



Depressieve klachten bij kwetsbare ouderen die thuiszorg gebruiken.

Bram Vermeulen & Anja Declercq

Achtergrond

Het bevorderen van de levenskwaliteit van ouderen is een belangrijke doelstelling van de Vlaamse overheid. *Het Vlaamse ouderenbeleid wil bijdragen tot de participatie, ontplooiing en ontwikkeling van alle ouderen, zowel in individueel als collectief verband en besteedt bijzondere aandacht aan maatschappelijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid in al haar diversiteit. Vertrouwen in de competenties van ouderen en op geloof in de kracht van de ouder wordende mens in zijn sociale context vormt het uitgangspunt. De gelijkwaardigheid van alle leeftijdscategorieën staat voorop in de opbouw en organisatie van de democratische samenleving.* (Vlaams Ouderenbeleidsplan 2010-2014). Ook in het woonzorgdecreet van 13 maart 2009 (BS 14 mei 2009) wordt aangegeven dat de levenskwaliteit van de zorggebruiker moet worden gewaarborgd (art.3). Het voorkomen of vroegtijdig detecteren van depressie kan hiertoe bijdragen. Een oudere persoon met depressieve klachten heeft immers meer moeite om te participeren, zich te ontplooien en zich te ontwikkelen.

Het is niet altijd vanzelfsprekend om een depressie te herkennen, zeker niet bij ouderen. De term 'gemaskeerde depressie' wijst op de moeilijkheid om een juiste diagnose te stellen tussen en naast andere uitlokkende factoren. Tijdens het verouderingsproces kunnen verschillende verlieservaringen zoals een verminderde zelfredzaamheid, chronische ziekten, het rouwproces na overlijden en beginnende Alzheimerdementie zorgen voor langdurige emotionele klachten en zo de diagnostiek van depressie bijkomend bemoeilijken (Van Audenhove et al., 2007).

De Gezondheidsenquête van 2008 vond voor depressieve problemen een globale prevalentie van 13% bij 65- tot 74-jarigen en van 10% bij 75+'ers in het Vlaamse Gewest (Van der Heyden et al., 2010). De differentieeldiagnose voor depressie is vooral bij ouderen met beginnende dementie moeilijk voor zorgverleners uit de eerste lijn. Een vroege detectie en adequate behandeling van depressieve problemen bij ouderen zijn nochtans van cruciaal belang. De problematiek van depressie bij ouderen brengt

verschillende mogelijke negatieve gevolgen met zich mee zoals een lagere levenskwaliteit, een verhoogd risico op zelfdoding, een afname van lichamelijke en cognitieve zelfredzaamheid en een toename in het gebruik van gezondheidszorgen (Cui, 2008). Vanuit de vaststelling dat depressie een belangrijk fenomeen is bij Vlaamse ouderen en dat de gevolgen ervan groot kunnen zijn, is ervoor geopteerd om ouderen met (beginnende) depressieve symptomen tot een doelgroep van de Vlaamse Ouderen Zorgstudie (VoZs) te maken.

Er zijn zowel psychologische, lichamelijke als relationele factoren die de ontwikkeling van depressie als ziekte verklaren. Zo is het ondersteunen van het sociale weefsel rond de ouderen en mantelzorger een belangrijk element, niet alleen voor het welbevinden van de oudere en van de mantelzorger, maar ook voor de kwaliteit van hun onderlinge relatie. Zo blijkt de helft van de mantelzorgers van ouderen met dementie onvoldoende sociale steun te krijgen (Spruytte, Van Audenhove, & Lammerlyn, 2000).

Op latere leeftijd kunnen verschillende risicofactoren, zoals onvoldoende sociale contacten, financiële onzekerheid en afnemende gezondheid samenkomen. Het is de accumulatie van problemen die het risico op een depressie verhogen.

In de Vlaamse Ouderen Zorgstudie van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin wordt nagegaan hoe depressieve klachten zich manifesteren bij de kwetsbare gebruikers van de thuiszorgdiensten en welke de kenmerken zijn van ouderen die at risk zijn voor depressie. Deze informatie kan aan de thuisverplegers en -verzorgers inzichten bieden om ouderen met psychische problemen sneller te detecteren, te begeleiden of door te verwijzen.

Deze SWVG Feiten en Cijfers geeft op volgende vragen een antwoord:

1. Hoe vaak komen depressieve klachten voor bij kwetsbare ouderen die gebruik maken van thuiszorgdiensten?
2. In welke mate hebben sociale contacten een invloed op de aanwezigheid van depressieve gevoelens?
3. Welke is de relatie tussen financiële kwetsbaarheid en de ernst van depressieve gevoelens?
4. Hoe hangt de gezondheidstoestand samen met de ernst van depressieve gevoelens?

De onderzoeksresultaten kunnen de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin inspireren bij zijn plannen om het Vlaamse ouderenbeleid verder te ontwikkelen en te optimaliseren.

Het onderzoek

Steekproef

Gebruikers ouder dan 65 jaar van de thuiszorgdiensten in 8 Vlaamse regio's werden in de periode tussen december 2008 en september 2009 gescreend op de aanwezigheid van gevoelens van psychisch onwelbevinden

en cognitieve problemen. De screeningsvragen zorgen voor een brede inclusie zodat ook beginnende cognitieve problemen en depressieve gevoelens kunnen worden opgevolgd.

Deze personen komen in aanmerking voor inclusie in de studie indien ze:

- voldoende het Nederlands beheersen
- in 1 van de 8 geselecteerde regio's verblijven
- ouder dan 64 jaar zijn
- minstens psychisch onwelbevinden of geheugenproblemen ervaren (zie tabel 1)
- thuiszorg gebruiken

Kwetsbaarheid wordt in de literatuur op zeer veel manieren gedefinieerd en geoperationaliseerd. In VoZs wordt kwetsbaarheid als volgt gedefinieerd: cognitieve problemen of depressieve klachten hebben en reeds thuiszorg gebruiken.

De 8 regio's die voor deze studie geselecteerd werden zijn: Ieper, Oostende, Genk, Gent, Oudenaarde, Tielt-Winge, Geel en Antwerpen. Deze regio's werden gekozen om een zo groot mogelijke diversiteit te weerspiegelen naar: 1. socio-economische kenmerken van de aanwezige bevolking in deze regio; 2. de graad van stedelijkheid en 3. naar provinciale spreiding (Hermans et al., 2008).

Tabel 1. Screeningsvragen voor psychisch onwelbevinden en cognitieve problemen

Psychisch onwelbevinden (Whooley, 1997)		Zowel psychisch onwelbevinden als cognitieve problemen
	Enkel psychisch onwelbevinden	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Heb je gedurende de voorbije maand vaak last gehad van neerslachtigheid, een depressief of hopeloos gevoel? ▪ Heb je gedurende de laatste maand minder plezier of interesse in wat je doet? 	Op minstens 1 van beide 'ja' antwoorden om beschouwd te worden als een persoon die psychisch onwelbevinden ervaart	Zowel op minstens 1 van de vragen over psychisch onwelbevinden als op minstens 1 'ja' bij de vragen over 'geheugenproblemen'
Geheugenproblemen		
	Enkel geheugenproblemen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vergeet de oudere steeds welke dag het is? ▪ Vergeet de oudere regelmatig gebeurtenissen die zich kort geleden hebben voorgedaan? ▪ Valt de oudere vaak in herhalingen zonder het zelf te beseffen? ▪ Heeft de oudere moeite om een gesprek te begrijpen? ▪ Haalt de oudere tijden door elkaar? 	Thuisverzorger antwoordt 'ja' op minstens 1 van deze vragen om beschouwd te worden als een persoon die zich in een financieel kwetsbare positie bevindt	

In totaal zijn 3829 ouderen met deze screeningsvragen benaderd door thuiszorgorganisaties in Vlaanderen. Hiervan hebben 2600 ouderen de 7 screeningsvragen ingevuld en 1589 ouderen hebben een positieve

screening. Dit wil zeggen dat ze minstens een keer “ja” antwoordden op de screeningsvragen. Iets meer dan de helft van deze ouderen gaf toestemming om mee te werken aan het onderzoek. Zo ontvingen we 873 toestemmingsformulieren van ouderen die geïnterviewd wilden worden. Door overlijdens, weigeringen, een te slechte gezondheidstoestand en een gebrek aan interviewers zijn er uiteindelijk 487 ouderen bevestigd.

Profiel van de respondenten

Het gaat dus om een steekproef van ouderen in acht Vlaamse regio's die al thuiszorg krijgen, die positief screenden op onwelbevinden en/of cognitieve problemen en die toestemming gaven voor het interview. De steekproef is niet representatief voor alle Vlaamse ouderen en de resultaten van de bevraging kunnen daarom niet worden veralgemeend naar alle Vlaamse ouderen. De verzamelde data geven wel een uniek beeld van de zorgnood, het zorggebruik en de zorgtevredenheid van kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers in de acht regio's. De gemiddelde leeftijd van de respondenten bedraagt 81 jaar en twee derden van de respondenten zijn vrouwen. Aan de deelnemende ouderen is gevraagd of ze een mantelzorger hebben. Dit is de persoon die het meeste voor de oudere zorgt en geen professionele zorgverlener is. In totaal ontvingen we van 487 ouderen van 320 mantelzorgers een vragenlijst. Er zijn 65 ouderen (13,4%) die aangeven dat ze geen mantelzorger hebben. Daarnaast zijn er 16 ouderen (3,3%) die een professionele zorgverlener aanduiden als mantelzorger. Zo blijven er nog 84 mantelzorgers over die niet bereikt of bevestigd zijn.

Met betrekking tot de screening, blijkt er een duidelijke overlap tussen depressieve gevoelens en geheugenproblemen te zijn. 1589 ouderen hebben een positieve screening en 522 onder hen scoren zowel positief op depressieve gevoelens als op cognitieve problemen. Bij de ouderen met een vermoeden van depressieve gevoelens heeft bijna de helft ook geheugenproblemen. Als er geen vermoeden is van depressie, dan heeft maar een kwart geheugenproblemen. 851 respondenten (34%) screenden positief op geheugenproblemen en 1420 (45%) op depressieve gevoelens.

Zoals reeds beschreven, beperkt de Vlaamse Ouderen Zorgstudie zich tot uitspraken over de gebruikers van thuiszorgdiensten met gevoelens van onwelbevinden en/of cognitieve problemen, zoals gedefinieerd in het screeninginstrument, en hun belangrijkste mantelzorgers. Tabel 2 toont de spreiding van de bevestigde ouderen over de regio's¹.

Tabel 2. Regionale verdeling van totale steekproef

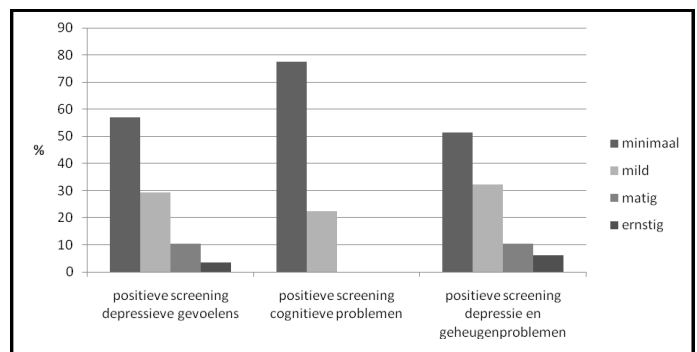
	Antwerpen Noord	Gaël	Gent	Gent 1	Ieper	Oostende	Oude-naarde	Tiel-Winge	Totaal
Aantal ouderen	10	58	126	23	75	60	34	101	487
Aantal mantelzorgers	3	27	97	13	58	34	20	67	320

Instrumenten

Deze ‘Feiten en cijfers’ gaat over die ouderen die positief screenden op psychisch onwelbevinden (instrument van Whooley). Bij alle resultaten en aanbevelingen moet bijgevolg voor ogen worden gehouden dat het over een zeer specifieke groep van ouderen gaat.

Aan de hand van de Geriatische Depressie Schaal (GDS) is de ernst van depressiviteit ingeschat. De schaal bevat 15 vragen. De ernst van depressieve gevoelens in de afgelopen week wordt op basis van deze schaal ingedeeld in 4 categorieën: minimale depressiviteit, milde, matige en ernstige depressiviteit. Bij een matige en ernstige depressiviteit kan men spreken van een indicatie dat de persoon een depressieve episode doormaakt. Een milde depressiviteit wijst op een mogelijk/lichte depressie (Nolen & Dingemans, 2004). De mate van depressiviteit in de GDS is een aanwijzing van de ernst van de depressieve klachten. Een diagnose van depressie kan echter enkel gesteld worden door een arts en/of via een gespecialiseerd klinisch psychologisch onderzoek.

Hoewel vooral matige en ernstige depressiviteit in de klinische praktijk worden gebruikt als ondersteunend middel in het stellen van de diagnose “depressie”, willen we in deze studie ook aandacht besteden aan de milde depressiviteit. Gezien preventie en vroegdetectie van psychische problemen zeer belangrijk zijn in de eerstelijnszorg is het cruciaal dat ook de eerste lichte tekenen van depressie in deze setting herkend kunnen worden. Indien maximaal 3 van de antwoorden op de 15 items van de Geriatische Depressie Schaal ontbraken, werd na extrapolatie toch de totale schaal score berekend. Dit was het geval voor 211 respondenten, waar voor de meerderheid (N=130) slechts 1 score ontbrak. Bij 44 respondenten ontbraken meer dan 3 antwoorden (geen antwoord gegeven of ‘weet niet’ geantwoord) waardoor er voor die personen geen GDS score berekend werd.



Figuur 1: Samenhang tussen positieve screening en ernst depressieve gevoelens

Ouderen die enkel positief gescreend zijn op geheugenproblemen hebben geen ernstige of matige vormen van depressie. Bij deze groep heeft ‘slechts’ 22,5% een milde vorm van depressie volgens de GDS-score. De eenvoudige screeningsvragen werken dus zeer sensitief. Dit impliceert dat er bijna geen ouderen met ernstige depressieve gevoelens gemist worden. Het verschil met ouderen die wel positief screenden op depressieve gevoelens is duidelijk. 10% heeft matige depressieve gevoelens en 3,5% een ernstige vorm. De combinatie van een sensitief screeninginstrument gevolgd door een specifiekere bevraging bij een vermoeden van depressieve gevoelens is

zo een laagdrempelige manier om ernstigere depressieve gevoelens te detecteren. Enkel bij een positieve screening moeten ouderen in de praktijk verder bevraagd worden met een uitgebreider instrument. Ouderen die op beide problematieken positief screenen, hebben gemiddeld een iets hogere GDS score. Ernstige depressieve gevoelens komen in die groep vaker voor (6%), maar het verschil is niet significant.

Resultaten

1. Hoe vaak komen depressieve klachten voor bij kwetsbare ouderen die gebruik maken van thuiszorgdiensten en hoe ernstig zijn die klachten?

Tabel 3 geeft een overzicht van de scores op de items uit de GDS-15. Zo vindt bijvoorbeeld bijna 7% van de kwetsbare ouderen die thuiszorg gebruiken, het niet fijn om te leven en is ongeveer 16% innerlijk niet tevreden met zijn leven. 1 op 5 voelt zich vaak hopeloos en 1 op 4 heeft het gevoel dat zijn leven leeg is.

Tabel 3: overzicht van de 15 items van de Geriatrische Depressie Schaal

Positieve items uit de GDS-15	% nee
Voelt u zich energiek?	42
Bent u innerlijk tevreden met uw leven?	16
Voelt u zich meestal wel gelukkig?	12
Hebt u meestal een goed humeur?	10
Vindt u het fijn om te leven?	7
Negatieve items uit de GDS-15	% ja
Blijft u liever thuis dan uit te gaan en nieuwe dingen te doen?	69
Bent u met veel interesses en activiteiten opgehouden?	60
Hebt u het gevoel dat u meer moeite heeft met het geheugen dan anderen?	48
Bent u bang dat u iets naars zal overkomen?	42
Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is?	28
Verveelt u zich vaak?	25
Voelt u zich nogal waardeloos op het ogenblik?	23
Voelt u zich vaak hopeloos?	19
Denkt u dat de meeste mensen het beter hebben dan u?	19
Hebt u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?	17

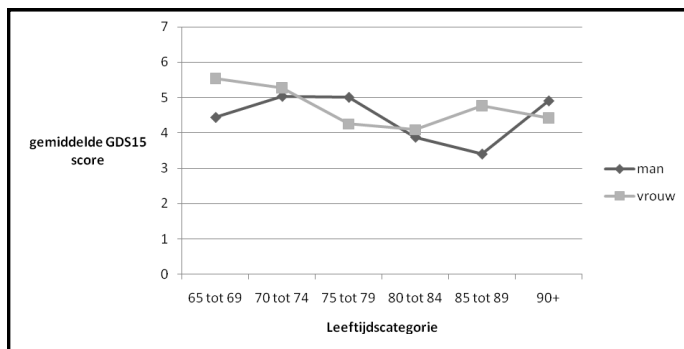
Een score van 15 op de GDS-schaal wil zeggen dat de oudere op elk van de bovenstaande positieve items negatief en op alle negatieve items bevestigend heeft geantwoord. Tabel 4 geeft een indeling naar de ernst van depressiviteit. Bijna twee derden van de ouderen heeft geen depressieve gevoelens, 1 op 4 ouderen ervaart een milde depressiviteit. Bij 7% van de respondenten is er sprake van matige depressiviteit en 4% kampt met een ernstige depressie.

Tabel 4. Ernst van depressiviteit

Ernst van depressiviteit	Score op GDS	Totaal (n=443)
Minimaal	0-4	n=279 (63%)
Mild	5-8	n=116 (26%)
Matig	9-11	n=32 (7%)
Ernstig	12-15	n=16 (4%)

De demografische kenmerken leeftijd en geslacht hangen in de Vlaamse Ouderen Zorgstudie niet samen met de aanwezigheid van depressieve gevoelens. Mannen zijn gemiddeld niet vaker depressief dan vrouwen. Dit is opvallend, want de meeste studies geven aan dat vrou-

wen een hoger risico hebben op depressie (Bayingana et al., 2006). Bij de specifieke doelgroep van VoZs blijkt dit niet het geval te zijn.



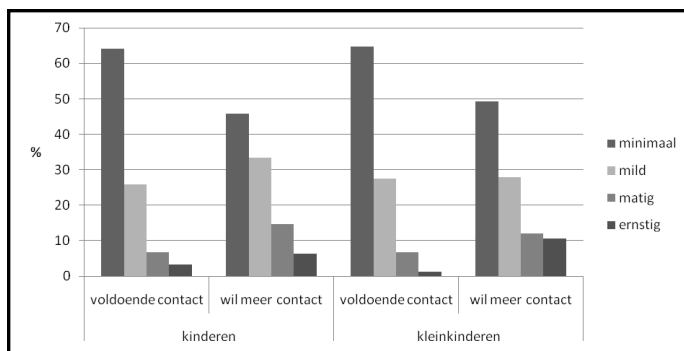
Figuur 2: Gemiddelde depressiescore naar leeftijd en geslacht

2. In welke mate hebben sociale contacten een invloed op de aanwezigheid van depressieve gevoelens?

Onvoldoende sociale contacten hangen samen met depressieve gevoelens. Bij ouderen die aangeven dat ze meer contact willen met hun kinderen komt een ernstige depressie twee keer meer voor (6,3%) dan bij ouderen die voldoende contact met hun kinderen hebben. Onvoldoende contact met de kleinkinderen toont een nog duidelijkere samenhang met de ernst van depressiviteit. Van de ouderen die voldoende contact hebben met hun kleinkinderen heeft respectievelijk 6,7% en 1,2% een matige en ernstige depressie. Wanneer de oudere aangeeft meer contact te willen, dan stijgt het aantal ouderen met een matige depressie tot 12% en het aantal ouderen met een ernstige depressie tot 10,8%.

Ouderen die graag meer contact willen met hun (schoon)broers/zussen, buren of vrienden/kennissen hebben niet meer te maken met ernstige depressies. 13% van de ouderen heeft nooit contact met de buren en 10,6% zou graag meer contact willen met die buren. Wie graag meer contact wil, heeft ook meer depressieve gevoelens, maar de verschillen zijn niet significant.

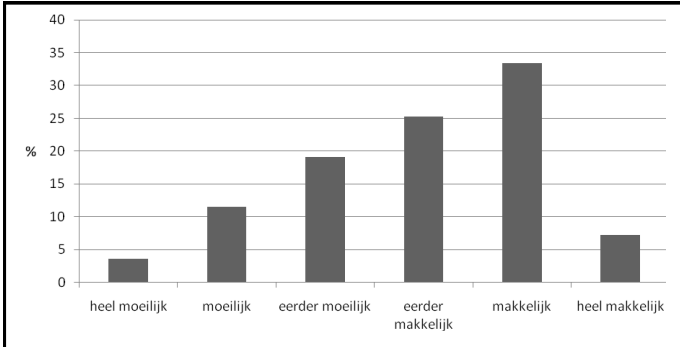
Wat oorzaak en wat gevolg is, is op dit moment evenwel niet duidelijk. Worden ouderen meer depressief als ze onvoldoende contact hebben met hun kinderen en kleinkinderen of komen de kinderen en kleinkinderen minder op bezoek als oma of opa depressief is? Dit kan eventueel uitgeklaard worden aan de hand van longitudinale analyses na wave 2.



Figuur 3: Contact met kinderen en kleinkinderen en de ernst van depressieve gevoelens bij ouderen

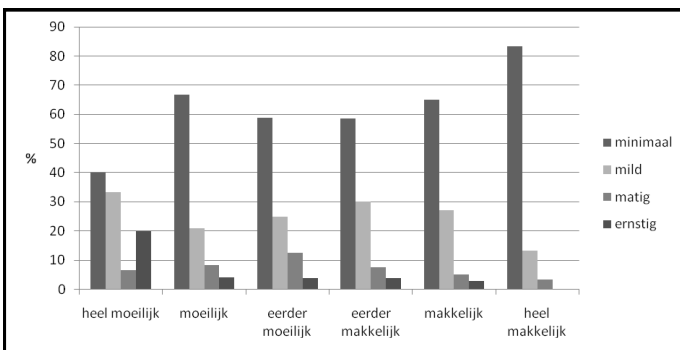
3. Welke is de relatie tussen financiële kwetsbaarheid en de ernst van depressieve gevoelens?

Armoede bij ouderen is een enorme uitdaging want ongeveer 1 op 5 ouderen in Vlaanderen heeft een armoederisico. Dit wil zeggen dat het individueel inkomen lager ligt dan 60% van het mediaan beschikbaar inkomen op individueel niveau (Zaidi, 2010). In deze studie bij een weliswaar zeer specifieke groep van kwetsbare, hulpbehoevende ouderen geeft 1 op 3 ouderen aan dat het moeilijk is om de eindjes aan elkaar te knopen.



Figuur 4: In welke mate kunnen de ouderen met het inkomen van hun huishouden de eindjes aan elkaar knopen?

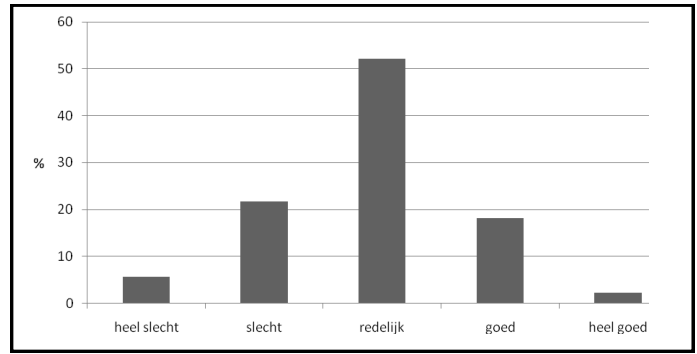
De Vlaamse Ouderen Zorgstudie stelt vast dat financiële problemen samenhangen met de geestelijke gezondheid van de ouderen. Figuur 5 geeft weer dat ouderen die het financieel heel makkelijk hebben, het minst depressieve klachten vertonen. Meer dan 8 op 10 ouderen heeft hier minimale depressieve klachten en niemand heeft ernstige depressieve klachten. Als het financieel heel moeilijk is, dan heeft 40% van de ouderen een normale depressiescore en 1 op 5 een ernstige depressie. Bij de tussenvolgende categorieën is het verschil minder extreem. Ook hier is het onduidelijk wat oorzaak is en wat gevolg. Dit kan enkel duidelijk worden met longitudinale analyses over verschillende waves heen.



Figuur 5: Financieel welbevinden en de ernst van depressieve gevoelens

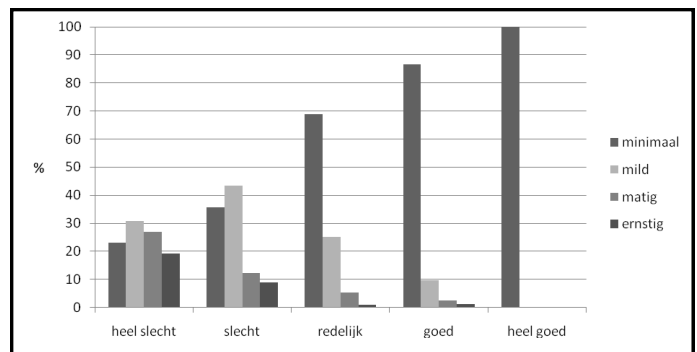
4. Hoe hangt de gezondheidstoestand samen met de ernst van depressieve gevoelens?

Op de vraag "Hoe is uw algemene gezondheidstoestand?" evalueert 6% van de ouderen zijn gezondheidstoestand als heel slecht en 21% als slecht. Deze subjectieve beleving en inschatting van de eigen gezondheid is een globale maatstaf die niet enkel de fysieke, maar ook de sociale en psychische gezondheid omvat.



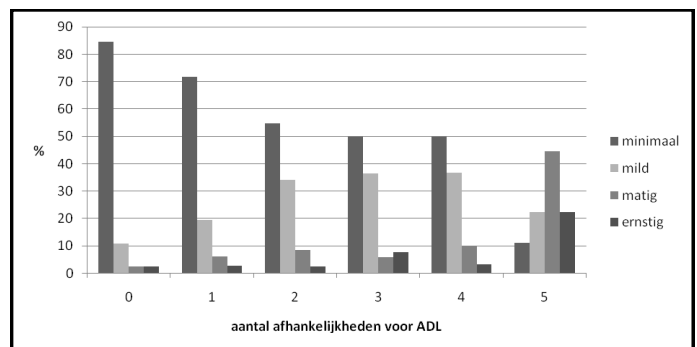
Figuur 6: Subjectieve gezondheid van de ouderen

Hoe slechter de ouderen hun eigen gezondheid inschatten, hoe groter de ernst van depressie. Zo geeft figuur 7 weer dat het aandeel ouderen met een milde depressie toeneemt tot 43% bij een slechte subjectieve gezondheid. Bij ouderen met een heel slechte gezondheid heeft 1 op 5 een ernstige depressie.



Figuur 7: Subjectieve gezondheid bij ouderen en aanwezigheid van depressieve klachten bij ouderen

Hoe minder zelfstandig ouderen zijn, hoe meer risico ze lopen op een depressie. Bij de ouderen die geen hulp nodig hebben van anderen voor de activiteiten van dagelijks leven (ADL), zoals wassen, aan- en uitkleden, zich verplaatsen, toiletbezoek en eten (Katz, 1976), heeft 85% geen last van depressieve klachten. Het blijven stimuleren en bevorderen van de zelfredzaamheid voor de dagelijkse activiteiten enerzijds is daarom een belangrijke maatschappelijke opdracht, want bij een toename van de afhankelijkheid stijgt het risico op en de ernst van depressie. Anderzijds is het ook belangrijk om ouderen te ondersteunen in het leren omgaan met onomkeerbare afhankelijkheid, bijvoorbeeld via een respectvolle hulpverleningsrelatie.



Figuur 8: Afhankelijkheid voor activiteiten van het dagelijks leven (ADL) en aanwezigheid van depressieve gevoelens bij ouderen

Besluit

De resultaten van de Vlaamse Ouderen Zorgstudie hebben betrekking op gebruikers van thuiszorgdiensten met gevoelens van onwelbevinden en/of cognitieve problemen, zoals gedefinieerd in het screeningsinstrument, en hun belangrijkste mantelzorgers. Deze SWVG 'Feiten en Cijfers' gaat in op depressieve klachten van kwetsbare ouderen die thuiszorg gebruiken.

Depressie als ziekte is geen normaal onderdeel van het verouderingsproces. Bij kwetsbare ouderen gaan depressieve gevoelens samen met financiële kwetsbaarheid, lagere tevredenheid over het aantal contacten met kinderen en kleinkinderen, een slechtere gezondheidstoestand en een grotere zorgafhankelijkheid. Omdat depressie een complexe problematiek is, is een structurele aanpak met de betrokken partners binnen de eerstelijnszorg nodig.

Aanbevelingen voor het werkveld

Voor de zorgverleners in de eerste lijn is het moeilijk om binnen het kluwen van lichamelijke, mentale en sociale problemen ouderen met een klinische depressie te onderscheiden. Depressie en de fenomenen waar depressie mee samenhangt, worden zo te weinig herkend door de hulpverleners, en door de oudere zelf, omdat ze ondanks langdurige emotionele klachten zich er niet van bewust zijn dat ze aan depressie lijden. De eerste lijn is nochtans goed geplaatst voor een aanpak van psychoeducatie en voor de ondersteuning van de zelfhulp bij lichte vormen van depressie (Desmet et al., 2010).

Voor de professionals in de thuiszorg is het daarom van belang:

- dat zij over de competenties beschikken om depressiviteit bij hun gebruikers op het spoor te komen, om de ernst ervan in te schatten en om depressie bespreekbaar te maken;
- dat zij instrumenten ter beschikking hebben om dit op een efficiënte en betrouwbare manier in kaart te brengen;
- dat zij basisprincipes van begeleiding van mensen met depressie kunnen hanteren;
- dat zij ernstig depressieve en suïcidale mensen kunnen verwijzen naar gespecialiseerde hulpverlening;
- dat zij oog hebben voor de accumulatie van sociale, financiële en gezondheidsproblemen en de mate van depressieve klachten bij de oudere;
- om te blijven inzetten op preventie en stimuleren van de zelfredzaamheid, vooral voor de activiteiten van het dagelijks leven.

Aanbevelingen voor de overheid

- Deze resultaten ondersteunen de acties met betrekking tot de psychische gezondheid van ouderen die reeds in het Vlaams Ouderenbeleidsplan worden beschreven. Met betrekking tot het specifieke probleem van depressie bij kwetsbare ouderen zoals bevestigd

in VoZs en gedefinieerd in deze Feiten en Cijfers kunnen volgende bijkomende aanbevelingen worden gedaan:

- verschillende risicofactoren moeten op geregelde tijdstippen gelijktijdig bij de ouderen in kaart worden gebracht.
- een sensitieve detectie en vroegdetectie zijn erg belangrijk.
- de thuiszorgorganisaties zijn het best geplaatst om de risicofactoren te monitoren.
- Ouderen die er financieel het zwakst voorstaan, lopen het meeste risico op depressie. Armoedebestrijding bij ouderen kan hier een belangrijke rol spelen, bijvoorbeeld via een maximumfactuur in de thuiszorg, zoals deze in het Vlaams Ouderenbeleidsplan werd beschreven.
- Het suïcidepreventieplan dient aparte projecten voor kwetsbare ouderen op te stellen. De uitdagingen bij kwetsbare ouderen zijn anders en complexer in vergelijking met andere doelgroepen.
- De eerstelijns gezondheidszorg richt zich ons inziens nog te weinig op de geestelijke gezondheid van ouderen in het algemeen en van oudere ouderen in het bijzonder.

Referentielijst

Bayingana, K., Demarest, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, P. J., Tafforeau, J. et al. (2006). *Gezondheidsenquête door middel van Interview, België, 2004*. Brussel: Afdeling Epidemiologie, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

Casteels, M., Danckaerts, M., De Lepeleire, J., Demyttenaere, K., Laekeman, G., Luyten, P., Pattyn, B., Schokkaert, E., Truys, T. (2010). *Het toenemend gebruik van psychofarmaca*. Metaforum visietekst 1, 1-28 pp: Werkgroep Metaforum Leuven.

Cui, XJ. (2008). Outcomes and predictors of late-life depression trajectories in older primary care patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(5), 406-415.

Desmet, A., Hermans, K., Verlinde, E., Willems, S., De Maeseneer, J., Van Audenhove, C. (2010). Depressieve klachten en suïcidaliteit in de (I)CAW en OCMW: onderzoek naar de ernst en de relatie tot armoede, SWVG Feiten & Cijfers 1 (KANS).

Hermans, K., Demaerschalk, M., Declercq, A., Vanderfaellie, J., Maes, L., De Maeseneer, J. & Van Audenhove, Ch. (2008). Werknota "De selectie van de SWVG-onderzoeksregio's". Programma 1- Kencijfers en monitoring. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Katz, S. (1976). 12. Index of ADL. *Medical care*, 14, 116-118.

Nolen, W.A. & Dingemans, P.M.A.J. (2004). Meetinstrumenten bij stemmingsstoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46, 10, 681-686

Sheikh JI, Yesavage JA: (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology : A Guide to Assessment and Intervention* 165-173, New York: The Haworth Press.

Spruytte, N., Van Audenhove, C., & Lammertyn, F. (2000). *Als je thuis zorgt voor een chronisch ziek familielid. onderzoek over de mantelzorg voor dementerende ouderen en voor psychiatrische patiënten*. Leuven: Garant.

Van Audenhove, Ch., De Coster, I., van den Aemele, H., De Fruyt, J. & Goetinck, M. (2007). *De aanpak van depressie door de huisarts*. Leuven: Lannoo Campus.

Van Audenhove, Ch., Spruytte, N., Detroyer, E., De Coster, I., Declercq, A., Ylief, M., Squelard, G., Misotten, P. (2009). *De zorg voor personen met dementie: perspectieven en uitdagingen*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.

Van der Heyden J, Gisle L, Demarest S, Drieskens S, Hesse E, Tafforeau J. (2010) Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport I - Gezondheidstoestand. Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance. Brussel Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Whooley, M. A., Avins, A.L., Miranda, J. & Browner, W.S. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of general internal medicine*, 12(7): 439-445.

Zaidi, A. (2010), Poverty risk for older people in EU countries - an update. Policy brief -European Centre for Social Welfare Policy and Research, 11 January 2010.

ⁱ Eén oudere is uitgesloten omdat deze tijdens de bevraging reeds in een rusthuis verbleef. Acht mantelzorgers zijn niet mee opgenomen omdat de oudere de vragenlijst niet heeft kunnen of willen invullen.

Contactgegevens SWVG

U kan contact opnemen met het Steunpunt WVG via swvg@med.kuleuven.be



Vrije
Universiteit
Brussel



SWVG

Kapucijnenvoer 39
B-3000 Leuven

0032 16 33 70 70

swvg@med.kuleuven.be
www.steunpuntwvg.be

V.U.: Ch. Van Audenhove