulant of opgenomen) te ondersteunen in het dagelijkse leven, zijn:

- Crisis/suïcidepreventie: het toepassen van een (crisis) signalerings/interventieplan en begeleidende interventies gericht op het bieden van veiligheid
- Steunende begeleiding: gesprekken en activiteiten gericht op praktische en mentale ondersteuning van de oudere, waaronder het bieden van troost, het verlichten van lijden, het helpen maken van keuzes en coaching
- Structurerende begeleiding: gesprekken en activiteiten gericht op ordening in tijd, ruimte en het creëren van veiligheid
- Activerende begeleiding: gesprekken en activiteiten gericht op het stimuleren van fysieke inspanning, beweging en het verdelen van energie
- Advisering: ondersteunende gesprekken met een probleemoplossend karakter

- Versterking of uitbreiding van het sociale netwerk
- Systeembegeleiding, ondersteuning mantelzorg bevorderen therapietrouw: observatie en begeleiding medicatiegebruik en -effecten, controle op bijwerkingen bewaken verantwoord niveau van zelfzorg (waaronder de algemene en de bijzondere dagelijkse levensverrichtingen), lichamelijke conditie, voedingstoestand, vochthuishouding, slaap-waakritme
- Rehabilitatieactiviteiten
- Praktische hulp: het (tijdelijk) overnemen of doen overnemen van praktische activiteiten die voor de depressieve oudere onoverkomelijk lijken (boodschappen, kleine reparaties, huisdier verzorgen)
- Sociale vaardigheidstraining
- Psycho-educatie
- Het toepassen van middelen en maatregelen: zorg bieden in een juridisch geregelde context
- Zorgbemiddeling en zorgcoördinatie
- Transferbemiddeling
- Pleitbezorging: bemiddeling en mediatie in conflictsituaties
- Bemoeizorg: assertieve begeleiding bij zorgwekkende zorgmijding
- Verwenzorg: emotioneel en materieel liefdevolle zorg bij langdurige affectieve deprivatie

2.2. Het verpleegkundig proces

Het verpleegkundig proces wordt beschouwd als de wetenschappelijke methodiek voor de verpleegkundige zorgverlening, en is onder te verdelen in vijf stappen:

1. Verpleegkundige anamnese: het verzamelen en vastleggen van gegevens over de cliënt.
2. Analyse: het bepalen van de zorgbehoeften van de cliënt (de verpleegkundige diagnose) en het vaststellen van de verpleegdoelen.
3. Planning: het bepalen van een strategie om de vastgestelde verpleegdoelen te bereiken.
4. Uitvoering: het toepassen van de benodigde verpleegkundige interventies om de vastgestelde verpleegdoelen te bereiken.
5. Evaluatie: het beoordelen van de effectiviteit van de verpleegdoelen, en waar nodig deze bijstellen.

Het doorlopen van deze vijf stappen biedt de verpleegkundige een methodisch kader om beslissingen te nemen en problemen op te lossen die hij in de verpleegkundige praktijk tegenkomt (Boer, 2003).

Tijdens het afnemen van de verpleegkundige anamnese dient er onder andere aandacht te worden besteed aan onderwerpen zoals slaappatroon, voedingspatroon, activiteitenpatroon en zelfbeleving. Een anamnese volgens de gezondheidspatronen van Gordon leent zich hier goed voor. Dit geeft een duidelijk beeld van de cliënt op zowel somatisch, psychisch als sociaal gebied. Het kan soms erg lastig zijn om symptomen van een depressie te signaleren. Bovendien voldoen zij ten gevolge van de lichamelijke ziekte tevens aan andere criteria van een depressie (bijvoorbeeld gewichtsverlies, verminderde eetlust, vermoeidheid). Het is daarom belangrijk om, bij vermoedens van een depressie, actief te observeren en te vragen of de cliënt:

- Zich somber voelt
- Nog plezier ervaart in bepaalde activiteiten zoals bezoek van familie
- Zich goed kan concentreren
- Voldoende slaapt
- Voldoende eet en drinkt, en of het smaakt
- Vaak en veel piekert
- Wel eens denkt aan de dood of zelfdoding overweegt

Alleen door over deze onderwerpen in gesprek te gaan met de cliënt krijgt de verpleegkundige voldoende zicht op het aanwezig zijn van een depressie en kan de verpleegkundige zorgdragen voor een adequate behandeling (Pieters & Gooskens, 2009).

De verpleegkundige diagnostiek is een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundige proces en hoort bij de tweede stap (analyse) waarin de verpleegkundige ‘de menselijke reacties op feitelijke of dreigende gezondheidsproblemen vaststelt’. Deze gegevens worden verzameld tijdens het anamnesegeprek. Aan de hand hiervan word een verpleegkundige diagnose gesteld, deze bestaat uit drie onderdelen die worden aangeduid met de PES-formule. Het verpleegkundige proces wordt uitgewerkt in een verpleegplan. Naast de verpleegkundige diagnose worden hierin de verpleegdoelen en de verpleegkundige interventies beschreven. Wanneer bepaalde verpleegplannen vaak voorkomen en algemeen toepasbaar zijn, kunnen standaard verpleegplannen ontwikkeld worden (Boer, 2003). Brandt-Dominicus (2005) benoemt dat de verpleegkundige interventies geformuleerd worden nadat de diverse verpleegproblemen en de bijpassende SMART-doelen vast zijn gesteld. De nadruk wordt gelegd op SMART-doelen, zodat er kleine successen geboekt kunnen worden. Ook benoemt Brandt-Dominicus (2005) dat de verpleegproblemen en de daarbij behorende interventies beperkt moeten worden tot de meest voorkomende. Lage zelfwaardering, suïcidaliteit, onvoldoende vocht/voedsel opnamen en lichamelijke verzorging,

verstoring dag/nacht ritme, hopeloos- en/of machteloosheid, angst en sociaal isolement zijn de meest voorkomende verpleegproblemen.

Met behulp van de zorgprogrammering wordt in de laatste jaren het verpleegkundig handelen uniform vastgelegd. Dit zorgt ervoor dat het mate van vergelijkbaarheid wordt vergroot. Hierdoor wordt er methodisch gewerkt vanuit een specifiek denkkader, bijvoorbeeld het cognitieve gedragstherapie. Deze manier van werken komt volgens Brandt-Dominicus (2005) binnen enkele instellingen in Nederland voor.

Volgens Huyser (2008) kent de verpleegkundige binnen de behandeling van cliënten met een depressie verschillende aspecten. De verpleegkundige:

- Verleent basale zorg rondom de ‘activiteiten van het dagelijkse leven’ (ADL)
- Verleent somatische zorg
- Steunt de cliënt, biedt een luisterend oor
- Heeft een coachende rol, dat wil zeggen dat de autonomie en zelfredzaamheid van de cliënt als belangrijk wordt beschouwd, de zelfzorg wordt zo min mogelijk overgenomen, de verpleegkundige houding is vaak meer adviserend dan ‘opleggend’.
- Legt nadruk op de graduele taaktoekenning: einddoelen worden opgedeeld in sub-delen, stap voor stap wordt aan het bereiken van een doel gewerkt, niet te snel en niet teveel tegelijk.
- Heeft een voorbeeld- en pedagogische functie als het gaat om omgaan met jezelf, met anderen, met het leefklimaat.

2.2.1. Steunende en structurerende interventies:

Als verpleegkundige vormt begeleiding een belangrijk onderdeel van het werk. Begeleiding is echter meer van praktisch ondersteunend van aard en leunt aan tegen alledaagse, maar niet minder belangrijke steun. Psychotherapie heeft een meer systematisch karakter en geschiedt vanuit een theorie die is onderbouwd door wetenschappelijk onderzoek. Dat begeleiding en psychotherapie nauw met elkaar in overeenstemming zijn blijkt uit het feit dat basis vaardigheden voor begeleiding, ook wezenlijk zijn voor psychotherapeutische behandeling (Landelijk Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008).

Belangrijk voor begeleiding is dat men beschikt over de drie basisvaardigheden empathie, warmte en echtheid. Een depressieve zorgvrager die in de problemen zit heeft voor alles iemand nodig die zich wil en kan inleven in zijn situatie, iemand die een klimaat kan scheppen waarin de oudere

zich geborgen en vrij voelt en die echte, gemeende belangstelling kan tonen. Als verpleegkundige straal je vertrouwen uit in de behandeling en probeer deze over te brengen. Daarnaast is het hebben van creativiteit een belangrijke eigenschap, om zo de depressieve zorgvrager de controle over hun leven te geven. Vooral het laten oppakken van bezigheden die enige inzet en inspanning vergen lenen zich hier goed voor.

Een goede werkrelatie is van groot belang, het is een absolute voorwaarde om aan vooruitgang te kunnen werken. Het is zelfs belangrijker dan het beheersen van therapeutische technieken. Een goede werkrelatie is het eerste doel in een begeleidings/behandelcontact.

Het opbouwen van een goede relatie zit vaak in kleine dingen, bijvoorbeeld het op een juiste manier aanspreken van zorgvrager (Huyser, 2008)

Structuur aanbrengen

Bij depressieve mensen is structuur vaak afwezig. Het leven is een chaos geworden. Zodra de verpleegkundige een goede werkrelatie heeft opgebouwd met de cliënt, kan de verpleegkundige de zorgvrager weer een zeker ritme in zijn leven toepassen. Belangrijke redenen: Gebrek aan structuur leidt vaak tot een sociaal isolement, men gaat positiever over zichzelf denken wanneer men iets heeft ondernomen en komt de eigenwaarde ten goede. Bezigheden zorgen ervoor dat de stemming wat opklaart. Een vast ritme aanbrengen gaat in kleine stapjes en is niet van de ene op de andere dag te bewerkstelligen. Een bruikbare methode is om te beginnen met een aantal vaste dagelijkse activiteiten zoals, vaste tijd opstaan, wassen/douchen, etenstijden enz. doorneemt en vervolgens probeert tot een afspraak te komen. Bij het volgende contact kan men terug kijken hoe het gegaan is. Wanneer blijkt dat het gelukt is kan men de volgende stap zetten, complimenteren en bekrachtigen bevordert het zelfrespect. Wanneer het echter niet gelukt is probeert men met de zorgvrager na te gaan waarom het niet gelukt is. Een belangrijk uitgangspunt bij het aanbrengen van structuur is dat de verpleegkundige het in samenspraak met de zorgvrager doet (Pieters & Gooskens, 2009).

Sociale begeleiding

Depressie ontregelt het leven. Ernstig depressieve mensen verwaarlozen hun huis, administratie, financiën en hun sociale contacten. Voor deze zorgvrager is het bieden van praktische maatschappelijke hulp of begeleiding belangrijk. Het heeft meestal geen zin als verpleegkundige reparatiewerk te gaan verrichten en te proberen beide partijen weer bij elkaar te brengen, er is vaak te veel gebeurd en de kloof te groot. Hulpverlening aan de familie bestaat uit voorlichting over depressie, en steunende begeleiding, zoals persoonlijke aandacht geven, eerlijkheid, het betrekken

van de familie bij de behandeling en belangrijke beslissingen (Van Gelderen, Grundmeijer, Licht-Strunk, Van Marwijk, & Van Rijswijk, 2012).

Aandachtspunten

Tijdens het toepassen van verpleegkundige interventies kunnen er mogelijk overdrachts- en tegenoverdrachtsgevoelens optreden. De verpleegkundige kan te maken krijgen met eigen gevoelens van onmacht te opzichte van de cliënt. Tijdens een depressie kunnen cliënten claimend zijn in hun gedrag, zich afhankelijk opstellen, regressief gedrag vertonen of geagiteerd zijn. Als verpleegkundige dien je hier met een professionele attitude op te reageren, en niet in de tegenoverdracht te gaan (Pieters & Gooskens, 2009).

Afsluiting

Het verpleegkundige proces wordt beschouwd als de wetenschappelijke methodiek voor de verpleegkundige zorgverlening. Tijdens opname van een depressieve cliënt draagt de verpleegkundige de verantwoordelijkheid over het verpleegkundig proces van de opgenomen cliënt. En doorloopt vijf stappen tijdens dit proces. De verpleegkundige voert het anamnese gesprek aan de hand van de 11 gezondheidspatronen van Gordon, het verzamelen en vaststellen van gegevens over de cliënt. Vervolgens gaat de verpleegkundige analyseren en aan de hand van de zorgbehoeften van de cliënt stelt de verpleegkundige de verpleegkundige diagnose en de verpleegdoelen. Hierna stelt de verpleegkundige de strategie op om de vastgestelde verpleegdoelen te bereiken. Tijdens de uitvoering worden de verpleegkundige interventies toegepast om de verpleegdoelen te bereiken en deze worden na verloop van tijd geëvalueerd om de effectiviteit van de verpleegdoelen en waar nodig deze bijstellen. Tijdens het doorlopen van dit proces biedt de verpleegkundige een methodisch kader om beslissingen te nemen en problemen op te lossen die ze in de verpleegkundige praktijk voorkomen. Verpleegkundige interventies bij een depressieve cliënt kunnen variëren van ondersteunen, stimuleren en/of activeren van de cliënt tijdens de depressie. Maar ook sociale begeleiding van cliënt als familie is belangrijk. Deze begeleiding bestaat uit voorlichting over depressie, en steunende begeleiding, zoals persoonlijke aandacht geven, eerlijkheid, het betrekken van de familie bij de behandeling en belangrijke beslissingen. Om de regie bij de cliënt te houden, kan de verpleegkundige vraaggestuurde zorg leveren. In het volgende hoofdstuk zal hier verder op ingegaan worden.

3. VRAAGGERICHTE ZORG

In Nederland is de volwaardige participatie van (chronisch) zieken uitdrukkelijk het uitgangspunt van beleid. Mensen met een (chronische) ziekte zijn vaak van behandeling en zorg afhankelijk. Voor hen is de kwaliteit van zorg van grote betekenis voor de kwaliteit van leven. Als de cliënt uitgangspunt en zelfs richtpunt is voor de hulpverlening spreken we van vraaggerichte of patiënt / cliëntgerichte zorg, waarbij de hulpverlener samen met de cliënt beslissingen nemen. (Beurskens, 2007)

3.1. Vraaggerichte zorg

Andere namen voor vraaggerichte zorg zijn bijvoorbeeld cliëntgecentreerde zorg, behoeftegestuurde zorg, vraaggestuurde zorg of shared decision making. Het werken volgens evidence based practice en vraaggericht werken lijken een paar apart: enerzijds dienen hulpverleners hun werkwijze te onderbouwen met wetenschappelijk onderzoek, anderzijds brengen cliënten steeds nadrukkelijker hun eigen wensen en voorkeuren naar voren (Beurskens, 2007).

In de definitie van EBP, heeft zowel de rol van evidence als de patiënt een plaats.

“De praktijk van EBP impliceert het integreren van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. De voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt spelen bij de besluitvorming een centrale rol” (Offringa, Scholten, & Assendelft, 2008)

Anderzijds als we kijken naar de definitie van vraaggerichte zorg, zien we dat de rol van evidence ook een plaats krijgt: *“Vraaggerichte zorg is een gezamenlijke inspanning van cliënt en hulpverlener die erin resulteert dat de cliënt hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden” (Zorg, 1988)*

Bij het toepassen van de evidence bij een individuele cliënt is een vertaalslag nodig omdat evidence verzameld wordt bij groepen. Er is nog niet veel onderzoek gedaan, naar hoe de vraaggerichtheid in de zorg bevorderd kan worden tijdens het besluitvormingsproces en de behandeling. Aanbevolen wordt hier meer onderzoek naar te doen (Beurskens, 2007).

De mate waarin cliënten willen en kunnen participeren in de zorg is afhankelijk van de specifieke mogelijkheden, wensen, behoefte en situatie van de patiënt. Maar ook van zijn aandoening, waarbij de duur van de aandoening een belangrijke rol speelt. Mensen met chronische ziekten en

hun omgeving bouwen in de loop van hun ziekte door hun ervaring veel deskundigheid op. Hun voorkeuren en wensen spelen dan ook een centrale rol in het zorgproces. Schoot (2006) heeft onderzoek uitgevoerd naar de ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden met cliëntgecentreerde zorg in de dagelijkse praktijk. Het blijkt dat verzorgenden hiermee op verschillende manieren omgaan er blijken diverse strategieën te bestaan:

- *Pleasen*: de cliënt super centraal stellen en doen wat hij vraagt.
- *Zich distantiëren*: zich puur richten op de uitvoering van de taken die opgedragen zijn en die moeten gebeuren.
- *Sturen*: dominant handelen door de zorgverlener.
- *Dialog*: zorgverleners zijn zich bewust van al hun verantwoordelijkheden en kiezen voor het actief oppakken van botsende verantwoordelijkheden.

De dialoog kwam in het onderzoek van Schoot (2006) als een effectieve strategie naar voren waarbij de verpleegkundige tevredenheid ervaart. Om in dialoog te kunnen gaan met de cliënt zijn communicatieve vaardigheden van belang. Hulpverleners kunnen cliënten stimuleren om de zorg in dialoog vorm te geven, maar als cliënten dit niet willen of kunnen zijn de andere strategieën in die situaties mogelijk geschikter. Verpleegkundigen gaan een professionele relatie aan met cliënten. In dat contact spelen begrippen als warmte, echtheid en empathie een belangrijke rol. Het zoeken naar aansluiting bij de leefwereld van cliënten en het luisteren naar hun verhaal, maakt verdere groei naar gezondheid mogelijk (Frederiks & te Wierik, 2004). Al deze eigenschappen zijn belangrijk, maar zij maken de zorg die verpleegkundigen bieden nog niet vraaggericht. Van Diest (2002) beschrijft zes criteria die van toepassing zijn op het primaire proces.

1. *Gelijkwaardigheid*: De hulpverlener gaat een gelijkwaardige en respectvolle hulpverleningsrelatie aan met de cliënt, waarbij hij de cliënt ruimte geeft om zijn ervaringskennis in te brengen.
2. *Behandelingsovereenkomst*: De hulpverlener stelt samen met de cliënt een behandelovereenkomst op waarin alle afspraken zijn vastgelegd. De hulpverlener en de cliënt houden zich aan deze overeenkomst. De behandelovereenkomst kan op elk gewenst moment worden aangepast, mits beide partijen daarmee akkoord gaan.
3. *Voorlichting op maat*: De hulpverlener zorgt ervoor dat de cliënt in alle stadia van het primaire proces beschikt over objectieve informatie over de ervaren klachten van de cliënt, het zorgaanbod van de instelling, de inhoud van de zorg en andere zorgmogelijkheden binnen en buiten de instelling.

4. *Integrale probleemverkenning*: De hulpverlener exploreert de hulpvraag vanuit het referentiekader van de cliënt, hierbij wordt aangesloten bij diens sociaal-culturele context, cognitieve vaardigheden, mogelijkheden, verwachtingen en behoeften.
5. *Individueel zorgaanbod*: De hulpverlener zorgt ervoor dat de gerealiseerde hulp aansluit bij de vraag van de cliënt. Indien de cliënt van mening is dat de geboden zorg niet (meer) passend is, is de hulpverlener verantwoordelijk voor de realisering van andere zorg binnen of buiten de instelling. Cliënten hebben vrije keuze in behandelaar en behandellocatie.
6. *Wilsbeschikking*: De mogelijkheid tot het aangaan van een zelfbeschikkingscontract of crisiskaart en het vastleggen van een wilsverklaring is een vast onderdeel van het hulpverleningsproces.

Afsluiting

Verpleegkundigen en (para) medici kunnen de autonomie en participatie van mensen met een (chronische) ziekte bevorderen door goed te luisteren naar cliënten. Dit kan bewerkstelligd worden door goed te luisteren naar cliënten, gebruik te maken van hun ervaringskennis en hen te informeren over mogelijke behandelopties met bijbehorende evidence. Goede communicatieve vaardigheden van de professionals zijn van groot belang om de informatie op een begrijpelijke en overzichtelijke wijze te geven en deze af te stemmen op de cliënt. Verder onderzoek is nodig naar de implementatie van vraaggerichte zorg en evidence based practice in de dagelijkse praktijk.

NABESCHOUWING

In deze nabeschuwing wordt de conclusie beschreven als antwoord op de hoofdvraag en de hierbij behorende deelvragen die vooraf en tijdens het maken van deze literatuurstudie zijn opgeteld. Daarnaast zijn er discussies te vinden van de onderzoeksresultaten en gebruikte methoden. Aansluitend treft u de aanbevelingen en de reflectie volgens Korthagen.

Conclusie

Als conclusie op de hoofdvraag: *“Welke verpleegkundige zorg dient aangeboden te worden bij oudere cliënten met een depressieve stoornis waarbij de eigen regie van de cliënt gewaarborgd blijft?”* en de deelvragen heb ik het geheel middels conceptuele- en onderzoeksliteratuur kunnen beantwoorden.

Ik kan stellen dat de diagnostiek van depressie bij ouderen wordt bemoeilijkt door de frequente aanwezigheid van cerebrale en andere lichamelijke klachten. Hierdoor is het van belang organische factoren zoals lichamelijke ziekte, cognitief disfunctioneren en medicijn- en middelengebruik te betrekken in de diagnostiek en het behandelbeleid van depressie. De behandeling van depressie bij ouderen vraagt dan ook bij uitstek een multidisciplinaire benadering. Antidepressiva zijn bij ouderen even effectief als bij jongere volwassenen. Daarnaast is bewezen dat psychotherapie een geschikte behandeling voor ouderen met een lichte tot matig ernstige depressie is.

Door vraaggestuurde zorg toe te passen kunnen verpleegkundigen de autonomie en participatie van mensen met een depressie bevorderen. Dit kan bewerkstelligd worden door goed te luisteren naar cliënten, gebruik te maken van hun ervaringskennis en hen te informeren over mogelijke behandelopties met bijbehorende evidence. Goede communicatieve vaardigheden van de professionals zijn van groot belang om de informatie op een begrijpelijke en overzichtelijke wijze te geven en deze af te stemmen op de cliënt. De rol van de verpleegkundige binnen de behandeling van depressieve cliënten kent verschillende aspecten. Legt nadruk op de graduele taaktoekenning: einddoelen worden opgedeeld in sub-delen, stap voor stap wordt aan het bereiken van een doel gewerkt, niet te snel en niet teveel tegelijk.

Methode

Om de hoofd- en deelvragen te beantwoorden, is er gezocht naar zowel onderzoeksliteratuur als conceptuele literatuur. Er is naar literatuur gezocht vanaf maart 2012 t/m april 2013. Hierbij is gebruik gemaakt van de volgende zoektermen: depressie, ouderenzorg, zelfmanagement, eigen

regie, etc. Voor een volledig overzicht van zoektermen zie bijlage 1: Zoekstrategie literatuur. De volgende bronnen en databases zijn gebruikt: Bibliotheek van Hogeschool Zuyd, de online database Pubmed, Cinahl, Google Scholar, de online database Springerlink en de vakbibliotheek. Gehanteerde inclusiecriteria zijn: Full-tekst artikelen, artikelen gepubliceerd tussen 2007 en 2013, Nederlands of Engelstalige artikelen, betreffende patiënten in de psychiatrie of ouderenzorg. Gehanteerde exclusiecriteria zijn: literatuur bij voorkeur niet ouders dan 5 jaar en betreffende patiënten in somatische zorg/ouderenzorg. De gevonden artikelen zijn eerst globaal beoordeeld op titel en inhoud. Als ze voldeden aan in- en exclusiecriteria werden ze grondig doorgelezen om erachter te komen of hoofd- en/of deelvragen werden beantwoord. Bruikbare informatie is in verschillende hoofdstukken verdeeld. Artikelen ouder dan 5 jaar die toch relevant bleken te zijn, zijn alsnog toegevoegd aan het document. Ook is er gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode: literatuur zoeken door middel van bronvermelding in andere literatuur. Doordat er in meerdere bronnen dezelfde informatie gegeven werd/onderzocht is, kan er gesteld worden dat de informatie betrouwbaar is. Bij de verpleegkundige interventies bij depressie gaf de addendum MDR depressie aan dat hier weinig tot geen onderzoek heen is gedaan en dat het voornamelijk 'how-to-do' artikels zijn of reviews.

Discussie

Diverse literatuur werd met elkaar vergeleken, waarbij veel onderzoeken elkaar ondersteunden. Hierdoor ben ik van mening dat de resultaten valide zijn. Er zijn geen onderzoeken die elkaar tegenspreken. Recentere artikelen lijken 'oudere' literatuur te verfijnen, door onderwerpen nader te bekijken. Recente literatuur werd onderzocht en vergeleken naar de verpleegkundige interventies bij ouderen met een depressieve stoornis. Op het gebied van de begeleiding in klinisch-psychiatrische setting van depressieve ouderen is nauwelijks wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effectiviteit hiervan. De literatuur beperkt zich hoofdzakelijk tot 'how-to-do'-artikelen waar interventies vanuit andere theorieën beredeneerd worden. De meeste literatuur met betrekking tot verpleegkundige interventies bestaan uit reviews en dwarsdoorsnedeonderzoeken. Waardoor ik van mening ben dat de resultaten met betrekking tot de verpleegkundige interventies, wel bruikbaar zijn ondanks dat ze niet wetenschappelijk onderbouwd zijn door middel van wetenschappelijke onderzoeken. Dit ook omdat de verpleegkundige interventies ook beschreven staan in het addendum MDR ouderen (2008).

Zelfreflectie

Fase 1 Handelen:

In Februari ben ik begonnen op de open opname afdeling 1A van divisie ouderen. In overleg met mijn werkbegeleidster hebben we gekeken wat en welk onderwerp ik mij tijdens het verdiepingsjaar mee ga bezig houden, omdat depressie veel voorkomt op de afdeling en hieromtrent nog niets voor de verpleegkundigen op de afdeling is heb ik tijdens de literatuurstudie hierin verdiept. Voordat ik begon aan het schrijven van deze literatuurstudie, heb ik enkele weken alleen gezocht naar bronnen en hieruit relevante literatuur geselecteerd. Naar aanleiding van de gevonden informatie heb ik een hoofdstuk indeling gemaakt en enkele deelvragen toegevoegd. Opvallend tijdens deze literatuurstudie was dat er erg veel informatie te vinden was over depressie bij ouderen maar niet over de verpleegkundige begeleiding en interventies. Literatuur uit de algemene gezondheidszorg heb ik niet gebruikt. Bij het schrijven van de hoofdstukken heb ik gekeken of de deelvragen beantwoord werden en of de informatie in de literatuurstudie volledig was. Als dit zo was heb ik niet meer verder gezocht naar andere bronnen. Uiteindelijk heb ik een indeling met een logische volgorde, niet teveel informatie en wel volledig in zijn informatie.

Fase 2 Terugblik op handelen:

Doordat een literatuurstudie anders is dan een leertaak, ben ik tijdens de uitwerking hiervan zoekende geweest naar de juiste methode om alle onderdelen van deze literatuurstudie te schrijven. Ik ben dan ook nog onzeker of het resultaat conform de gestelde eisen is neergezet. Tijdens het schrijven van mijn literatuurstudie teruggeblikt op het voorgedragen college over het schrijven van een literatuurstudie, zoals op blackboard staat weergegeven, heb ik groepsgenoten geraadpleegd en de beoordelingslijst gehanteerd. Daarbij heb ik gebruik gemaakt van het aanbod van mijn docentbegeleider om de inleiding te beoordelen. Dit heeft tot diverse inzichten bij mij geleid bij de formulering, dit heb ik als erg prettig ervaren. Motivatie is deze periode voor het eerst een knelpunt geweest bij de uitvoering van de literatuurstudie. Nadat ik bij mezelf de knop om heb gezet en besloten had om er weer volledig voor te gaan, kreeg de literatuurstudie al snel veel vorm. Uiteindelijk heb ik ondanks alle stress de literatuurstudie op tijd af. De manier waarop ik tewerk ben gegaan vond ik gestructureerd en prettig. Ik heb veel bruikbare informatie/bronnen gevonden.

Fase 3 Bewustwording van de voorgaande aspecten

Motivatatie is nog niet eerder een knelpunt geweest in de uitvoering van mijn opdrachten, ik denk dat het er mee te maken had dat ik erg onzeker was over hoe en wat tijdens het schrijven van een

literatuurstudie. Maar door de hulp van de groepsgenoten van de OWG en mijn tutor. Heb ik uiteindelijk toch de knop om kunnen zetten en de literatuurstudie kunnen schrijven en denk dat deze literatuurstudie een goede voorbereiding is op de bachelorthesis.

Fase 4 Formulering handelingsalternatief

Ik ben blij dat ik mijn motivatie heb weten terug te vinden. Als ik mij erbij had laten zitten, had ik de literatuurstudie onmogelijk goed af kunnen ronden. Dan had ik niet zoveel literatuur gevonden zou de informatie niet volledig zijn geweest. Ook een volgende keer zou ik steun zoeken bij mijn groepsgenoten en tutor, collega's en stagebegeleiders, zodat als ik zelf mijn motivatie niet terugvindt, zij mij hierin zouden kunnen ondersteunen en begeleiden.

BRONVERMELDING

- Beekman, ATF, Geerlings, SW, Deeg, DJH, Smit, JH, Schoevers, RS, de Beurs, E, . . . van Tilburg, W. (2004). Het beloop van depressie bij ouderen: resultaten van 6 jaar intensieve follow-up. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46(2), 73-84.
- Beurskens, Sandra. (2007). Naar autonomie en participatie voor mensen met een chronische ziekte: de rol van de professional. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 5(5), 133-136.
- Boer, Nicole A. M. de. (2003). *Verpleegkundige interventies bij depressie*. Amsterdam: Psychiatrie AMC/De Meren.
- Bohlmeijer, E., Smit, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*, 18(12), 1088-1094. doi: 10.1002/gps.1018
- Brandt-Dominicus, J. C. (2005). *Multidisciplinaire richtlijn depressie : richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Smit, F. (2006). Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Geriatr Psychiatry*, 21(12), 1139-1149. doi: 10.1002/gps.1620
- Depressiepreventie, Werkgroep en Expertgroep zorgstandaard. (2011). *Zorgstandaard depressie*: Trimbos-instituut.
- Diest, Henrike N, van Wijngaarden, Bob, & Wennink, Hermanus Johannes. (2002). *De vraag ontleed: criteria voor een vraaggerichte geestelijke gezondheidszorg*: Trimbos-instituut.
- Frederiks, Carla, & te Wierik, Margreet J.M. (2004). *Verpleegkundig onderzoek*. Dwingeloo: Uitgeverij KAVANAH.
- Garenfeld, Willy. (2008). Depressieve stemmingsklachten bij ouderen. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, 33(6), 196-201.
- GGZ, Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie, Addendum Ouderen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- GGZ, Samenwerking met de Landelijke Stuurgroep in de. (2012). *Intercultureel Addendum Depressie*.
- Handoko, KB. (2005). Behandeling van depressie bij ouderen. *Medisch Farmaceutische Mededelingen*, 43(1), 7-8.
- Huysen, J. (2008). *Handboek depressieve stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Katon, Wayne, Robinson, Patricia, Von Korff, Michael, Lin, Elizabeth, Bush, Terry, Ludman, Evette, . . . Walker, Edward. (1996). A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 53(10), 924.
- Kok, R. M., Nolen, W. A., & Heeren, T. J. (2009). Outcome of late-life depression after 3 years of sequential treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 119(4), 274-281. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01295.x
- Koster van Groos, G. A. S., & American Psychiatric Association. (2001). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. [Utrecht]; Lisse: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie ; Swets & Zeitlinger.
- Leistra, Ellen. (1999). *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Lyness, Jeffrey M, Heo, Moonseong, Datto, Catherine J, Ten Have, Thomas R, Katz, Ira R, Drayer, Rebecca, . . . Bruce, Martha L. (2006). Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Annals of Internal Medicine*, 144(7), 496-504.
- Mottram, PG, Wilson, K, & Strobl, JJ. (2009). Antidepressants for depressed older people.
- Offringa, Martin, Scholten, RJPM, & Assendelft, Willem Jan Jozef. (2008). *Inleiding evidence-based medicine: klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal*: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Pieters, BB, & Gooskens, F. (2009). Depressie. *Psychiatrie*, 39-48.
- Pinquart, Martin, Duberstein, Paul, & Lyness, Jeffrey. (2006). Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 163(9), 1493-1501.
- Schoot, Tineke. (2006). Cliëntgecentreerde zorg blijkt niet zo eenvoudig: balanceren in dialoog! *Stimulus*, 1-15.

- Sjösten, Noora, & Kivelä, Sirkka-Liisa. (2006). The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(5), 410-418.
- Van Gelderen, MG, Grundmeijer, HGLM, Licht-Strunk, E, Van Marwijk, HWJ, & Van Rijswijk, HCAM. (2012). NHG-Standaard Depressie (tweede herziening).
- Veer-Tazelaar, Nelleke van 't, van Marwijk, Harm, van Oppen, Patricia, van Hout, Hein, van der Horst, Henriëtte, Cuijpers, Pim, . . . Beekman, Aartjan. (2009). Stapsgewijze preventie van angst en depressie bij ouderen. *Huisarts en Wetenschap*, 52(13), 668-673.
- Wilson, K, Mottram, P, Sivananthan, A, & Nightingale, A. (2001). Antidepressant versus placebo for depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev*, 2.
- www.ouderenpsychiatrie.nl. (2011). HONOS 65+. Retrieved 10 april, 2012, from <http://www.ouderenpsychiatrie.nl/sjablonen/1/infotype/news/newsitem/view.asp?objectID=554>
- Zorg, Raad voor de Volksgezondheid en. (1988). Naar een meer vraaggerichte zorg. from <http://www.rvz.net/publicaties/bekijk/naar-een-meer-vraaggerichte-zorg>

BIJLAGE 1. ZOEKSTRATEGIE**Springerlink:**

Trefwoorden	Hits	Gevonden
<i>Depressie bij ouderen</i>	818	Veer-Tazelaar, Nelleke van 't, van Marwijk, Harm, van Oppen, Patricia, van Hout, Hein, van der Horst, Henriëtte, Cuijpers, Pim, . . . Beekman, Aartjan. (2009). Stapsgewijze preventie van angst en depressie bij ouderen. <i>Huisarts en Wetenschap</i> , 52(13), 668-673. Garenfeld, Willy. (2008). Depressieve stemmingsklachten bij ouderen. <i>Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde</i> , 33(6), 196-201.
<i>Behandeling depressie ouderen</i>	619	<i>Kwamen veel dezelfde artikelen tegen als bij de trefwoorden depressie bij ouderen.</i>
<i>Depressie verpleegkunde</i>	45	Pieters, BB, & Gooskens, F. (2009). Depressie. <i>Psychiatrie</i> , 39-48.
<i>Depressieve stoornis ouderen</i>	186	Van Gelderen, MG, Grundmeijer, HGLM, Licht-Strunk, E, Van Marwijk, HWJ, & Van Rijswijk, HCAM. (2012). NHG-Standaard Depressie (tweede herziening).
<i>Verloop depressie</i>	10	Beekman, ATF, Geerlings, SW, Deeg, DJH, Smit, JH, Schoevers, RS, de Beurs, E, . . . van Tilburg, W. (2004). Het beloop van depressie bij ouderen: resultaten van 6 jaar intensieve follow-up. <i>Tijdschrift voor Psychiatrie</i> , 46(2), 73-84.
<i>Autonomie ouderen</i>	241	Beurskens, Sandra. (2007). Naar autonomie en participatie voor mensen met een chronische ziekte: de rol van de professional. <i>Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice</i> , 5(5), 133-136.
<i>Eigen regie</i>	2608	<i>Niets bruikbaars gevonden</i>
<i>Vraaggestuurde zorg</i>	106	<i>Niets bruikbaars gevonden</i>
<i>Verpleegkundige interventies depressie</i>	254	<i>Niets bruikbaars gevonden</i>
<i>Cliëntgecentreerde zorg</i>	8	Schoot, Tineke. (2006). Cliëntgecentreerde zorg blijkt niet zo eenvoudig: balanceren in dialoog! <i>Stimulus</i> , 1-15.

Bibliotheek HSZUYD:

Trefwoorden	Hits	Gevonden
<i>Depressie bij ouderen</i>	18	<i>Niets bruikbaars gevonden</i>
<i>Ouderen psychiatrie</i>	37	<i>Niets bruikbaars gevonden</i>
<i>Handboek depressie</i>	4	Huyser, J. (2008). <i>Handboek depressieve stoornissen</i> . Utrecht: De Tijdstroom.
<i>Verpleegkundige interventies</i>	2	Boer, Nicole A. M. de. (2003). <i>Verpleegkundige interventies bij depressie</i> . Amsterdam: Psychiatrie AMC/De Meren.
<i>Evidence-based handelen</i>	18	Offringa, Martin, Scholten, RJPM, & Assendelft, Willem Jan Jozef. (2008). <i>Inleiding evidence-based medicine: klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal</i> : Bohn Stafleu Van Loghum.

Pubmed:

Trefwoorden	Hits	Gevonden
depression	4946	<i>Teveel hits</i>
Late-life depression	454	<i>Teveel hits</i>
Treatment late-life depression	247	<i>Teveel hits</i>
late-life depression sequential treatment.	2	Kok, R. M., Nolen, W. A., & Heeren, T. J. (2009). Outcome of late-life depression after 3 years of sequential treatment. <i>Acta Psychiatr Scand</i> , 119(4), 274-281. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01295.x
depression elderly primary care settings	22	Lyness, Jeffrey M, Heo, Moonseong, Datto, Catherine J, Ten Have, Thomas R, Katz, Ira R, Drayer, Rebecca, . . . Bruce, Martha L. (2006). Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. <i>Annals of Internal Medicine</i> , 144(7), 496-504.
pharmacotherapy depression elderly	2846	<i>Teveel hits</i>
antidepressants depression	1596	Mottram, PG, Wilson, K, & Strobl, JJ. (2009). Antidepressants for depressed older people.
pharmacotherapy psychotherapy depression	213	Pinquart, Martin, Duberstein, Paul, & Lyness, Jeffrey. (2006). Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 163(9), 1493-1501.
Via links bij andere artikelen gevonden:		Cuijpers, P., van Straten, A., & Smit, F. (2006). Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Int J Geriatr Psychiatry</i> , 21(12), 1139-1149. doi: 10.1002/gps.1620 Sjösten, Noora, & Kivelä, Sirkka-Liisa. (2006). The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: a systematic review. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 21(5), 410-418. Wilson, K, Mottram, P, Sivananthan, A, & Nightingale, A. (2001). Antidepressant versus placebo for depressed elderly. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> , 2.

www.google scholar.nl:

Trefwoorden	Hits	Gevonden
Depressie bij ouderen	5070	<i>Teveel hits</i>
MDR Depressie	44	Brandt-Dominicus, J. C. (2005). <i>Multidisciplinaire richtlijn depressie : richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie</i> . Utrecht: Trimbo-instituut. GGZ, Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de. (2008). <i>Multidisciplinaire richtlijn Depressie, Addendum Ouderen</i> . Utrecht: Trimbo-instituut. GGZ, Samenwerking met de Landelijke Stuurgroep in de. (2012). <i>Intercultureel Addendum Depressie</i> . Van Gelderen, MG, Grundmeijer, HGLM, Licht-Strunk, E, Van Marwijk, HWJ, & Van Rijswijk, HCAM. (2012). NHG-

Standaard Depressie (tweede herziening).

www.google.nl:

Trefwoorden	Hits	Gevonden
Ouderen psychiatrie	58600	Bohlmeijer, E., Smit, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. <i>Int J Geriatr Psychiatry</i> , 18(12), 1088-1094. doi: 10.1002/gps.1018 Dit artikel heb ik gevonden via : http://www.ouderenpsychiatrie.nl/
Honos 65+	2210	www.ouderenpsychiatrie.nl . (2011). HONOS 65+. Retrieved 10 april, 2012, from http://www.ouderenpsychiatrie.nl/sjablonen/1/infotype/news/newsitem/view.asp?objectID=554

In eigen beheer:

Frederiks, Carla, & te Wierik, Margreet J.M. (2004). *Verpleegkundig onderzoek*. Dwingeloo: Uitgeverij KAVANAH.

Koster van Groos, G. A. S., & American Psychiatric Association. (2001). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. [Utrecht]; Lisse: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie ; Swets & Zeitlinger.

Leistra, Ellen. (1999). *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

BIJLAGE 2. FEEDBACK

Feedback peer-assessor:

Hey Jessica,

Hierbij de feedback op je literatuurstudie:

- De literatuurstudie voldoet aan de redactionele richtlijnen
- Je leidt je hoofdstukken goed in en uit. In je hoofdstukken weet je ook goed je hoofdvraag en deelvragen te beantwoorden. Je conclusie doet dit mede weergeven.
- Je reflecteert goed terug op het proces. Ondanks dat je beschrijft een verminderde motivatie te hebben, is dit echter niet merkbaar in de uitwerking van je literatuurstudie; je hebt een goed resultaat geleverd.
- Denk wel aan de hoeveelheid pagina's

Op naar Minor I!!!

Groetjes Nathalie

Feedback werkbegeleidster:

Hoi Jessica,

Complimenten zeg, voor je werk.

Ik vind het heel overzichtelijk en inhoudelijk ook leuk om te lezen. Je hebt veel moeite gedaan en je inspanningen hebben zich geloond. Ik vind het nu al een mooi stuk om op de afdeling te leggen voor collega's. Ga zo door (misschien motiveert dit ook nog wat extra!).

Groetjes van Marjon

BIJLAGE 3. BEOORDELINGSFORMULIER***Literatuurstudie Verdiepingsjaar 2012-2013*****Naam student: Jessica Dovermann****Studentnummer: 1154729****Naam beoordelaar: Henk van den Biggelaar****Datum beoordeling:**

Onderdeel	Feedback beoordelaar
<u>Vorm: Maximaal 10 punten</u> Alle onderdelen zijn aanwezig, schrijfstijl is correct + foutloos en lettertype is arial 11 of times new roman 12, regelafstand 1,5 en aantal bladzijdes is maximaal 20 pagina's. Inhoudsopgave is goed. Correcte literatuurverwijzing volgens de APA regels. Bij het aantal pagina's telt mee: samenvatting, summary, inleiding, hoofdstuk, nabescherwing. Overige onderdelen tellen niet mee bij het bepalen van het aantal pagina's. Tussen 20 en 35 pagina's wordt voor dit criterium 1 punt in mindering gebracht. Boven de 35 punten wordt de literatuurstudie niet meer nagekeken en moet worden ingekort. Inhoudsopgave: Titels van hoofdstukken/alinea's worden volledig weergegeven. Alleen beginpagina van een hoofdstuk/alinea wordt weergegeven. <u>Inhoud: Maximaal 82 punten</u>	Toegekende punten: Feedback:
<u>Voorwoord: Maximaal 2 punten</u> Voorwoord is persoonlijk. Hier wordt bijv. beschreven dat de literatuurstudie onderdeel is van major 1 van het Verdiepingsjaar van de opleiding. Verder wordt beschreven waar de student stage loopt. Ook kunnen hier een aantal mensen worden bedankt.	Toegekende punten: Feedback:
<u>Samenvatting en summary: Maximaal 5 punten</u> De inhoud van de samenvatting en summary geeft een beeld van de inhoud van de literatuurstudie. Er staat geen informatie die niet in de rest van de studie beschreven is. Ook is het geen reflectieverslag/procesverslag. Beschrijf in de samenvatting kort: de aanleiding, de doelstelling	Toegekende punten: Feedback:

hoofd- en deelvragen
methode/ werkwijze
resultaten
conclusie
nabeschouwing

Inleiding : Maximaal 15 punten.

De aanleiding en het probleem worden stellig neergezet. Evenals de relevantie voor de doelgroep(en) en evt. de setting. Vervolgens worden de doelstelling en hoofdvraag met deelvragen geformuleerd. Er is op gelet dat de hoofdvraag en deelvragen richting geven aan de literatuurstudie. Beschrijf de gebruikte methodiek zoals die is toegepast. Beschrijf in de leeswijzer kort de inhoud van de literatuurstudie.

Toegekende punten:

Feedback:

Hoofdttekst : Maximaal 40 punten.

De hoofdstukken worden netjes ingeleid met een korte inleiding en de hoofdstukken worden afgesloten met een korte samenvatting/conclusie. Een link wordt gelegd met het volgende hoofdstuk.

Toegekende punten:

Feedback:

De methode van zoeken en bestuderen van de literatuur wordt beschreven. De inhoud van de hoofdttekst geeft feitelijk antwoord op de hoofd- en deelvragen, en wordt onderbouwd (in eigen woorden) vanuit verschillende conceptuele literatuur en vooral ook (onderzoeks)artikelen. De resultaten van de studie in de literatuur worden hier gegeven en onderbouwd in relatie met de hoofd- en deelvragen. De gebruikte literatuur wordt toegepast. Het onderwerp/probleem wordt vanuit verschillende gezichtspunten beschreven. Bronnen worden duidelijk volgens APA vermeld, citaten worden aangegeven.

Nabeschouwing: Maximaal 20 punten

Conclusie
Beschreven wordt de conclusie die uit de resultaten van de literatuurstudie naar voren komt. Antwoord op de hoofd- en deelvragen wordt gegeven vanuit de genoemde bewijzen uit de literatuur.

Toegekende punten:

Feedback:

Discussie van de resultaten
De gevonden resultaten worden ter discussie gesteld. Wat werd gevonden, wat werd niet gevonden? Spreken de resultaten elkaar tegen, versterken de resultaten elkaar, zijn de resultaten betrouwbaar, toepasbaar enz. Het gevonden bewijs wordt beoordeeld.

Discussie van de methode
De gebruikte methodiek wordt beschreven. Is de gebruikte methode de juiste geweest, is die betrouwbaar.

Aanbevelingen Aanbevelingen worden in de richting van de hoofdvraag gegeven. Voorstellen worden gedaan ten aanzien van verder onderzoek, aanpassingen in de praktijk, vernieuwingen, verbetering van kwaliteit, toepassing van resultaten enz.	
Reflectie/procesverslag Er wordt kritisch gekeken naar het proces en leerproces dat doorlopen is en eventuele leerpunten worden vermeld aan de hand van een model bv. Korthagen.	
Literatuur- en bronnenlijst Volgens de APA regels	
Bijlage In ieder geval uitgebreide zoekstrategie, goedgekeurd voorstel, beoordelingslijst en eventueel andere bijlagen.	
<u>Proces: Maximaal 8 punten</u> Bij de beoordeling van het proces worden aspecten meegewogen als: mate van zelfstandig functioneren van de student, mate waarin student initiatieven heeft genomen, communicatie met relevante personen, mate waarin begeleiding/sturing vanuit de opleiding nodig is geweest.	Toegekende punten: Feedback:

Beoordeling:

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer

Eventuele opmerkingen:

Handtekening beoordelaar: