

Preventie van depressie bij ouderen

Introductie en onderbouwing

Trimbos-
instituut
Netherlands Institute
of Mental Health
and Addiction



**Ernst Bohlmeijer
Filip Smit
Carolien Smits**

Trimbos-instituut

Preventie van depressie bij ouderen

Introductie en onderbouwing

Ernst Bohlmeijer
Filip Smit
Carolien Smits

Trimbos-instituut

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van VWS

Financiering

Ministerie van VWS

Auteurs

Ernst Bohlmeijer

Filip Smit

Carolien Smits

Projectleiding

E. Bohlmeijer

I. Voordouw

Projectuitvoering

J. Blekman

E. Bohlmeijer

P. Cuijpers

A. Koornstra

S. Onrust

H. Riper

F. Smit

C. Smits

I. Voordouw

G. Willemse

Vormgeving en druk

Ladenius Communicatie BV

ISBN 9052534993

Deze uitgave is te bestellen bij het Trimbos-instituut,

via www.trimbos.nl/producten of via de Afdeling bestellingen,

Postbus 725, 3500 AS Utrecht, 030-297 11 80; fax: 030-297 11 11;

e-mail: bestel@trimbos.nl. Onder vermelding van artikelnummer AF0591.

U krijgt een factuur voor de betaling.

©2005 Trimbos-instituut, Utrecht, The Netherlands

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van art.

16b en 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan

de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van één of enkele

gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers of andere compilatiewerken dient men zich tot de uitgever te wenden.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

Inhoud

	Inleiding	5
Hoofdstuk 1	Een integrale aanpak depressiepreventie bij ouderen	11
1.1	Waarom depressiepreventie bij ouderen?	11
1.2	Wat is preventie?	12
1.3	Een nieuwe stap: integrale preventie	13
1.4	Een stappenplan voor integrale preventie	15
1.5	De openbare geestelijke gezondheidszorg als kader voor integrale preventie	17
1.6	Doelstellingen van integrale preventie	17
Hoofdstuk 2	Succesvol ouder worden	19
2.1	Zoeken naar balans tussen persoon en omgeving	19
2.2	Persoonlijkheid en psychologische strategieën	21
2.3	Sociale steun en vaardigheden	22
2.4	Fysieke gezondheid en een gezonde leefstijl	23
2.5	Opleiding en sociaal-economische status	23
2.6	Conclusie	23
Hoofdstuk 3	Epidemiologische en gezondheidseconomische ingangen	25
3.1	Waarom preventie?	25
3.2	Doelgroepselectie voor kosteneffectieve preventie	26
3.3	Geïndiceerde en selectieve preventie	28
3.4	Conclusie	29
	Literatuur	31



Inleiding¹

Dit boekje beschrijft een methode voor een integrale aanpak voor depressiepreventie bij ouderen. In deze inleiding bespreken we het waarom van deze aanpak, de keuzes die eraan ten grondslag liggen, de hoofdlijnen ervan en een aantal overwegingen die gemeenten kunnen betrekken in de beslissing om met deze aanpak aan de slag te gaan.

De opdracht: overheidsbeleid

In 2003 verscheen de nieuwe nota volksgezondheidsbeleid Langer gezond leven van het ministerie van VWS. In deze nota wordt depressie voor het eerst beschreven als een belangrijk aandachtsgebied van het nationale volksgezondheidsbeleid. Het ministerie sluit daarbij aan bij de toenemende (wereldwijde) onderkenning van de omvang én impact van depressies. Jaarlijks lijden in Nederland ruim 700.000 mensen aan een depressie. Mensen met een depressie zijn ernstig beperkt in hun sociaal en maatschappelijk functioneren. De maatschappelijke kosten van depressie worden voor Nederland geraamd op 1,7 miljard euro per jaar. De WHO verwacht dat depressie zich wereldwijd ontwikkelt tot volksziekte nummer één. Om deze redenen wil de rijksoverheid tot een gericht preventief gezondheidsbeleid ten aanzien van depressies komen. In dit kader heeft het ministerie van VWS aan het Trimbos-instituut gevraagd om in samenwerking met GGD-Nederland een integrale aanpak voor depressiepreventie te ontwikkelen. Deze aanpak dient uitvoerbaar te zijn binnen het lokaal gezondheidsbeleid van gemeenten en lokale processen gericht op de bevordering van de geestelijke gezondheid en preventie van depressie te versterken. In deze uitgave presenteren we deze integrale aanpak voor preventie van depressie bij ouderen. Later zullen vergelijkbare methoden voor jongeren en volwassenen worden ontwikkeld. Dit boek vormt een drieluik met twee andere uitgaven: een overzicht van veelbelovende en effectieve preventieve interventies en een handleiding om de integrale aanpak depressiepreventie ouderen te realiseren.

Uitgangspunten voor de integrale aanpak depressiepreventie ouderen

Bij de opzet van een aanpak van depressiepreventie ouderen hebben we ons laten leiden door drie overwegingen.

De aanpak dient integraal te zijn

De sociale leefomgeving speelt een belangrijke rol bij geestelijke gezondheid en gezond gedrag van mensen. Het gaat daarbij om goede woonomstandigheden en een veilige leefomgeving. Maar het gaat vooral ook om ervaren binding met mensen in de omgeving en het versterken van sociale netwerken, *community-building* en om de mogelijkheid om maatschappelijk actief te blijven en een zinvolle rol te vervullen. Een effectieve preventieve aanpak is daarom gericht op individu én omgeving. Dit komt tot uitdrukking in een integraal beleid, waarbij gezondheid in samenhang met andere beleidsterreinen wordt bekeken, zoals welzijn, wonen en veiligheid.

¹ De auteurs willen Anja Koornstra, Martijn Bool, Judith Blekman, Adry Hoevenaars, Harrie Jonkman en Ineke Voordouw graag hartelijk bedanken voor het lezen en becommentariëren van eerdere versies van deze onderbouwing.

De aanpak dient gebaseerd te zijn op de wetenschappelijke 'state of the art'

De laatste jaren is er veel wetenschappelijk inzicht ontstaan over de oorzaken van depressie en effectieve interventies om depressie te voorkomen. Heel belangrijk is daarbij het inzicht in *risicofactoren* (factoren die kans op depressie bij ouderen vergroten) en *beschermende factoren* (factoren die beschermen tegen depressie). De integrale aanpak depressiepreventie ouderen is gebaseerd op dit inzicht en heeft daarmee een solide, wetenschappelijke basis die een optimale kans op concrete resultaten geeft.

De aanpak dient flexibel te zijn voor toepassing binnen een lokale context

Geen gemeente is hetzelfde. Dat geldt zowel voor de samenstelling van haar bevolking, als voor fysieke kenmerken van gemeenten, als de reeds aanwezige voorzieningen, zorg en beleid. Dit betekent dat een blauwdruk weinig zinvol is. De methode dient daarom de bouwstenen en instrumenten aan te leveren waarmee gemeenten op basis van de specifieke lokale omstandigheden een integrale aanpak op maat kunnen maken.

Hoofdpijnen integrale aanpak depressiepreventie ouderen

Op basis van de hiervoor genoemde uitgangspunten is een stappenplan met bijbehorende instrumenten ontwikkeld waarmee gemeenten in relatief korte tijd (een periode van een jaar) een integrale aanpak depressiepreventie ouderen kunnen ontwikkelen. In het stappenplan komen achtereenvolgens aan de orde: de organisatie van een lokaal samenwerkingsverband, een snelle probleemanalyse van de bevolking en aanwezige risicofactoren, een responsanalyse van de mogelijkheden die gemeenten en betrokken organisaties hebben om een preventief gezondheidsbeleid te ontwikkelen en het formuleren van een actieplan.

De actieplannen kunnen zich daarbij op drie strategieën richten.

1. Verbetering van vroegherkenning van depressieve klachten bij ouderen.

Hierbij kan worden gedacht aan het versterken van de eerstelijns- en nuldelijnsgezondheidszorg met instrumenten en kennis om depressieve klachten sneller te onderkennen, de implementatie van effectieve preventieve (minimale) interventies, de inzet van nieuwe media, het verbeteren van samenwerking tussen organisaties (stepped-care, ketenzorg). Voor de geestelijke gezondheidszorg is daarbij een belangrijke rol weggelegd voor consultatie.

2. Preventie gericht op hoogrisicogroepen

Het gaat hierbij om ouderen die nog geen depressie hebben, maar wel een sterk verhoogd risico om depressief te worden. Men kan hierbij denken aan ouderen met een chronische ziekte, ouderen die te maken hebben met functionele beperkingen of ouderen zonder sociaal netwerk die het gevoel hebben geen greep te hebben op hun leven. Mensen zijn (sterk) verhoogd kwetsbaar voor depressie als er sprake is van meerdere risicofactoren. Preventieve programma's richten zich op versterking van cognitieve vaardigheden, zelfredzaamheid, mastery (het idee dat men controle kan uitoefenen en voldoende competent is) en lichamelijke gezondheid en voorlichtingscampagnes waardoor zij minder kwetsbaar worden.

3. *Beleid gericht op versterking sociale leefomgeving*

Hierbij kan worden gedacht aan programma's en beleid die de sociale interactie en sociale cohesie van ouderen versterken of programma's gericht op verbetering van de beeldvorming, veiligheid etc. Zoals gezegd mag juist van een combinatie van deze strategieën een substantieel vermindering van het aantal depressies bij ouderen verwacht worden.

Overwegingen rond de toepassing van de integrale aanpak depressie preventie ouderen

De rijksoverheid heeft in het kader van het nationale volksgezondheidsbeleid depressiepreventie tot speerpunt gemaakt. Een methodiek om tot een integrale aanpak bij ouderen te komen is gereed. Gemeenten en instellingen kunnen aan de slag gaan met integrale depressiepreventie bij ouderen. We zijn ons ervan bewust dat een gemeente met veel gezondheidsproblemen te maken krijgt en prioriteiten moet stellen. Behalve door inzicht in de omvang en ernst van de problematiek en het gegeven dat de rijksoverheid depressie tot speerpunt heeft gemaakt, zal een gemeente zich ook laten leiden door praktische overwegingen. Welke inspanningen en kosten zijn verbonden aan een lokaal gezondheidsbeleid gericht op preventie van depressie? Hoeveel investeringen worden van de gemeente gevraagd en hoeveel kan worden overgelaten aan relevante organisaties? Welke resultaten mag je binnen afzienbare tijd verwachten van een preventief beleid? In de volgende hoofdstukken komen deze vragen uitgebreid aan de orde. We noemen een aantal overwegingen om IAD-ouderen op te nemen in de lokale gezondheidsplannen.

Het gaat om een aanzienlijk deel van de populatie in een gemeente

We nemen de gemeente Velsen als voorbeeld. Velsen is een (deel)gemeente met 60.000 inwoners (Riagg Midden-Kennemerland, 2003). In Velsen wonen 15.600 mensen van 55 jaar en ouder. Uit landelijk bevolkingsonderzoek weten we dat 16% van de ouderen last heeft van ernstige (klinische relevante) depressieve klachten in één jaar. Dit betekent dus dat op enig moment ongeveer 1500 ouderen te kampen hebben met ernstige depressieve klachten. Daarbij is van belang om zich te realiseren wat de consequenties zijn voor deze groep ouderen:

- deze mensen hebben een verhoogde kans om vroegtijdig te sterven;
- de kwaliteit van leven drastisch is verminderd;
- deze mensen hebben een verhoogde kans op hart- en vaatziekten;
- een depressieve periode duurt gemiddeld 8 maanden;
- bij meer dan de helft van de mensen worden klachten chronisch;
- bij mensen die wel herstellen, maakt 40% binnen twee jaar een herhaling mee.

Daarnaast zal minimaal 10 % van de inwoners van 55 jaar en ouder een sterk verhoogd risico hebben op het krijgen van een depressie (Smit e.a., 2004). Dit betreft ongeveer 1550 ouderen. De integrale aanpak depressiepreventie ouderen richt zich dus op minimaal 3000 mensen. Dit is bijna éénvijfde van het aantal 55-plussers in de gemeente en ongeveer 5% van de totale bevolking.

Integrale depressiepreventie draagt bij aan andere beleidsdoelstellingen

In veel gemeenten is versterking van de zelfredzaamheid en het zelfsturend vermogen van 55-plussers een belangrijke doelstelling. Doordat het programma zich richt op versterking van de competenties van vooral kwetsbare ouderen draagt de aanpak bij aan deze doelstellingen. De integrale aanpak depressiepreventie ouderen gaat uit van een dynamische, positieve visie op oud worden (zie hoofdstuk 2). Hierbij draait het om het scheppen van optimale voorwaarden waardoor zoveel mogelijk mensen de regie over hun eigen leven behouden, zich kunnen blijven ontwikkelen en maatschappelijk en sociaal actief blijven en daardoor zo min mogelijk gebruik maken van verpleging en zorg.

Het gaat niet om nieuwe kostbare, additionele voorzieningen

Belangrijke doelstellingen zijn vooral het creëren van meer samenhang tussen zorgaanbieders enerzijds en tussen de zorg en andere beleidsterreinen (welzijn, sociaal, veiligheid) anderzijds.

Veel kennis en capaciteit is reeds in de gemeente aanwezig

Voor de integrale aanpak is het van belang dat preventie van depressie bij ouderen onderdeel uitmaakt van het lokaal gezondheidsbeleid in de gemeente en dat de gemeente een deel van de regie op zich neemt. Een groot deel van de kennis en capaciteit om een integrale aanpak te realiseren is echter reeds aanwezig. Met name GGZ-instellingen (afdeling preventie) en de GGD'en kunnen een voortrekkersrol vervullen.

MISVERSTANDEN OVER DEPRESSIE

Rondom depressie bestaan nog veel misvattingen die ertoe bijdragen dat er onvoldoende actie wordt ondernomen. We bespreken er een aantal.

- *Depressie is niet ernstig* - Een veelvoorkomende gedachte is dat depressie niet ernstig is en bij het leven hoort. De gedachte is dat iedereen wel eens somber is en een 'mindere periode' meemaakt. Wanneer we echter spreken over depressie of klinisch relevante depressieve klachten hebben we het niet over een tijdelijke dip of een baaldag. Het gaat om een ernstige aandoening die voor mensen een ziekte last met zich meebrengt die vergelijkbaar is met een gebroken heup.
- *Aandacht voor (preventie van) depressie ondermijnt de eigen verantwoordelijkheid van mensen* - Een andere misvatting is dat te veel aandacht voor depressies leidt tot toenemende afhankelijkheid van professionele zorg en de eigen verantwoordelijkheid van mensen wegneemt. Deze gedachte doet geen recht aan het probleem. Iemand met een klinische depressie heeft een ernstige aandoening waarvoor goede behandelingen beschikbaar zijn. Preventie van depressie is juist gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en het versterken van de competenties van mensen waardoor ze beter om kunnen gaan met uitdagingen. Preventie richt zich op het overdragen van kennis waardoor mensen leren omgaan met depressieve klachten, en ook op het herstellen van de interactie tussen mensen en hun omgeving.
- *Depressie is een welvaartsziekte* - Ook dit is een veelvoorkomend misverstand. De gedachte lijkt ook te suggereren dat we het vervolgens maar moeten accepteren als een 'bijverschijnsel' van onze welvaart. Deze gedachte is feitelijk onjuist. Depressie komt evenveel voor in landen met veel armoede.

Opzet

In deze introductie op de integrale aanpak depressiepreventie ouderen wordt in drie hoofdstukken de methodiek besproken om tot een integrale preventie van depressie bij ouderen te komen. Het eerste hoofdstuk gaat dieper in op de relevantie van een integrale aanpak. Het beschrijft in het kort ook het stappenplan om een integrale aanpak te realiseren en de potentiële resultaten. In hoofdstuk twee wordt een theorie over succesvol ouder worden weergegeven. Deze theorie levert de bouwstenen voor een preventieve aanpak die zich richt op het versterken van factoren die ouderen helpen om een depressie te voorkomen (beschermende factoren). Het derde hoofdstuk geeft ten slotte een epidemiologische onderbouwing van depressiepreventie bij ouderen. Deze onderbouwing maakt het mogelijk om tot een optimale selectie van wijken en doelgroepen te komen.





Hoofdstuk 1

Een integrale aanpak depressiepreventie bij ouderen

Voordat we ingaan op integrale preventie en de methodiek van onze integrale preventieve aanpak van depressie bij ouderen, besteden we aandacht aan de omvang en de ernst van depressie bij ouderen. Daardoor wordt duidelijk waarom depressiepreventie bij ouderen alle aandacht behoeft. Na de beschrijving van (traditionele) depressiepreventie wordt duidelijk hoe belangrijk de organisatie van depressiepreventie is. De belangrijkste voorwaarden zijn dat preventie van depressie bij ouderen wordt ingebed in het gemeentelijk beleid op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ-beleid) en dat de preventieve aanpak een integraal karakter heeft. De nieuwe stap naar integrale preventie kan worden gezet met behulp van een stappenplan om integrale preventie uit te voeren. Na de introductie van dit stappenplan laten we zien hoe integrale preventie al aansluit bij bestaande wetgeving en bij de belangrijkste doelstellingen van public health en wat we ervan mogen verwachten.

1.1 Waarom depressiepreventie bij ouderen?

Depressie is één van de meest voorkomende psychische stoornissen. Jaarlijks hebben 640.000 ouderen (16%) last van klinisch relevante depressieve klachten en komen dus voor behandeling in aanmerking. Van hen beantwoorden 97.000 (2%) aan de DSM-criteria voor een depressieve stoornis (Beekman, 2002b).

Depressie is zeker geen tijdelijke dip. Het is een ernstige aandoening die voor mensen een grote ziektelast met zich meebrengt, vergelijkbaar met een gebroken heup (Ruwaard & Kramers, 1997). De ziektelast kan worden uitgedrukt in zogeheten DALY's (disability adjusted life years). Daarbij wordt de ziektelast van een aandoening berekend door het aantal verloren levensjaren door voortijdige sterfte op te tellen bij het relatieve aantal levensjaren die door de ziekte worden doorgebracht in slechte gezondheid. Zo kunnen we de ziektelast van somatische en psychische ziekten vergelijken. Het resultaat is opvallend. Depressie behoort nationaal en internationaal tot de aandoeningen met de grootste ziektelast (Ustun e.a., 2004).

De prognose van depressie is bepaald ongunstig. Een depressieve periode duurt gemiddeld acht maanden, bij ouderen mogelijk langer want bij meer dan 50% ontstaat er een chronische depressie (Beekman e.a., 2002a). Ook de prognose na herstel is niet gunstig: ongeveer 40% maakt binnen twee jaar een herhaling mee. Depressie is verder geassocieerd met vroegsterfte. De kans om binnen een bepaalde periode te overlijden, is 1,65 maal zo groot bij mensen met een depressie (Cuijpers & Smit, 2002). Dit betekent dat depressie meer bijdraagt aan vroegsterfte dan alle andere leefstijlfactoren (ongezond eten, gebrek aan beweging etc.) behalve roken.

We kunnen daarom vaststellen dat depressie een aanzienlijke bedreiging vormt voor de volksgezondheid. De World Health Organization (WHO) heeft depressie daarom tot één van de prioriteiten van haar beleid gemaakt (Hosman & Lopez, 2004). Ook in Nederland wordt onderkend dat een extra inspanning nodig is om het aantal depressies te verminderen (VWS, 2003). De veelbelovendste manier om dit doel te bereiken is depressie te voorkomen (preventie). Daarvoor zijn verschillende redenen.

Het aantal nieuwe klinische depressies bij ouderen is relatief groot: ongeveer 94.000 nieuwe

gevallen per jaar (Smit e.a., in druk). Uitsluitend kiezen voor behandeling is alleen al vanwege de enorme aantallen nieuwe depressiegevallen een onrealistische optie, en bovendien relatief duur. Het is efficiënter om deze instroom van nieuwe gevallen te beperken, dus om in te zetten op preventie.

Daarbij komt dat zelfs ideale omstandigheden voor hulp (80% van de mensen met depressie heeft toegang tot de zorg, en ontvangt de beste, bewezen effectieve, behandelingen) niet meer dan eenderde van de ziektelast van depressies zou verminderen (Andrews & Wilkinson, 2002; Andrews e.a., 2004).

De belangrijkste reden is echter dat effectieve preventie van depressie bij ouderen mogelijk is (Beekman, 2004; Cuijpers, Van Straten & Smit, in druk; Willemse e.a., 2004).

1.2 Wat is preventie?

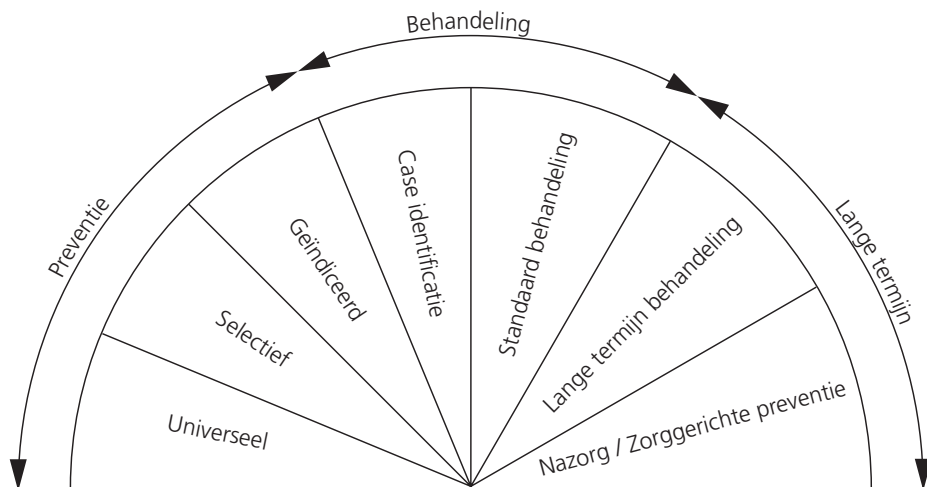
Preventieve interventies zijn interventies die erop zijn gericht om ernstige psychische problemen te voorkomen, dan wel tijdig op te sporen en te behandelen voordat eerste klachten de kans krijgen uit te groeien tot volledige psychiatrische stoornissen. Daarnaast zijn er ook preventieve activiteiten mogelijk als iemand al een psychiatrische stoornis heeft, bijvoorbeeld door de gevolgen van de aandoening voor zijn familie te verzachten of door te voorkomen dat deze persoon ook nog andere (secundaire) aandoeningen krijgt.

In Nederland is het lang gebruikelijk geweest om een onderscheid te maken tussen primaire preventie (het voorkomen van ziekte door het wegnemen van de oorzaken) en secundaire preventie (vroegtijdige opsporing en behandeling). Bij primaire preventie richt men zich op populaties die nog geen aandoening hebben, bij secundaire preventie op mensen die wel klachten hebben maar niet zoveel of zodanig ernstige dat een psychiatrische diagnose gesteld kan worden.

Voor primaire preventie is een aangescherpte definitie ontwikkeld (Mrazek & Haggerty, 1994; National Advisory Mental Health Council Workgroup on Mental Disorders Prevention Research, 1998). Figuur 1 geeft het gehele spectrum van interventies gericht op psychische problemen weer, waaronder ook de preventieve interventies vallen. In dit spectrum worden vier vormen van primaire preventie onderscheiden:

- *Universele preventie* is gericht op de algemene bevolking of een deelpopulatie die niet geïdentificeerd is op basis van een individuele risicofactor. Bijvoorbeeld: massamediale campagnes gericht op de gehele bevolking of schoolgerichte interventies, waarbij alle leerlingen, ongeacht hun risicostatus, benaderd worden.
- *Selectieve preventie* is gericht op individuen of een subgroep van de populatie waarbij het risico op het ontwikkelen van een psychisch probleem aanzienlijk verhoogd is. Bijvoorbeeld: mensen die recent een ingrijpende levensgebeurtenis hebben meegemaakt of bloot staan aan een (chronische) stressor zoals echtscheiding, rouw, zorgen voor een ziek familielid, werkloosheid).
- *Geïndiceerde preventie* is gericht op individuen die niet voldoen aan diagnostische criteria voor een psychische stoornis, maar die al wel een aantal symptomen hebben die voorafgaan aan de stoornis, of die biologische kenmerken ('markers') hebben die duiden op een predispositie voor een psychiatrische aandoening. Terwijl bij selectieve preventie nog geen klachten aanwezig hoeven te zijn, is dat bij geïndiceerde preventie wel het geval.
- *Zorggerichte preventie* is gericht op mensen die een aandoening hebben volgens ICD-10 of DSM-IV criteria. Preventieve interventies gericht op deze groepen zijn gericht op terugvalpreventie, het voorkomen van comorbiditeit en het verminderen van de consequenties van de psychische aandoeningen voor mensen in de directe omgeving.

Samenvattend kan men wel stellen dat de eerste drie vormen van preventie overeenkomen met primaire preventie en de laatste met secundaire preventie, hoewel zorggerichte preventie ook onderdelen omvat die eerder niet als secundaire preventie werden aangeduid (zoals bijvoorbeeld het verminderen van de consequenties van aandoeningen voor de omgeving).



Figuur 1 Interventie spectrum voor psychische stoornissen

(NAAR MRAZEK & HAGGERTY 1994)

1.3 Een nieuwe stap: integrale preventie

Preventie zoals omschreven in de vorige paragraaf omvat verschillende vormen van preventie. Telkens is het een punt van aandacht op welke groep de betreffende preventie zich richt: op de algemene bevolking, op risicogroepen of op mensen met beginnende klachten. In de afgelopen jaren zijn vele preventieve programma's ontwikkeld die aansluiten bij deze strategieën en die vanuit verschillende instellingen (maar vooral GGZ-instellingen) worden aangeboden aan ouderen (Bohlmeijer & Cuijpers, 2001). Een overzicht van deze interventies wordt gegeven in een apart boekje (Cuijpers & Willemse, 2005).

Hoewel veel ouderen gebruikmaken van het preventieaanbod, heeft de huidige uitvoering van GGZ-preventie twee belangrijke beperkingen. De eerste beperking is dat preventieve interventies in het algemeen niet zijn ingebed in een lokaal gezondheidsbeleid en niet worden gekoppeld aan een systematische analyse van de bevolking ter plaatse. Het gevolg is dat er niet echt sprake is van een goede analyse van risicofactoren en beschermende factoren in communities of wijken. Dit kan ertoe leiden dat een gemeenschappelijke aanpak ontbreekt of dat preventieve interventies onvoldoende doelgericht worden ingezet of dat het preventiebeleid continuïteit ontbeert. Een voorbeeld hiervan is dat preventieve interventies niet zijn gekoppeld aan structurele vroegsignalering en screening. Een ander voorbeeld is dat er in een wijk een grote hoeveelheid preventieve activiteiten wordt uitgevoerd zonder dat er sprake is van een duidelijk focus of samenhang of dat duidelijk is wat elke organisatie doet. Een tweede beperking is dat preventie zich tot op heden, hoewel niet uitsluitend, vooral richt op het individu en niet op omgevingsfactoren. Ook in de omgeving van mensen kunnen belangrijke

risicofactoren en beschermende factoren aanwezig zijn die geestelijke gezondheid belemmeren of juist bevorderen. Juist van de combinatie van individugerichte en omgevingsgerichte preventie mag een sterk effect worden verwacht (Van Oers, 2002).

Om de incidentie van depressies bij ouderen substantieel omlaag te brengen en de ziektelast die gepaard gaat met deze depressies te verminderen is een integrale preventieve aanpak noodzakelijk. Kenmerken van een integrale preventieve aanpak zoals wij die voorstaan zijn:

Een overzicht en analyse van relevante risicofactoren en beschermende factoren in de lokale leefwereld, een epidemiologische onderbouwing.

Centraal in de preventiewetenschap staat het risicoreductiemodel (Mrazek & Haggerty, 1994). In dit model worden risicofactoren en beschermende factoren onderscheiden. Risicofactoren zijn factoren die de kans op het ontstaan van een stoornis vergroten. Beschermende factoren zijn factoren die, in aanwezigheid van risicofactoren, de kans op het ontstaan van een stoornis verkleinen. Op basis van landelijk epidemiologisch onderzoek kan worden bepaald welke factoren het risico op depressie bij ouderen vergroten en welke factoren juist beschermen tegen een depressie. Een integrale aanpak op regionaal niveau start derhalve met het in kaart brengen van de prevalentie van risicofactoren en beschermende factoren in die regio. Vervolgens kan het beleid zich vooral richten op die risicofactoren die het meest en de beschermende factoren die het minst aanwezig zijn. In hoofdstuk 3 wordt verder ingegaan op dit onderzoek.

Implementatie van (een combinatie van) effectieve interventies op basis van het bevolkingsonderzoek.

Vervolgens worden bij voorkeur preventieve interventies ingezet, waarvan is aangetoond dat zij de geselecteerde risicofactoren en beschermende factoren beïnvloeden en daadwerkelijk tot afname van depressie onder ouderen leiden. Bij voorkeur worden vormen van universele, selectieve en geïndiceerde preventie gecombineerd waardoor een keten van preventieve interventies ontstaat.

Facetbeleid gericht op een veilige en uitdagende leefomgeving

Risicofactoren en beschermende factoren kunnen aan personen gebonden zijn, maar ook aanwezig zijn in de omgeving van mensen (Hosman e.a., 2005). Tabel 1.1 geeft een overzicht van een aantal omgevingsfactoren waarvan de invloed op geestelijke gezondheid is bewezen. Preventie is vooral effectief wanneer interventies gericht op versterking van de veerkracht en competenties van mensen worden aangevuld met interventies gericht op reductie van risicofactoren in de leefomgeving en toename van beschermende factoren in de omgeving. In hoofdstuk twee wordt deze benadering verder toegelicht.

Een community-benadering

Dit houdt in een gemeenschappelijke aanpak waarbij relevante organisaties samen met de doelgroep werken aan een oplossing van een goed onderzocht probleem. Het is van belang dat een integrale aanpak wordt ontwikkeld en uitgevoerd door een lokale projectgroep waarin relevante stakeholders en vertegenwoordigers van de doelgroep zijn vertegenwoordigd. Hiervoor zijn verschillende redenen. Een integrale aanpak is alleen realiseerbaar wanneer relevante organisaties bereid zijn om de verschillende onderdelen uit te voeren. Het hiervoor benodigde draagvlak zal alleen ontstaan wanneer organisaties vanaf de start bij het proces worden betrokken (Bohlmeijer e.a., 2005). Een tweede reden is dat het effect van integrale preventie mede afhangt van de mate waarin ouderen

bereid zijn zich ook zelf in te zetten voor een gezonde leefomgeving en om deel te nemen aan preventieve interventies. Gedragsverandering vraagt allereerst om motivatie tot gedragsverandering en daartoe zullen o.a. voldoende prikkels van de sociale leefomgeving waarin ouderen leven uit moeten gaan (Bohlmeijer e.a., 2003). Een sociale netwerkstrategie staat centraal in de community-benadering (Bracht & Gleason, 1990; van Assema & Willemsen, 1993; Bohlmeijer e.a., 2003).

Tabel 1.1 Overzicht sociale, economische en omgevingsfactoren die van invloed zijn op de psychische gezondheid en het gemeentelijk beleid dat zich op deze risicofactoren richt.

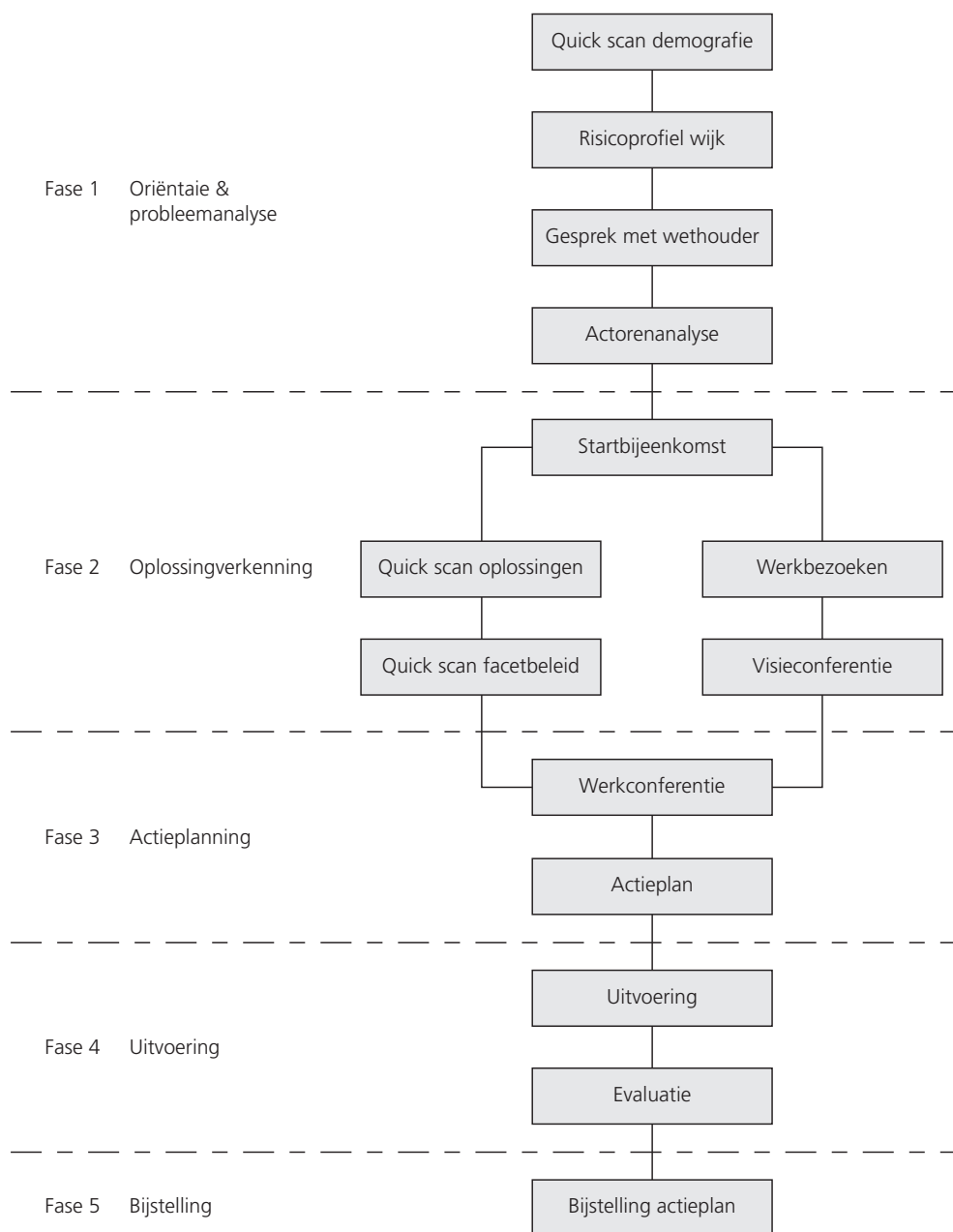
Risicofactoren	Gemeentelijk beleid
Isolatie en vervreemding	Welzijn, reïntegratie oud- en nieuwkomers
Gebrek aan onderwijs, huisvesting, vervoer	Onderwijs, huisvesting, vervoer
Achterstandswijk	Welzijn, buurtgericht grote stedenbeleid
Slechte sociale omstandigheden	Welzijn, buurtgericht grote stedenbeleid
Slechte voeding	Gezondheidsbevordering
Armoede	Sociaal beleid
Beschermende factoren	
Integratie van etnische minderheden	Integratiebeleid
Positieve interpersoonlijke interacties	Opbouwwerk
Sociale participatie	Sociaal beleid
Sociale verantwoordelijkheid en tolerantie	Sociaal beleid
Sociale voorzieningen	Sociaal beleid
Sociale steun en netwerken in de omgeving	Welzijn, sociaal beleid

BRON: WHO, PREVENTION OF MENTAL DISORDERS, 2004 (ZIE VERDER: HOSMAN, JANÉ-LLOPIS & SAXENA (2005) IN: RUITER E.A., 2005).

1.4 Een stappenplan voor integrale preventie

Hoe kunnen we nu invulling geven aan geïntegreerde preventie? Voor de uitvoering ervan hebben we een stappenplan ontwikkeld. Figuur 2 biedt een overzicht van de fasen die binnen IAD-ouderen doorlopen worden en de concrete stappen die in elke fase worden gezet. In totaal gaat het om 5 fasen.

- In *fase 1* staat *oriëntatie* centraal. Er vindt nadere verkenning plaats naar de haalbaarheid van een integrale aanpak depressiepreventie ouderen in een gemeente. Een onderdeel daarbij is om te onderzoeken of er voldoende draagvlak bestaat bij relevante stakeholders om te participeren. In deze fase vindt ook de kwantitatieve probleemanalyse plaats. Wanneer er voldoende draagvlak aanwezig is wordt overgaan naar fase 2. Fase 1 duurt drie maanden.
- *Fase 2* (oplossingverkenning) begint met een startbijeenkomst waaraan alle stakeholders deelnemen. De doelstellingen en onderdelen van IAD-ouderen worden besproken. Vervolgens vinden er twee trajecten parallel plaats. Met een aantal snelle onderzoeksmethoden vindt verkenning plaats naar mogelijke oplossingen. Tevens wordt een **Quick scan facetbeleid** uitgevoerd. Daarnaast bezoeken de deelnemers elkaar en werken ze aan gemeenschappelijke ambities en een gemeenschappelijke visie. Beide trajecten leveren de bouwstenen voor de derde fase. Fase 2 duurt zes maanden.
- In *fase 3* komt een concreet **actieplan** tot stand. Op een werkconferentie worden de uitkom-



Figuur 1.2 Stappenplan aanpak integrale depressiepreventie ouderen

In de handleiding integrale aanpak depressiepreventie ouderen worden de fasen en bijbehorende stappen gedetailleerd uitgewerkt en toegelicht.

sten van het onderzoek uit fase 2 besproken en op basis van deze uitkomsten en de gemeenschappelijke visie wordt gebrainstormd over voorstellen voor acties. De projectleider werkt deze voorstellen uit tot een actieplan. Wanneer de betrokken organisaties instemmen met dit actieplan, start fase 4. Fase 3 duurt drie maanden.

- In fase 4 staat de **uitvoering** van het actieplan centraal. In werkgroepen worden de verschillende onderdelen van het actieplan concreet uitgevoerd. Er wordt een evaluatieplan geschreven. Na de periode van 12 maanden wordt de balans opgemaakt. Is men over het algemeen tevreden over de voortgang? Zijn er resultaten zichtbaar? Wanneer men positief oordeelt komt fase 5 in zicht.
- In fase 5 vindt **bijstelling** van het actieplan plaats en worden **nieuwe werkdoelen** geformuleerd.

1.5 De openbare geestelijke gezondheidszorg als kader voor integrale preventie

Een integrale aanpak van depressie bij ouderen wordt uitgevoerd binnen het kader van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). Immers bij de integrale aanpak gaat het vooral om het werken aan collectieve preventie en aan een proactieve, bevolkingsgerichte gezondheidszorg waarin vroegsignalering een belangrijke plaats inneemt (Smit e.a., 2003). In Nederland is de verantwoordelijkheid voor de OGGZ vastgelegd in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Sinds 2003 geldt de verplichting dat alle gemeenten eens in de vier jaar in een nota lokaal gezondheidsbeleid vaststellen, hoe zij de taken uit de WCPV zullen gaan uitvoeren.

Voor de OGGZ is een basisaanbod omschreven. Naast het verzorgen van crisisopvang, dak- en thuislozenzorg en bemoeizorg, behoren daar ook toe het bevorderen van de psychische gezondheid en de preventie van psychische stoornissen en verslavingen. In het modelconvenant OGGZ (Convenant OGGZ: een handreiking. VNG, 2002) wordt als doelstelling voor preventie geformuleerd: 'een breed en epidemiologisch onderbouwd aanbod van preventieve activiteiten op het terrein van de OGGZ, gericht op verscheidene (risico) groepen van de bevolking'. Daarbij is de rol van de gemeenten: 'ervoor zorgen dat er op het gebied van de preventie activiteiten worden uitgevoerd. Ze heeft hierin een checkfunctie en een bevorderende functie'. Als actoren worden genoemd: 'GGZ en verslavingszorg, de afdeling gezondheidsbevordering van de GGD en preventieafdelingen van andere organisaties/instellingen'.

1.6 Doelstellingen van integrale preventie

Als afsluiting van dit hoofdstuk staan we stil bij het resultaat van een integrale aanpak. Wat kunnen we ervan verwachten en hoe zou een openbare geestelijke gezondheidszorg gericht op preventie van depressie bij ouderen er idealiter uitzien?

Het programma is feitelijk een methode om de infrastructuur voor preventie van psychische problemen op te bouwen c.q. te versterken. Hieronder wordt een aantal doelstellingen genoemd.

- Er is een actieplan ontwikkeld gericht op preventie van depressie bij ouderen.
- Er is inzicht in de omvang en verspreiding van depressie onder de oudere bevolking van een gemeente en er is inzicht in de aanwezigheid van relevante risicofactoren en beschermende factoren. Deze analyse zorgt ervoor dat het gezondheidsbeleid (integrale aanpak) zich richt op die

wijken waar de aanpak het meest nodig is en op die risicofactoren die de grootste bijdrage leveren aan het gezondheidsprobleem.

- Er is sprake van een gericht facetbeleid bij de gemeente. Het facetbeleid is enerzijds gericht op het wegnemen van risicofactoren in de omgeving van ouderen en anderzijds op het vormen van een uitdagende en prikkelende omgeving. Dat wil zeggen een omgeving die voldoende mogelijkheden biedt maatschappelijk actief te blijven en mogelijkheden biedt voor sociale contacten en ondersteuning.
- De rol en taken van relevante stakeholders in de preventieve zorg zijn duidelijk. Er is sprake van een 'collaborative partnership'. De lokale gemeenschap krijgt een aantal instrumenten in handen waarmee zij zelf kunnen werken aan een betere leefomgeving.
- De bevolking wordt regelmatig geïnformeerd over wat zij zelf kan doen om een goede geestelijke gezondheid te behouden. De bevolking wordt regelmatig voorgelicht over depressieve klachten en de mogelijkheden om daarmee om te gaan.
- Er is een gevarieerd aanbod van preventieve interventies dat aansluit bij de verschillende wensen en vragen van ouderen (al dan niet met depressieve klachten). De interventies richten zich op het versterken van de competenties (persoonlijke vaardigheden) van ouderen.
- De eerstelijnsgezondheidszorg is toegerust met de kennis en instrumenten om signalen van depressie te onderkennen en ouderen te motiveren en te verwijzen naar een preventief aanbod.
- De preventieve (openbare) en curatieve geestelijke gezondheidszorg sluiten goed op elkaar aan en is georganiseerd volgens de principes van stepped care. Dat wil zeggen dat het accent waar mogelijk ligt op lichte hulp. In de zorgketen wordt optimaal gebruikgemaakt van nieuwe media.

De doelstellingen werden geformuleerd als bereikte resultaten, maar het gaat hier om intermediaire doelstellingen. Het uiteindelijke doel is vermindering van het aantal depressies onder ouderen en toename van de mogelijkheden om geestelijk gezond oud te worden.

Ook de intermediaire doelstellingen getuigen van een grote ambitie. In het actieplan krijgt de ambitie concrete handen en voeten. Niet alles hoeft tegelijkertijd gerealiseerd te worden. Maar wel getuigen de doelstellingen als geheel genomen van een langetermijnvisie op wat er nodig is om tot een substantiële vermindering van depressies onder ouderen te komen en een daarbij passende openbare geestelijke gezondheidszorg. Een minimale eerste stap zou bijvoorbeeld zijn om programma's te implementeren die gericht zijn op competentieversterking van 'kwetsbare' groepen ouderen en op het versterken van hun sociale leefomgeving. Een volgende stap zou kunnen zijn om instrumenten gericht op vroegsignalering te implementeren etc.

Ten slotte

Er bestaan veel misverstanden over preventie. Zoals de overtuiging dat preventie mensen nog afhankelijker maakt van de gezondheidszorg of professionele hulp of dat preventie de eigen verantwoordelijkheid ondermijnt. De integrale preventieve aanpak heeft echter tot doel om de competenties van ouderen te mobiliseren waardoor zij juist meer controle krijgen en zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun leven. Een leefomgeving dient veilig te zijn maar daarnaast juist ook mensen te prikkelen om hun competenties verder te ontwikkelen en in te zetten. Centraal in het programma staat een positieve visie op geestelijke gezondheid van ouderen. In het volgende hoofdstuk gaan we er nader op in.



Hoofdstuk 2

Succesvol ouder worden

Bij alle aandacht voor depressie bij ouderen is het goed te bedenken dat de meeste ouderen op enig moment geen depressie hebben. De doorsnee oudere leeft zijn leven zoals hij of zij dat altijd heeft gedaan. Dat leven biedt op allerlei gebieden tegenslagen en kansen op succesvol ouder worden. We beschrijven hieronder de positieve, tegen depressie beschermende factoren die succesvol ouder worden bepalen. Als we weten welke deze zijn kunnen we op positieve wijze de voorwaarden scheppen waaronder zoveel mogelijk mensen succesvol oud worden. We gaan daarbij uit van het model van de 'persoon-omgevingsfit', een moderne toepassing van de ecologische verouderingstheorie van Lawton e.a. (Lawton en Nahemov, 1973). We realiseren ons dat succesvol ouder worden een onhandig begrip is. Immers, wat is succesvol? Feitelijk gaat het om geestelijk gezond ouder worden. Maar we gebruiken de term succesvol ouder worden omdat het in de gerontologische literatuur ingeburgerd is.

2.1 Zoeken naar balans tussen persoon en omgeving

De ecologische verouderingstheorie van Lawton gaat uit van een voortdurend veranderende omgeving die een zekere druk op het individu uitoefent. Het kan daarbij gaan om objectieve druk, zoals toenemend verkeerslawaaï in een wijk, maar ook om subjectieve druk, zoals vermeende criminaliteit. Zolang de druk niet te hoog of juist te laag is bestaat er een adaptieve zone met een optimale aanpassing. De omgeving 'past' bij het individu. Binnen deze zone is er sprake van een optimale kwaliteit van leven en van succesvol ouder worden. Naast de veranderende druk vanuit de omgeving zijn er individuele competenties: eigenschappen en vaardigheden waarmee de oudere op zijn omgeving en de veranderingen daarin reageert of zelfs een nieuwe omgeving creëert. Denk bijvoorbeeld aan woningaanpassingen of aan de verhuizing naar een comfortabel appartement, maar ook aan politieke activiteit zoals het strijden voor betere leefomstandigheden.

Binnen de adaptieve zone worden twee subzones onderscheiden: een comfortzone en een uitdagingzone. In de eerste kan het individu de omgevingsdruk erg gemakkelijk aan, en in de tweede doet de omgeving een groter beroep op zijn competenties. Zolang het comfort en de prikkel niet te groot zijn, kan een mens binnen de adaptieve zone blijven.

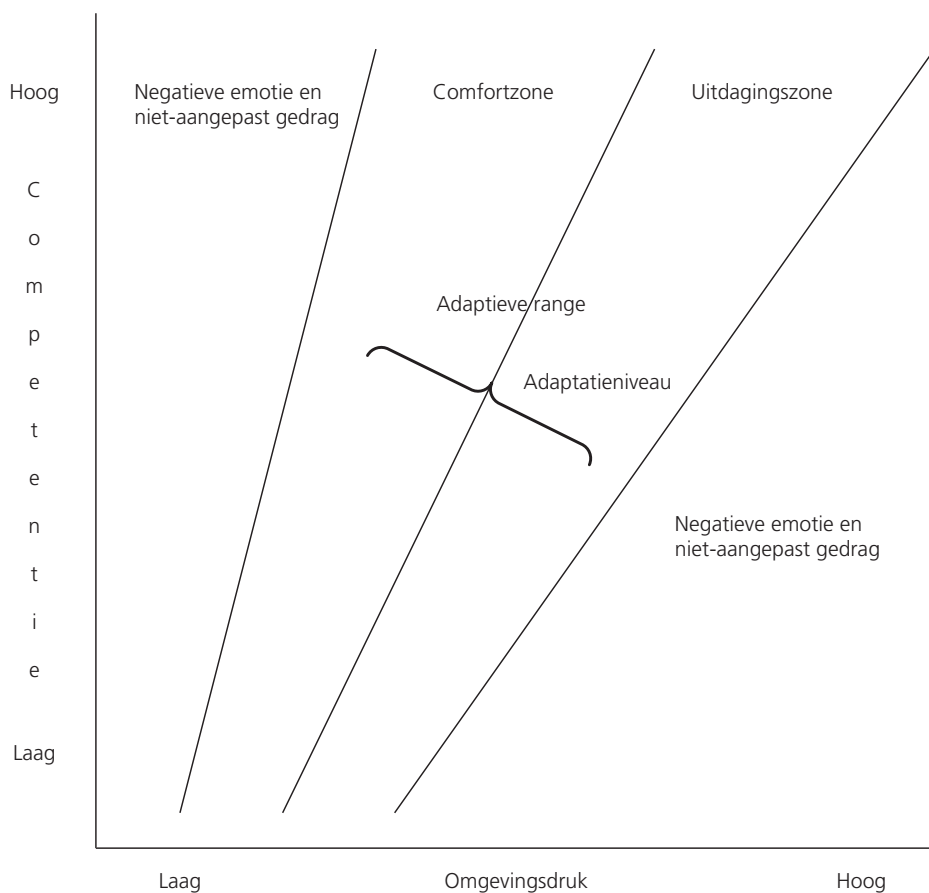
COMPETENTIES EN OMGEVINGSDRUK

Competenties geven het vermogen weer om bepaalde taken of functies uit te voeren. Dat kan gaan om bepaalde psychische kenmerken, lichamelijke gezondheid en sociale vermogens. Zowel de druk van de omgeving als de competenties veranderen voortdurend. Het verstrijken van de tijd betekent dat nieuwe omgevingselementen die aanvankelijk veel vroegen van de competenties na verloop van tijd gewoon zijn geworden. Zo vraagt een verhuizing in het begin veel aandacht en energie, maar na verloop van tijd weet iemand letterlijk en figuurlijk weer de weg. Iets vergelijkbaars gebeurt met het verlies van een echtgenoot of echtgenote. Het aardige is dat een uitdagende omgeving de competenties van de persoon laat toenemen. Veel weduwes leren hun administratie zelf af te handelen en menig weduwnaar leert koken. Wanneer een omgeving te weinig uitdaging biedt kan de com-

petentie ook weer afnemen. Dit is bijvoorbeeld een risico bij langdurig verblijf in een verzorgingshuis of verpleeghuis.

Ouderen met grotere en meer competenties ervaren minder snel een grote omgevingsdruk en bereiken sneller de adaptieve zone dan ouderen met minder competenties. In figuur 2.1 wordt deze theorie van Lawton weergegeven.

Vertaald naar de preventie van depressie bij ouderen betekent het model dat er een goede balans moet zijn tussen veranderingen in en kwaliteit van de omgeving en individuele competenties. Deze balans zal eerder verstoord zijn bij ouderen met beperkte competenties. Hieronder beschrijven we individuele factoren die deze competenties bepalen.



Figuur 2.1 Het model van de persoon-omgevingsfit (ecologische verouderingstheorie van Lawson e.a.)

2.2 Persoonlijkheid en psychologische strategieën

De theorieën over succesvol ouder worden richten zich op twee psychologische strategieën: het streven naar een innerlijke balans en het omgaan met veranderingen.

Vinden van een persoonlijke balans

De tweede helft van het leven kenmerkt zich door verinnerlijking. Tot dan toe verborgen aspecten van een persoon komen meer naar voren. Voor mannen gaat het om verzorgende, zachte kanten; voor vrouwen betreft het mannelijke aspecten, zoals actief handelen. Voor de psychische gezondheid is het herkennen en integreren van deze opkomende kwaliteiten een voorwaarde. Ook theorieën en begrippen zoals generativiteit (een goede relatie met de volgende generatie), ego-integriteit (besef dat het eigen leven betekenis heeft), gerotranscendentie (het overstijgen van de persoonlijke en materiële belangen) en wijsheid sluiten aan bij verinnerlijking en een behoefte om het leven in perspectief te zetten. Daarbij vinden onderzoekers gunstige effecten van life review methoden waarmee mensen in retrospectief een positieve lijn in hun leven kunnen construeren.

Greep houden op het eigen leven

Een tweede groep theorieën benadrukt het belang van het greep houden op het eigen leven bij het ouder worden. De beleving van positieve emoties is bij ouderen gedempter en rustiger dan bij jongeren. Ouderen blijken eerder emotionele hoogte- en dieptepunten te mijden. Deze neiging zou kunnen beschermen tegen een teveel aan prikkels en daarmee de greep op het emotionele leven kunnen verstevigen.

De greep op het eigen leven komt ook terug in concepten als self-efficacy, mastery en interne locus of control. Self-efficacy betreft de eigen inschatting dat doelen ook daadwerkelijk bereikt kunnen worden. Mastery geeft het gevoel weer zelf greep te hebben op wat gebeurt in het leven. Een externe locus of control daarentegen betekent dat gebeurtenissen worden ervaren als komend van buitenaf, zonder dat men zelf iets in te brengen heeft. Voor iemand met een externe locus of control is ziekte het gevolg van ouderdom of aanleg. Zo iemand zal ziekte accepteren als onoverkomelijk of als iets waarvoor de hulp van een dokter nodig is.

Primaire en secundaire control

Het belang van control of beheersing bij succesvol ouder worden is duidelijk maar verdient tegelijkertijd nuancering. Onderzoekers zien met het ouder worden een afname van primaire control (via gedrag actief en vasthoudend problemen oplossen) en een toename van secundaire control. Bij secundaire control draait het om het op cognitieve (dat wil zeggen via het denken) wijze greep krijgen op het leven. Een voorbeeld is het aanpassen van persoonlijke doelen aan situationele beperkingen. Secundaire control kan worden toegepast wanneer bijvoorbeeld afnemende energie en snelheid van handelen bepaalde doelen buiten bereik brengen. Wanneer iemand om lichamelijke redenen niet meer kan fietsen is het goed na te gaan welke doelen het fietsen precies had (buiten zijn, mobiliteit, sociale contacten, gezondheid) en of die doelen moeten worden bijgesteld of op een ander manier kunnen worden bereikt.

Ook het jezelf vergelijken met anderen (sociale vergelijkingen) is te zien als een beschermende cognitieve strategie van secundaire control. Als je zelf qua gezondheid veren moet laten, helpt het om jezelf voor te houden dat er anderen zijn die een nog slechtere gezondheid hebben.

Een andere cognitieve strategie is optimistisch zijn: geloven dat de eigen daden ertoe doen en

dat verandering mogelijk is. Ook als attributionele stijl (waaraan schrijft men de oorzaken van dingen toe?) is optimisme zinvol: de oorzaken van positieve gebeurtenissen worden beschouwd als blijvend, de oorzaken van negatieve gebeurtenissen als voorbijgaand. Optimisten generaliseren vanuit positieve gebeurtenissen en niet vanuit negatieve gebeurtenissen; zij nemen verantwoordelijkheid voor positieve en niet voor negatieve gebeurtenissen. Het laatste zien we terug in de trots (en dus geclaimde verantwoordelijkheid) op de eigen lichamelijke fitheid, terwijl de oorzaak van een ernstige ziekte op hoge leeftijd wordt beschouwd als iets wat je overkomt, of iets wat gewoon gebeurt als je ouder wordt. Het is overigens niet zo dat optimisten hun kop in het zand steken. Bij veranderingen oriënteren zij zich vooraf juist relatief goed op de feiten. Waarschijnlijk helpt hen dit greep te houden op de veranderingen.

Ten slotte beschrijft het model van 'selectieve optimalisatie met compensatie' een belangrijke strategie in de omgang met verlieservaringen bij het ouder worden. De selectie betreft concentratie op de domeinen met de hoogste prioriteit (wat vindt iemand werkelijk belangrijk). Optimalisatie gaat over methoden om de beschikbare bronnen te vergroten, bijvoorbeeld door oefening of door het slim inzetten van de persoonlijke mogelijkheden. Compensatie houdt in dat ouderen alternatieve competenties en strategieën inzetten wanneer vroegere competenties verloren raken. Een bekend voorbeeld van selectieve optimalisatie met compensatie is de pianist Bernstein die op hoge leeftijd nog met groot succes op de concertpodia stond. Hij compenseerde zijn trager wordende aanslag door oefening van de snelle stukken in de partituur en door het verder vertragen van de langzame delen.

2.3 Sociale steun en vaardigheden

Ouderen ontlenen veel eigenwaarde aan het feit dat ze in sociaal opzicht succesvol zijn. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat dit een centraal onderdeel vormt voor hun invulling van succesvol ouder worden. Oppervlakkig gezien lijkt een groot netwerk een belangrijke voorwaarde voor succesvol ouder worden. Waarschijnlijk spelen persoonlijke interpretatie en betekenisgeving over de relatie individu en omgeving echter een grotere rol dan de feitelijke grootte van het netwerk. Eenzaamheid is niet zozeer een kwestie van te weinig contacten als wel een ervaren tekort aan bepaalde contacten.

Ook sociale steun is niet per definitie heilzaam. Onderzoek laat zien dat te veel intergenerationale steun het welbevinden juist kan ondermijnen. Iemand kan in een vicieuze cirkel van toeneemende steun en afnemende zelfredzaamheid geraken. Dit gegeven past in het model van de persoon-omgevingsfit. Te weinig uitdaging in de omgeving in verhouding tot de competenties leidt tot de buiten-adaptieve zone. Het verband tussen sociale steun en depressie is dan ook niet sterk. De oorzakelijke richting van het verband is bovendien nog niet duidelijk. Te weinig sociale steun kan tot depressie leiden, maar depressieve symptomen hinderen ook de contacten met anderen. Ook het verband tussen eenzaamheid en depressie is complex. Het lijkt erop dat de beleving van de relaties (in verband met de persoonlijke behoefte) van belang is.

De balans tussen het individu en de omgeving staat ook centraal in de 'socio-emotional selectivity' theorie van Carstensen. Volgens Carstensen richten ouderen hun sociale omgeving zo in dat deze optimale niveaus van steun en welbevinden garandeert. Ouderen selecteren ouderen steeds meer die relaties die het best bij hun behoeften en voorkeuren passen en sparen daardoor mentale energie. De behoeften zouden meer liggen op het gebied van begrip, intimiteit en het uitdrukken van emotie dan op het instrumentele vlak. Om deze reden beperken ouderen steeds meer hun relaties tot de nabije familie en oude vrienden.

2.4 Fysieke gezondheid en een gezonde leefstijl

Met een goede lichamelijke gezondheid heeft een oudere meer energie en mogelijkheden om omgevingsveranderingen aan te kunnen. Indirect vormt daarmee alles wat een goede lichamelijke gezondheid bevordert een stimulans voor succesvol ouder worden. Een duidelijk voorbeeld betreft lichamelijke activiteit. Met een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit worden veel lichamelijke, en daarmee psychische, klachten voorkomen.

Depressie kan een voorloper van dementie zijn maar houdt anderszins ook verband met andere ernstige aandoeningen, met name van de vaten. Bovendien zou er juist bij ouderen relatief vaak sprake zijn van vasculaire depressie, wat gepaard gaat met kleine beschadigingen in de hersenen. Het heeft daarom zin de voor hart en vaten gezonde leefstijl te volgen wat betreft eten en drinken, bewegen en roken. Deze leefstijl helpt bovendien mee chronische aandoeningen (hart- en vaatziekten, diabetes) te voorkomen. Dat is belangrijk omdat ernstige aandoeningen en de functionele beperkingen die eruit voortvloeien, vaak samen gaan met een depressie.

Lichaamsbeweging beïnvloedt ook direct het welbevinden. Lichaamsbeweging, denk aan looptherapie, blijkt therapeutische waarde te hebben bij mensen met depressie. Beweging lijkt ook preventief nut te hebben.

2.5 Opleiding en sociaal-economische status

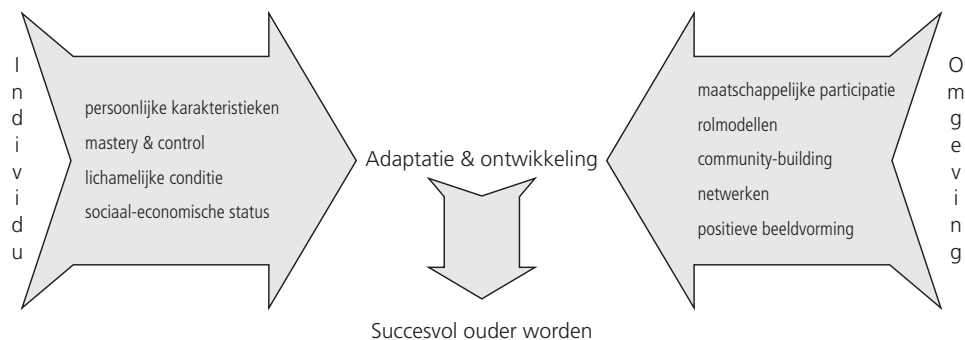
Een lagere opleiding, slechte huisvesting en een laag inkomen worden door sommigen gezien als omstandigheden die vaker leiden tot onsuccesvol ouder worden. Zij vormen tegelijkertijd een risico als het gaat om depressie. Een goede sociaal-economische status wordt dan ook gezien als hulpbron om depressie te voorkomen. Waarschijnlijk komt dit doordat in het leven van de beter bedeelden minder omgevingsdruk bestaat ten gevolge van slechte huisvesting of een zwakke of bedreigende buurt. De rijkere hebben bovendien, door een betere opleiding, psychologisch meer grip op deze druk. Zij hebben geleerd dat ze grip op hun leven kunnen hebben. Daar komt bij dat welgestelden oplossingen kunnen hanteren die voor financieel minder bedeelden niet bereikbaar zijn. Ook is hun leefstijl gezonder, mogelijk omdat hoger opgeleiden meer weten over een gezonde leefstijl, andere copingstijlen toepassen en meer gezonde sociale druk ervaren.

2.6 Conclusie

In figuur 2.2. combineren we de ecologische theorie over succesvol en geestelijk gezond ouder met het inzicht in beschermende factoren. De veranderende omgeving vraagt voortdurend een reactie van de oudere, waarbij er een balans moet bestaan tussen de uitdaging van de omgeving en zijn competenties. De omgeving kan zowel negatieve stressoren bevatten als positieve uitdagingen. Wanneer er voldoende uitdaging is die de competenties van een oudere niet overstijgt en wanneer er niet te veel negatieve invloeden zijn zal een oudere in staat zijn om zich aan te passen en zelfs invloed op de omgeving uit te oefenen (adaptatie). Wanneer dat niet lukt dreigt het risico van depressie. Succesvolle adaptatie is mede afhankelijk van persoonlijke eigenschappen, vaardigheden en sociaal-economische status. Een aantal factoren bij het individu en in de omgeving zijn moeilijk te beïnvloeden, bijvoorbeeld verlies van een partner of sociaal-economische status. Andere beschermende factoren zijn wel dege-

lijk goed beïnvloedbaar (mastery, cognitieve vaardigheden, lichamelijke conditie).

Tot nu toe zijn de meeste interventies gericht op het vergroten van de competenties van ouderen, zoals het vergroten van persoonlijke controle en sociale vaardigheden. Veel interventies zijn bovendien bedoeld voor ouderen met beperkte competenties en voor ouderen die recent belangrijke veranderingen hebben meegemaakt. Deze aanpak sluit goed aan bij het persoon-omgevingsfitmodel, omdat deze ouderen het grootste risico lopen om niet succesvol met veranderingen om te gaan. Bij hen is dan ook vermoedelijk de meeste winst te boeken. De uitdaging voor integrale depressiepreventie is om naast versterking van beschermende factoren in het *individu* ook beschermende factoren in de *omgeving* te versterken. Te denken valt bijvoorbeeld aan versterking van het sociale netwerk en de mogelijkheden voor maatschappelijke participatie en activiteiten. Het model van figuur 2.2. laat goed zien dat de omgevings- en competentiefactoren die succesvol ouder worden mogelijk maken voortdurend op elkaar ingrijpen. Het ligt daarom voor de hand om preventieve interventies niet eenzijdig op één factor te richten.



Figuur 2.2 Factoren van invloed op succesvol ouder worden



Hoofdstuk 3

Epidemiologische en gezondheidseconomische ingangen

In hoofdstuk twee lag het accent op positieve zaken en tegen depressie beschermende factoren die bij succesvol ouder worden een rol spelen. Maar we moeten ook oog hebben voor de risicofactoren waaraan ouderen blootgesteld kunnen worden, en die bij hen de kans op een depressie vergroten. Ook deze 'negatieve' zaken bieden mogelijkheden tot depressiepreventie. Het gaat hierbij zowel om factoren in de omgeving (omgevingsdruk) als om de persoonsgebonden factoren die de individuele competenties weergeven. Bij de bespreking van risicofactoren maken we gebruik van inzichten uit de epidemiologie. Welke groepen in de ouderenpopulatie lopen de grootste risico's om depressief te worden? Welke risicofactoren zijn daarbij de grootste 'veroorzakers' zijn van depressie? En bij welke groepen kan depressiepreventie kosteneffectief uitgevoerd worden? Na een algemene schets van de achtergrond, bekijken we de mogelijkheden voor kosteneffectieve depressiepreventie. Ten slotte bespreken we enkele manieren om risicogroepen te herkennen en deze preventieve interventies aan te bieden.

3.1 Waarom preventie?

Waarom zouden we juist in preventie moeten investeren? We herhalen de belangrijkste argumenten daarvoor. Als we een groep van 1.000 depressievrije ouderen gedurende een jaar zouden volgen, dan zouden we 28 nieuwe depressies te zien krijgen (Smit e.a., in druk). Vertaald naar de hele Nederlandse ouderenbevolking, gaat het om een jaarlijkse instroom van 94.000 nieuwe gevallen van depressie. Het is deze grote jaarlijkse instroom van nieuwe gevallen van depressie die het noodzakelijk maakt om preventief op te treden, anders ontstaat de situatie van het spreekwoordelijke dweilen met de kraan open.

Alleen zorg bieden aan hen die al depressief zijn, volstaat om een aantal andere redenen niet. Ten eerste bereikt de zorg de depressieve ouder niet. Veel ouderen menen dat depressieve klachten nu eenmaal bij het ouder worden horen. Bovendien herkennen ze niet alle klachten als psychisch. Als dit wel gebeurt, schamen veel ouderen zich hiervoor. Zij beginnen er dan ook niet zelf over bij hun huisarts. Ook de herkenning van depressie door de huisarts is ontoereikend, juist bij ouderen (Tiemens e.a., 1996). Ouderen presenteren hun depressieve klachten op een manier die herkenning bemoeilijkt: vaak als lichamelijke klachten, vaak als klachten die doen denken aan ziekten zoals dementie of de ziekte van Parkinson.

Beperking van de aandacht tot ouderen die al depressief zijn volstaat in de tweede plaats niet omdat de curatieve zorg niet effectief genoeg is. Slechts een fractie van de ouderen bij wie depressie wordt herkend ontvangt daarvoor adequate zorg. Bovendien kan zelfs in het geval dat optimale zorg geboden wordt, slechts eenderde van de ziektelast worden weggenomen (Andrews e.a., 2000; 2004). Ook dat zijn redenen om naast de curatieve zorg voor depressie aandacht te besteden aan depressiepreventie: met alleen curatieve zorg wordt het probleem in onvoldoende mate opgelost.

Al met al lijkt depressiepreventie een noodzakelijke aanvulling op de curatieve zorg. Depressiepreventie is ook een realistische aanpak. Ten eerste is depressie een behandelbare conditie

(McCusker e.a., 1998; Thase e.a., 1997) en zijn er dus therapievormen die met succes ingezet kunnen worden in de preventie van depressie. Ten tweede is bekend dat de instroom van nieuwe depressiegevallen met 30% beperkt kan worden wanneer risicogroepen depressiepreventie aangeboden krijgen (Cuijpers e.a., in druk). Tegen deze achtergrond zou met depressiepreventie niet alleen gezondheidswinst behaald worden, maar ook een besparing ontstaan (Smit e.a., in druk).

Het probleem laat zich nu als volgt samenvatten. Depressie komt veel voor, is ernstig, en leidt tot forse kosten in de zorg. De jaarlijkse instroom van nieuwe gevallen van depressie is groot en met alleen curatieve zorg kan het probleem onvoldoende worden aangepakt. Gelijktijdig weten we dat depressiepreventie kan helpen om de jaarlijkse instroom te verminderen. Dat levert dus gezondheidswinst op. Die gezondheidswinst heeft ook gunstige gezondheidseconomische gevolgen: de kosten van toekomstige depressiegevallen worden vermeden wanneer ook het aantal nieuwe depressiegevallen daalt. Hieronder gaan we in op kosteneffectieve preventie van depressie bij ouderen.

3.2 Doelgroepselectie voor kosteneffectieve preventie

In de regel ontstaat depressie niet zomaar, maar is het gevolg van blootstelling aan risicofactoren (Cole e.a., 2003). Dit inzicht is in overeenstemming met de kwetsbaarheid-stress theorie over het ontstaan van psychische stoornissen (Brown & Harris, 1978). Bekende risicofactoren zijn: aanwezigheid van enkele depressieve symptomen, recente verweduwing, sociaal isolement, lichamelijke ziekten, beperkingen in het functioneren, het gevoel weinig greep op het eigen leven te hebben, vrouw zijn, ouder dan 65 jaar zijn, een laag opleidingsniveau hebben (Smit e.a., 2004). Vanuit deze risicofactoren kan 86% van de toekomstige gevallen van depressie worden voorspeld. Daaraan kan toegevoegd worden dat het vooral bepaalde combinaties van risicofactoren zijn die de kans op het later ontstaan van depressie vergroten (Smit e.a., 2004; Smit e.a., in druk). Enkele van deze groepen zullen we nu nader bekijken. Tabel 3.1 geeft een overzicht.

Tabel 3.1 Kwetsbare groepen ouderen en het risico van depressie: Het gecombineerde effect van risicofactoren

GROEP	BF	RR	AF	NNT
Groep 1: mensen met depressieve symptomen + functionele beperkingen + sociaal isolement	12%	5.53	32%	5
Groep 2: vrouwen (weduwen) met depressieve symptomen + functionele beperkingen + sociaal isolement	8%	4.60	24%	4
Groep 3: laag opgeleiden met depressieve symptomen + functionele beperkingen + sociaal isolement	7%	4.59	22%	4
Groep 4: mensen met chronische ziekten + depressieve symptomen + functionele beperkingen + sociaal isolement	7%	4.25	20%	4

BF =	BLOOTGESTELDE FRACTIE =	DE GROEP DIE AAN DE BETREFFENDE COMBINATIE VAN RISICOFACTOREN IS BLOOTGESTELD (ALS % VAN DE OUDERENPOPULATIE)
RR =	RELATIEF RISICO =	HET RISICO OM DEPRESSIEF TE WORDEN IN DE BLOOTGESTELDE GROEP GEDEELD DOOR HET RISICO IN DE NIET-BLOOTGESTELDE GROEP
AF =	ATTRIBUTIEVE FRACTIE =	HET PERCENTAGE WAARMEE DE INSTROOM VAN NIEUWE DEPRESSIEGEVALLEN IN DE POPULATIE VERMINDERD KAN WORDEN, WANNEER DE BETREFFENDE GROEP EEN SUCCESVOLLE PREVENTIEVE INTERVENTIE ONTVANGT
NNT =	NUMBERS NEEDED TO BE TREATED =	HET AANTAL MENSEN DAT DE BETREFFENDE INTERVENTIE MOET ONTVANGEN OM ÉÉN NIEUW GEVAL VAN DEPRESSIE TE VOORKOMEN

We beginnen met **Groep 1** uit tabel 3.1. Ten eerste is aanwezigheid van depressieve klachten van belang: depressieve klachten zijn één van de belangrijkste voorspellers voor het later ontstaan van depressie. De aanwezigheid van depressieve klachten levert daarmee een goed startpunt op voor risicogroepherkenning. Voorbeelden van zulke klachten zijn, interesseverlies, sombere stemming, verminderde eetlust, problemen met inslapen of juist telkens te vroeg wakker worden. Die klachten zijn in zekere mate ook gunstig omdat zij de ouders die er last van hebben motiveren om deel te nemen aan preventieve interventies: zij ervaren een probleem, en willen er iets aan doen. Hetzelfde geldt wanneer beperkingen in het functioneren ervaren worden, waardoor huishoudelijke taken en zelfverzorging beperkt uitgevoerd kunnen worden. Sociaal isolement (een kennissenkring van minder dan dertien personen) maakt de kwetsbaarheid van deze mensen groot: deze groep kan minder snel rekenen op steun van familie en vrienden. Deze groep omvat dus mensen met depressieve klachten, beperkingen in het functioneren en levend in een relatief sociaal isolement waardoor ze minder makkelijk steun ontvangen. Epidemiologisch onderzoek (Smit e.a., in druk) laat zien dat 12% van de ouderen aan deze combinatie van risicofactoren is blootgesteld (zie de BF kolom in tabel 3.1). Deze doelgroep is vanuit preventieperspectief qua grootte hanteerbaar. Ter vergelijking, wanneer de groep alleen geselecteerd zou zijn op basis van aanwezige depressieve klachten, dan zou ruim 40% van de oudere bevolking in aanmerking komen voor een preventieve interventie – en dat lijkt niet haalbaar. Groep 1 heeft een risico op het later ontstaan van depressie die 5.53 keer zo groot is als de niet-blootgestelde groep (zie onder RR in tabel 3.1). Dat is een aanzienlijke toename in het risico op een depressie. Vanuit het individu gezien is dat risico normaliter 3% op jaarbasis. In groep 1 wordt dat dus 16,5% op jaarbasis – en over enkele jaren genomen kan dat risico aanzienlijk oplopen.

Als we nu alle mensen uit Groep 1 kunnen herkennen en bereiken met werkzame preventieve interventies, dan zal de totale instroom van nieuwe depressiegevallen onder ouderen met 32% afnemen (zie onder AF in tabel 3.1). Het gaat hier om een maximum, want niet iedereen uit de groep zal bereikt worden, deelnemen aan de interventie, en de interventie zal nooit 100% succesvol zijn. Uitgaande van deze weinig realistische situatie zou de instroom van 94.000 nieuwe gevallen van depressie beperkt worden tot 64.000 gevallen – en zouden dus 30.000 depressies voorkomen zijn. Dat is een grote gezondheidswinst, en zal bovendien gepaard gaan met duidelijke economische gevolgen. Natuurlijk hebben we het hier over bovengrenzen. In de praktijk zal de gerealiseerde gezondheidswinst lager uitkomen, bijvoorbeeld 20% van het maximaal haalbare. Dat zou dan nog steeds neerkomen op het vermijden van 6.000 ernstige en kostbare depressies.

In de handleiding integrale aanpak depressiepreventie wordt beschreven hoe deze groepen herkend kunnen worden en welke interventies voor hen beschikbaar zijn (Overzicht interventies, Cuijpers & Willemse). Algemeen geldt dat de doelgroep goed te herkennen is, bijvoorbeeld in de huisartspraktijk (Schoevers e.a., in voorbereiding), of met behulp van de GGD-gezondheidsmonitors, of door gebruik te maken van depressiescreeners. Verder zou deze groep in aanmerking komen voor een geïndiceerde preventieve interventie zoals 'In de put, uit de put', of daarvan afgeleide varianten, waarin het beter leren omgaan met de depressieve klachten centraal staat (zie verder bij Overzicht interventies). Interessant is dat een dergelijke interventie (Cuijpers, 2000) bij volwassenen van achttien jaar en ouder laat zien dat het risico op een latere depressie afneemt met 30% (Willemse e.a., in druk), terwijl de kosten van de interventie ruimschoots gecompenseerd worden door de besparingen die elders ontstaan (Smit e.a., in voorbereiding). Dit zijn de eerste Nederlandse studies op dit gebied, en de resultaten ervan zijn bemoedigend.

Aan de hand van tabel 3.1 beschrijven we nu kort de overige doelgroepen. **Groep 2** is een subgroep van Groep 1, maar bestaat nu alleen uit vrouwen, vaak weduwen. Deze groep vrouwen heeft

depressieve klachten, functionele beperkingen, en ervaart een sociaal isolement. Met elkaar vormen zij 8% van de totale groep ouderen. Zo'n wat kleinere groep maakt het logistiek weer beter mogelijk om een preventieve interventie aan te bieden. Omdat sociaal isolement en weduwschap bij deze vrouwen op de voorgrond staan kan gedacht worden aan bezoeken diensten en weduwen-voor-weduwen interventies. Deze groep is ook goed te vinden en te bereiken, namelijk via de Gemeentelijke Burgerlijke Stand. Momenteel wordt op het Trimbos-instituut onderzoek gedaan naar de kosteneffectiviteit van dit type interventie. Bij Groep 2 is het risico op een latere depressie een factor 4.60 zo groot als bij mensen zonder deze kenmerken (zie RR in tabel 3.1). Effectieve preventie zou de jaarlijkse instroom van nieuwe depressiegevallen met maximaal 24% kunnen reduceren (zie AF in tabel 3.1). Ten slotte wijst de NNT-waarde van 4 op een grote efficiëntie van een interventie bij deze groep: op elke vier personen uit deze groep die een interventie ontvangen zal één nieuwe depressie vermeden worden. Ter vergelijking, wanneer de doelgroep alleen geselecteerd zou worden op de aanwezigheid van depressieve klachten, dan zou de NNT gelijk zijn aan 17, dus beduidend minder efficiënt.

Groep 3 is opnieuw een subgroep van Groep 1. Ditmaal zijn mensen met een lage opleiding (hooguit lagere school, overigens meestal vrouwen in achterstandswijken) met depressieve klachten, functionele beperkingen en levend in een relatief sociaal isolement. Voor hen lijken interventies zoals 'In de put, uit de put', die op cognitieve gedragstherapie gestoeld zijn minder geschikt. In Limburg loopt een onderzoek naar de effectiviteit van een interventie voor laagopgeleide vrouwen uit achterstandswijken, waarbij psycho-educatie gecombineerd wordt met lichaamswork. Deze vrouwen zijn in de regel moeilijker te vinden en te werven, maar juist hier mogen we iets van de kracht van een communitybenadering verwachten: deze zou zich kunnen richten op achterstandswijken, waar preventieprofessionals goed thuis zijn. In de grotere gemeenten kunnen ook gemeentelijke statistieken behulpzaam zijn bij het vaststellen van achterstandswijken.

Groep 4 betreft ten slotte opnieuw een subgroep uit Groep 1. Ditmaal betreft het personen met ten minste twee chronische ziekten (zoals diabetes mellitus, cara, cardiovasculaire aandoeningen, artritis, maligne nieuwvormingen). Zij worden verder gekenmerkt door depressieve klachten, functionele beperkingen en een klein sociaal netwerk. Ook dit is weer een groep die goed herkend zou kunnen worden door de huisarts, die namelijk als eerste geïnformeerd is over lichamelijke ziekten en de vaak daarmee samenhangende functionele beperkingen. Ook voor deze groep geldt dat de RR, AF en NNT waarden (zie tabel 3.1) wijzen op een aanzienlijke gezondheidswinst die met kosteneffectief gerealiseerd kan worden. Ten slotte is ook voor deze groep een interventie beschikbaar, 'Leren leven met een chronische ziekte', en varianten daarvan.

3.3 Geïndiceerde en selectieve preventie

De beschreven vier groepen hebben gemeenschappelijk dat de aanwezigheid van depressieve klachten als uitgangspunt is genomen. De redenering daarbij is dat enkele depressieve symptomen vooruit kunnen wijzen op een depressie die op komst is. Diverse studies hebben laten zien dat enkele depressieve symptomen inderdaad de voorlopers kunnen zijn van een volledige depressie (Cuijpers & Smit, 2004; Smit e.a., in druk). Preventie die zich richt op mensen bij wie al enkele klachten aanwezig zijn, duiden we aan met geïndiceerde preventie (Mrazek & Haggerty, 1994). De vier doelgroepen vallen dus allemaal in de categorie van de geïndiceerde preventie. Geïndiceerde preventie brengt met zich mee dat er op de één of andere manier nagegaan moet worden of iemand depressieve klachten

heeft, bijvoorbeeld door gebruik te maken van een korte vragenlijst (screener) of door middel van een beknopt diagnostisch interview. Dat heeft zijn nadelen. Huisartsen of andere zorgaanbieders hebben het vaak te druk om zo'n screening uit te voeren of missen de specifieke deskundigheid om dit goed te doen. Bovendien kan het effectiever zijn eerder in te grijpen, en niet pas wanneer de eerste tekenen van een depressie zich al manifesteren. Daarom dringt zich de vraag op of er andere doelgroepen geselecteerd kunnen worden.

Geïndiceerde preventie wordt onderscheiden van selectieve preventie, waarbij mensen een verhoogd risico lopen op de stoornis – niet omdat zij al symptomen hebben van de desbetreffende stoornis, maar omdat zij blootgesteld zijn aan andere risicofactoren. Welke risicofactoren zijn dat?

Nadere, maar (nog) niet gepubliceerde analyses (cf. Smit e.a., in druk) laten zien dat subjectief ervaren ongezondheid en het gevoel geen greep te hebben op het eigen leven (mastery) hiervoor in aanmerking komen. Subjectieve ongezondheid wordt gemeten met een enkele vraag: 'Hoe ervaart u uw gezondheid: 1 slecht, 2 wisselend goed en slecht, 3 redelijk, 4 goed, 5 prima?' Mensen die deze vraag met 'slecht' beantwoorden vormen in aanzet de doelgroep. Als zij bovendien het gevoel hebben geen greep op het eigen leven te hebben (Mastery, een mini-vragenlijst met vijf vragen, cf. Pearlin & Schooler, 1987) hebben we een groep mensen te pakken die een vergelijkbaar risico loopt als de groep mensen met enkele depressieve klachten. Overigens, je ongezond voelen en geen greep op je eigen leven hebben is bijna synoniem met depressieve klachten. We zouden dit **Groep 5** kunnen noemen: mensen die een slechte gezondheid ervaren, een geringe mastery hebben en verder weer gekenmerkt worden door functionele beperkingen en een klein sociaal netwerk. Wat deze doelgroep interessant maakt is vooral hun geringe mastery. Een geringe mastery blijkt in zichzelf een belangrijke risicofactor te zijn in het ontstaan van depressie (Ormel e.a., 1997; Zarit e.a., 1999) en biedt daarmee een belangrijk aangrijpingspunt voor depressiepreventie (Smit e.a., 2003).

Bohlmeijer vermoedde dat, in praktische zin, mastery gunstig beïnvloed zou worden door een interventievorm die bekend staat als 'Life Review'. Onderzoek heeft inderdaad aangetoond dat Life Review een substantieel en gunstig effect heeft op de mate waarin mensen greep op hun eigen leven ervaren (Bohlmeijer e.a., in druk). Bovendien laat een meta-analyse zien dat Life Review sterke en gunstige effecten heeft op depressie (Bohlmeijer e.a., 2003). Momenteel loopt nader onderzoek naar de effectiviteit van Life Review.

Een laatste belangrijke risicofactor blijkt recente verweduwing (verlies van de partner in de afgelopen twaalf maanden) te zijn (Schoevers e.a., in voorbereiding). Deze factor is één van de belangrijkste voorspellers van het later ontstaan van depressie, althans wanneer opzettelijk niet gekeken wordt naar de aanwezigheid van depressieve klachten. Al eerder hadden we weduwschap genoemd (als vorm van sociale isolatie), nu valt echter het accent op recente verweduwing (in het laatste jaar). Dit zou **Groep 6** genoemd kunnen worden. Het thans lopende onderzoek naar depressiepreventie onder weduwen sluit hier goed op aan. De resultaten ervan moeten echter nog afgewacht worden.

3.4 Conclusie

Aangegeven werd dat depressie veel voorkomt, ernstig is en gepaard gaat met hoge zorgkosten. Verder blijkt dat de jaarlijkse instroom van nieuwe gevallen van depressie omvangrijk is. Met alleen curatieve zorg kan het probleem in onvoldoende mate worden aangepakt. Gelijktijdig weten we dat depressiepreventie kan helpen met het verminderen van de omvangrijke jaarlijkse instroom. Depressiepreventie levert gezondheidswinst op. Die gezondheidswinst heeft ook gunstige gezond-

heidseconomische gevolgen: de kosten van toekomstige depressiegevallen worden vermeden wanneer het aantal nieuwe depressiegevallen naar beneden gaat. Tegen deze achtergrond hebben Smit en collega's (in druk) bestudeerd bij welke specifieke doelgroepen depressiepreventie kosteneffectief belooft te worden. Al met al kunnen we zes interessante groepen aanwijzen, waar ofwel geïndiceerde ofwel selectieve preventie naar verwachting kosteneffectief zal zijn, althans in vergelijking tot andere doelgroepen. Bovendien lijkt het niet alleen mogelijk deze doelgroepen in de praktijk te identificeren maar ook zijn er goede preventieve interventies beschikbaar, juist voor deze groepen (zie het boekje over interventies). Dat opent perspectieven op kosteneffectieve preventie van een omvangrijk, ernstig en kostbaar probleem in de openbare geestelijke gezondheid.

Literatuur

- Andrews G, Sanderson K, Corry J & Lapsley HM. Using epidemiological data to model efficiency in reducing the burden of depression. *J Ment Health Policy Econ.* 2000;3:175-186.
- Andrews G, Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Lapsley H. (2004) Utilising survey data to inform public policy: comparison of the costs-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 184: 526-33.
- Assema P, Willemsen M (1993). Community-projecten. In: Damoiseaux V, Van der Molen HT, Kok G. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Assen, van Gorcum.
- Beekman ATF, Geerlings SW, Deeg DJH, Smit J, Schoevers RS, et al. (2002a) The natural history of late-life depression: a 6-year prospective study in the community. *Archives of General Psychiatry* 59: 605-611.
- Beekman ATF, Penninx BWJH, Deeg DJH, De Beurs E, Geerlings SW, Van Tilburg W. The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatr Scand.* 2002b ;105:20-27.
- Beekman, A.T.F. (2004) Psychiatrische epidemiologie: van observatie naar experiment. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 59, 587-599.
- Bijl RV, Ravelli A, Van Zessen G. (1998) Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33: 587-595.
- Bohlmeijer E, Valenkamp M, Westerhof G, Smit F, Cuijpers P. (in press). Creative reminiscence as an early intervention for depression: results of a pilot project. *Aging & Mental Health*.
- Bohlmeijer E, Cuijpers P (2001) Tweede gids preventie van psychische stoornissen en verslavingen. Trimbo-instituut.
- Bohlmeijer E, Cuijpers P, Smit F. (2003) Effects of reminiscence on depression and life-satisfaction in the elderly: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18: 1088-1094.
- Bohlmeijer E, Cuijpers P, Smits C, Wesseling M, Scheers H, Roode Y de, Beek A. Preventie van depressie bij ouderen, draaiboek voor een community-interventie (2003). Trimbo-instituut.
- Bohlmeijer E, Ruland E, Mur-Veeman I, Raak A van. (Eds). (2005) Procesmanagement in public health, analyse, ontwerp & verandering. In druk Trimbo-instituut.
- Bracht N, Gleason J (1990). Strategies and structures for citizen partnerships. In: Bracht N. Health promotion at the community level. Newbury Park, Sage, p. 109-124.
- Brown GW, Harris TO (1978). Social origins of depression. London: Tavistock.
- Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2003;160:1147-1156.
- Lewinsohn PM, Cuijpers P. (1995) In de put, uit de put: zelf depressiviteit overwinnen. Baarn: Intro.
- Cuijpers P, Smit F. (2002) Excess mortality in depression: A meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders* 72: 227-236.
- Cuijpers P, Smit F. (2004) Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109(5): 325-331.
- Cuijpers P, Van Straten A, Smit F. (in druk) Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *J Nerv Ment Dis.*
- Hosman C, Jané-Llopis, E & Saxena, S. (Eds) (2005). Prevention of mental disorders: WHO, Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Summary report. (2004). World Health Organization.
- Lawton MP en Nahemov L (1973) Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer en MP Lawton (red), *The Psychology of adult development and aging* (pp 619-674), Washington, DC: American Psychological Association.
- McCusker J, Cole M, Keller E, Bellavance F, Berard A. (1998) Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Arch Intern Med.* 198;158:705-12.
- Mrazek PJ, Haggerty RJ. (1994) Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academy Press.
- Ormel J, VonKorff M, Oldehinkel A, Simon G, Tiemens B, Üstün T. (1999) Onset of disability in depressed and non-depressed primary care patients. *Psychological Medicine* 29: 847-853.
- Pearlin LJ, Schooler C. The structure of coping. *J Health Soc Beh.* 1978;19:2-21.
- Penninx BWJH, Geerlings SW, Deeg DJH, Van Eijk JTM, Van Tilburg W, Beekman ATF. Minor and major depression and the risk of death in older persons. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56:889-895.
- Riagg Midden-Kennemerland (2003) Evaluatie project preventie depressie 55+ ouderen in de gemeente Velsen.
- RIVM. Polder JJ, Takken J, Meerding WJ, Kommer GJ, Stokx LJ. Kosten van ziekten in Nederland (www.rivm.nl/kosten-vanziekten), 2002.
- Ruiter M, Bohlmeijer E, Blekman J. (2005). 3e gids preventie van psychische stoornissen en verslavingen. Trimbo-instituut. In druk.

- Ruwaard D, Kramers PGN. (1997). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De Bilt: RIVM.
- Spijker J. Chronic depression: Determinants and consequences of chronic major depression in the general population. Utrecht: PhD-dissertation.
- Schoemaker C, Rigter H, De Graaf R, Cuijpers P. (2002) Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid: Jaarbericht 2002. Utrecht: Bureau NMG.
- Schoevers RA, Smit F, Deeg DJH, Cuijpers P, Dekker J, Van Tilburg T, Beekman ATF (in voorbereiding). Prevention of late-life depression in primary care: a matter of multiple risk factors?
- Smit F, Beekman A, Cuijpers P, Graaf R. de, Vollebergh W. (2004). Selecting key variables for depression prevention: results from a population-based prospective epidemiological study. *Journal of Affective Disorders* 81: 241-249.
- Smit F, Bohlmeijer E, Cuijpers P. (2003). De wetenschappelijke onderbouwing van depressiepreventie. Utrecht. Trimbosreeks.
- Smit F, Ederveen A, Cuijpers P, Deeg D, Beekman A. (in druk) Opportunities for cost-effective prevention of late-life depression: an epidemiological approach. *Archives of General Psychiatry*.
- Smit F, Willemse G, Koopmanschap M, Onrust S, Cuijpers P, Beekman A. (in voorbereiding) Economic evaluation of preventing depression in primary care patients: a randomised clinical trial.
- Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, Reynolds CF 3rd, Pilkonis PA, Hurley K, Grochocinski V, Kupfer DJ. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry*.1997;54:1009-15.
- Tiemens BG, Ormel J, Simon GE. (1996) Occurrence, recognition and outcome of psychological disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry* 153: 636-44.
- Tilburg W van, Beekman ATF. (1997) Affectieve stoornissen bij ouderen. In: Den Boer, Ormel, Van Praag, Westenberg, D'heenen (red.) *Handboek Stemmingsstoornissen*. Maarsen: Elsevier / De Tijdstroom.
- Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJL. (2004) The global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry* 184: 386-92.
- VWS (2003) *Nota langer gezond leven*.
- Oers H van, (2002), *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002*. RIVM.
- Willemse G, Smit F, Cuijpers P, Tiemens B. (2004). Minimal contact psychotherapy for subthreshold depression in primary care: a randomised trial. *British Journal of Psychiatry*. 185: 416-421.
- Zarit SH, Femia EE, Gatz M, Johansson B. (1999) Prevalence, incidence and the correlates of depression in the oldest old: the OCTO study. *Aging & Mental Health* 3: 119-128.