

# Houding van huisartsen ten aanzien van preventie van angst en depressie bij ouderen

D.J.A. van Dijk-van Dijk,<sup>1,2,3</sup> M.R. Crone,<sup>1,3</sup> G.M. van der Weele,<sup>1,6</sup> P. van Empelen,<sup>3,4</sup> W.J.J. Assendelft,<sup>1,3</sup> B.J.C. Middelkoop<sup>1,3,5</sup>

**Doel:** Preventie van angst- en depressieve stoornissen bij ouderen met symptomen van angst en depressie is zinvol. Wij onderzochten de houding van huisartsen ten aanzien van preventie op dit terrein en de kansen tot verbetering van preventietaken. **Methode:** 700 huisartsen ontvingen een vragenlijst (respons is 263, 38%). Het preventiegedrag van huisartsen en hun mening over de zinvolheid van screenen op angst en depressie werden gerelateerd aan huisarts-, praktijk- en populatiekenmerken. Ook is onderzocht welke barrières samengaan met preventie. **Resultaten:** Een derde van de huisartsen vindt screenen op angst en depressie bij ouderen zinvol. Ongeveer driekwart vindt zichzelf extra alert op angst en depressieve symptomen bij ouderen uit hoogrisicogroepen. Vergeleken met 'extra alert zijn' vinden zij dat zij minder vaak ongevraagd advies geven over interventiemogelijkheden. Er is meer aandacht voor preventie bij ouderen met somatische en/of psychosociale risicofactoren voor angst en depressie dan bij ouderen met sociaaldemografische risicofactoren. Praktische barrières bij preventie worden het vaakst genoemd. Minder vertrouwen in de effectiviteit van interventies gaat samen met minder vaak ongevraagd adviseren. Meer vertrouwen in de behoefte en motivatie van de doelgroep gaat samen met de mening dat screenen zinvol is. **Conclusie:** Hoewel huisartsen aangeven alert te zijn op angst en depressie bij ouderen, vinden ze screening en ongevraagd adviseren minder zinvol. Sommige barrières voor screening en ongevraagd adviseren zouden kunnen worden weggenomen. Dit kan leiden tot een verandering in houding en verbeterde preventie.

**Trefwoorden:** angst, depressie, ouderen, preventie, hoogrisicogroepen, huisarts

## INLEIDING

De komende decennia neemt het aantal ouderen in Nederland fors toe.<sup>1</sup> Dit leidt tot een toename van gezondheidsproblemen die gepaard gaan met ouder worden, waaronder angststoornissen en depressies. Angststoornissen en depressiviteit bij ouderen komen wereldwijd en in Nederland frequent voor en dragen in belangrijke mate bij aan de ziektelast en de beperking van kwaliteit van leven.<sup>2-9</sup> Ze komen vaak samen voor en hebben ook een detecteerbare subklinische vorm, waarbij, ondanks klachten, (nog) niet voldaan wordt aan de diagnostische criteria voor een angst- of depressieve stoornis. De prevalentie van dergelijke subklinische angst en depressie bij ouderen in Nederland is rond de 15%. Preventie van subklinische vormen van angst en depressie is effectief en kan de overgang naar klinische depressies met ongeveer

een kwart verminderen, mits klachten op tijd gesignaleerd worden.<sup>10,11</sup> Dit geldt ook voor ouderen.<sup>12,13</sup>

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft standaarden voor de diagnostiek en behandeling van angst- en depressieve stoornissen in de huisartspraktijk. Deze standaarden zijn weinig gericht op het vroegtijdig signaleren van subklinische symptomen van angst en depressie.<sup>14,15</sup> Jaarlijks bezoekt meer dan 85% van de volwassenen van 65 jaar en ouder ten minste één keer de huisarts.<sup>16</sup> De huisarts kan dus een belangrijke rol spelen bij de preventie van angst en depressie.<sup>17,18</sup> Slechts de helft van de volwassenen met een depressieve stoornis wordt echter als zodanig in de huisartspraktijk herkend en behandeld.<sup>19</sup> Het gebruik van screeningsinstrumenten kan de huisarts ondersteunen bij het signaleren van (subklinische symptomen van) angst en depressie.<sup>12, 20-23</sup> Screenen kan op twee manieren plaatsvinden:

- Via Case finding: door tijdens een consult van iemand met een verhoogd risico extra alert te zijn op symptomen van angst en depressie om vervolgens met een screeningsinstrument een nadere risico-inschatting te maken; de individuele hoogrisico aanpak. Voordeel van deze methode is de hoge dekkingsgraad, omdat bijna

<sup>1</sup> Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

<sup>2</sup> GGD Hollands Midden, Leiden

<sup>3</sup> AWP Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland, Leiden

<sup>4</sup> TNO Life Style, Leiden

<sup>5</sup> GGD Den Haag, Den Haag

<sup>6</sup> NHG, Utrecht

alle ouderen regelmatig door de huisarts worden gezien.

- Via Programmatische preventie: door een groep ouderen voorafgaand aan een preventief gezondheidsonderzoek met een instrument te screenen op een of meerdere gezondheidsproblemen; de populatierichte hoogrisico aanpak.<sup>11,13,24,25</sup>

Bekende risicogroepen voor het ontwikkelen van angst en depressie zijn: ouderen levend in een sociaal isolement, ouderen die functioneel of cognitief beperkt zijn, vrouwen, oudste ouderen, (niet-westerse) immigranten, ouderen met een laag inkomen en recent verweduwd.<sup>3,18,26</sup> Combinaties van dergelijke risico's zorgen voor een sterk verhoogde kans op het ontwikkelen van een angst- of depressieve stoornis.<sup>18</sup>

Al hoewel huisartsen een belangrijke rol hebben bij het vroegtijdig opsporen van angst en depressie en het actief aanbieden van preventieve interventies is er weinig bekend over de houding van huisartsen ten aanzien van deze activiteiten. Dit onderzoek heeft als doel inzicht te verschaffen in de ervaren rol van huisartsen bij de preventie van angst en depressie, waarbij met preventie wordt bedoeld: het tijdig signaleren van angst- en depressieve symptomen en het geven van advies over interventie- of behandelmogelijkheden, zonder dat de patiënt zelf met een duidelijke hulpvraag op dit terrein kwam. Dat leidt tot de volgende onderzoeksvragen.

- 1 Zien huisartsen *screening* van ouderen als een zinvolle manier om aan preventie van angst en depressie te doen, bij te onderscheiden hoogrisicogroepen; en zijn er verschillen naar huisarts-, praktijk- en populatiekenmerken?
- 2 In welke mate vinden huisartsen dat zij *extra alert* zijn op angst en depressieve klachten bij ouderen uit te onderscheiden hoogrisicogroepen; en zijn er verschillen naar huisarts-, praktijk- en populatiekenmerken?
- 3 In welke mate vinden huisartsen dat zij *op eigen initiatief en zonder hulpvraag* advies over interventies en behandelmogelijkheden geven aan ouderen uit te onderscheiden hoogrisicogroepen; en zijn er verschillen naar huisarts-, praktijk- en populatiekenmerken?
- 4 Wat zijn de *barrières* ten aanzien van het op eigen initiatief aanbieden van preventie van angst en depressie bij ouderen uit te onderscheiden hoogrisicogroepen?

## Kernpunten

- Preventie van subklinische vormen van angst en depressie bij ouderen is effectief en kan de overgang naar klinische depressies en angststoornissen verminderen.
- Huisartsen betwijfelen of screenen op deze klachten zinvol is. Zij vinden wel dat zij in de praktijk vaak extra alert zijn op deze klachten bij ouderen met een (somatisch of psychosociaal) hoog risico.
- Maar zij geven ouderen minder vaak ongevraagd advies over mogelijke preventieve interventies.
- Om preventie van angst en depressie bij ouderen te verbeteren kunnen gemeenten, GGD'en en GGZ-instellingen een belangrijke rol hebben bij het verminderen van de door huisartsen genoemde barrières.

## METHODE

### Onderzoekspopulatie

Aan een aselechte steekproef van 700 huisartsen (9% van de huisartsen in Nederland), afkomstig uit de database van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) is in het voorjaar van 2008 een vragenlijst verstuurd. Hierin werd naar de volgende huisarts-, praktijk- en populatiekenmerken gevraagd: geslacht en aantal jaren ervaring (minder of meer dan tien jaar) van de huisarts; grootte (wel/

niet meer dan 2500 patiënten) en vorm (wel/niet solo) van de praktijk; urbanisatiegraad (hoog/gemiddeld/laag), aandeel 65-plussers (wel/niet meer dan gemiddeld), aandeel allochtone ouderen (wel/niet meer dan gemiddeld) en sociaaleconomische status (voornamelijk hoog/ gemiddeld/laag) van de populatie.

### Onderzoeksvariabelen

Aan de hand van stellingen vroegen wij huisartsen naar hun huidige preventiegedrag (extra alert zijn bij hoogrisicogroepen of ongevraagd adviseren) en of het naar hun mening zinvol is om ouderen uit verschillende hoogrisicogroepen te screenen. De huisartsen konden op een 5-punts Likertschaal voor elf vooraf gedefinieerde hoogrisicogroepen aangeven in hoeverre zij het 'helemaal oneens (score 1)' tot 'helemaal eens (score 5)' waren met de stellingen:

- Ik ben er zeker van dat het zinvol is om ouderen te screenen op angst en depressieve klachten (Zinvolheid van screenen)
- Ik ben extra alert op angst en depressieve klachten bij ouderen (Extra alert zijn)
- Ik bied op eigen initiatief, dus ook zonder hulpvraag, preventieve interventies aan zoals "In de put, uit de put" aan ouderen met angst en depressieve klachten (Ongevraagde advisering)

Voor verschillende hoogrisicogroepen is vervolgens gevraagd de drie stellingen te scoren. De hoogrisicogroepen zijn gebaseerd op wat bekend is over verhoogde risico's op angst en depressie<sup>3,18,26</sup> en op eigen kwalitatief onderzoek onder huisartsen in 2007 naar preventiegedrag en ervaren barrières bij hoogrisicogroepen.<sup>27</sup> De aldus gedefinieerde hoogrisicogroepen kwamen globaal overeen met de in de inleiding genoemde risicogroepen, aangevuld met de categorieën: alleenstaanden, ouderen met een slechte gezondheid, die immobiel zijn, of met verminderde sensorische functies (zie Tabel 1 voor de volledige lijst).

**Tabel 1** Vorming van hoofdgroepen van de ervaren zinvolheid van screenen, de preventieve activiteiten (extra alert zijn of ongevraagd adviseren van interventies) en de barrières voor preventie van angst- en depressie in de huisartspraktijk bij ouderen met een verhoogd risico.

| Zinvolheid screenen <sup>A</sup>           |                           |                         |                           |                         | Ongevraagd adviseren <sup>C</sup> |                         |  | BARRIERES  |                    |                   |
|--|---------------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------|--|------------|--------------------|-------------------|
| Factorloadingen matrix (varimax geroteerd) |                           |                         |                           |                         | Extra alert <sup>B</sup>          |                         |  | factor     |                    |                   |
| Variabelen                                 | 1                         | 2                       | factor                    | 1                       | 2                                 | factor                  | Variabelen   | 1          | 2                  | 3                 |
| • Recent verweduwd                         | 0,79                      | -                       | 0,61                      | -                       | -                                 | 0,79                    | • Onduidelijke kostenbaten analyse                 | 0,61       | -                  | -                 |
| • Sociale isolatie                         | 0,89                      | -                       | 0,79                      | -                       | -                                 | 0,89                    | • Te weinig ondersteuning                          | 0,82       | -                  | -                 |
| • Immobieliteit                            | 0,88                      | -                       | 0,77                      | -                       | -                                 | 0,83                    | • Te lage vergoeding                               | 0,82       | -                  | -                 |
| • Slechte gezondheid                       | 0,83                      | -                       | 0,67                      | -                       | -                                 | 0,74                    | • Te weinig tijd                                   | 0,80       | -                  | -                 |
| • Verminderde sensorische functies         | 0,87                      | -                       | 0,71                      | -                       | -                                 | 0,77                    | • Te veel administratie                            | 0,71       | -                  | -                 |
| • Verminderde cognitieve functies          | 0,84                      | -                       | 0,68                      | -                       | -                                 | 0,83                    | • Beperkingen huisarts-informatiesysteem           | -          | -                  | -                 |
| • > 75 jaar                                | -                         | 0,78                    | -                         | 0,74                    | -                                 | -                       | • Gebrek aan motivatie van ouderen                 | -          | -                  | 0,86              |
| • Lage sociaal economische status          | -                         | 0,81                    | -                         | 0,71                    | -                                 | -                       | • Ouderen hebben geen behoefte                     | -          | -                  | 0,84              |
| • Immigranten                              | -                         | 0,87                    | -                         | 0,77                    | -                                 | -                       | • Onvoldoende verwijsmogelijkheden                 | -          | 0,76               | -                 |
| • Vrouwen                                  | -                         | 0,91                    | -                         | 0,83                    | -                                 | -                       | • Onvoldoende adequate behandel mogelijkheden      | -          | 0,83               | -                 |
| • Alleenstaanden                           | -                         | 0,86                    | 0,51                      | -                       | -                                 | -                       | • Onvoldoende interventies voor specifieke groepen | -          | 0,87               | -                 |
| <b>Samengestelde score</b>                 |                           |                         |                           |                         |                                   |                         |  |            |                    |                   |
| Cronbach's $\alpha$                        | 0,96                      | 0,78 <sup>@</sup>       | 0,83                      | 0,83 <sup>@</sup>       | 0,95                              | 0,96 <sup>@</sup>       |  | 0,83       | 0,79               | 0,58 <sup>!</sup> |
| Benaming hoofdgroepen                      | Somatisch / psychosociaal | Sociaal / psychosociaal | Somatisch / psychosociaal | Sociaal / psychosociaal | Somatisch / psychosociaal         | Sociaal / psychosociaal |  | Praktische | Interventie-aanbod | Motivatatie       |

! Correlatie in plaats van Cronbach's  $\alpha$  is berekend, omdat het hier minder dan drie variabelen betreft ( $r=0,58$ ;  $p < 0,001$ )

@ Cronbach's  $\alpha$  zonder "Alleenstaanden"

- Factorloading < 0,50

A Onder screenen wordt verstaan het gebruik maken van een standaard screeningsinstrument om subklinische angst en depressie op te sporen.

B Onder extra alert zijn wordt verstaan het in specifieke gevallen extra aandacht besteden aan angst en depressieve klachten.

C Onder ongevraagd adviseren wordt verstaan het aanbieden van en informatie geven over interventiemogelijkheden bij subklinische angst en depressie.

Tevens is de huisartsen gevraagd te scoren in hoeverre zij verschillende barrières ervaren bij het actief aanbieden van preventie op het terrein van angst en depressie bij ouderen. Ook de barrières zijn gebaseerd op wat bekend is over barrières voor preventie van angst en depressie<sup>28-34</sup> en op het eigen kwalitatieve onderzoek onder huisartsen; en ook hier konden de huisartsen scoren op een 5-punts Likertschaal. Hoe hoger de score des te meer werd de genoemde barrière als zodanig ervaren. De vooraf gedefinieerde barrières waren: onduidelijke verhouding tussen kosten en baten, te weinig ondersteuning, te lage financiële vergoeding, te weinig tijd, te veel administratieve handelingen, beperkingen van het huisartsinformatiesysteem, gebrek aan motivatie, gebrek aan behoefte bij de doelgroep, onvoldoende verwijsmogelijkheden, onvoldoende adequate behandelingsmethoden en onvoldoende interventies voor specifieke doelgroepen.

## Analyses

De analyses zijn uitgevoerd met behulp van SPSS 17.0. Voor beschrijvende statistiek gebruiken we frequenties en betrouwbaarheidsintervallen.

Voor elf verschillende groepen ouderen met een verhoogd risico op angst en depressie hebben we de huisarts gevraagd in hoeverre ze screening van deze groepen zinvol vonden. Dit resulteerde in elf variabelen. Met factoranalyses is onderzocht of en hoeveel factoren te onderscheiden zijn en welke van de elf hoogrisicogroepen het meest overeenkomen als het gaat over of de huisarts screening zinvol vindt. Bij het bepalen van het aantal factoren is gelet op de eigenwaarde (eigenwaarde > 1: Kaiser's criterium). Daarna is de mate van overeenkomst tussen de variabelen binnen een gevonden factor nagegaan met een Cronbach's  $\alpha$ . Als verschillende variabelen hetzelfde beogen te meten, dan moet de interne consistentie (betrouwbaarheid) hoog zijn ( $\alpha > 0,6$ ). De variabelen over 'zinvolheid van screening' zijn onder te verdelen in twee factoren, namelijk 1) sociaaldemografische en 2) somatische en/of psychosociale hoogrisicogroepen (Tabel 1).

Deze analyses zijn ook verricht voor de elf vragen over 'extra alert zijn' en de elf vragen over 'ongevraagd adviseren' bij de elf hoogrisicogroepen. Zowel bij 'extra alert zijn' als bij 'ongevraagd adviseren' vormden de variabelen dezelfde twee factoren als bij de variabelen 'zinvolheid screening': 1) sociaaldemografische en 2) somatische en/of psychosociale hoogrisicogroepen (Tabel 1). Omdat alleenstaande ouderen bij 'extra alert' niet konden worden ingedeeld in een van de factoren, zijn ze ook bij de variabelen 'zinvolheid screenen' en 'ongevraagd adviseren' niet meegenomen in de analyses.

Ook is gekeken naar de samenhang tussen de elf gevraagde barrières voor preventie. De factoranalyse toont drie groepen barrières, namelijk 1) praktische barrières, 2) barrières rondom preventieve interventies en 3) motivationele barrières (Tabel 1). De variabele 'beperkingen huisartsinformatiesysteem' paste niet in één van de drie factoren en is verder buitenbeschouwing gelaten.

Daarna is per factor de gemiddelde score over de variabelen berekend, waarbij 1 betekent 'helemaal oneens'

en 5 'helemaal eens' met de stelling 'Ik vind screening zinvol bij sociaaldemografische of somatische/psychosociale hoogrisicogroepen' (Tabel 2). Omdat de gemiddelde scores bij 'zinvolheid screenen', 'extra alert zijn' en 'ongevraagd adviseren' niet normaal verdeeld bleken (skewness 0,036 tot -0,978), zijn die scores in drie categorieën verdeeld. De grenswaarden van de categorieën zijn zodanig gekozen dat er in alle categorieën waarnemingen voorkomen. Een score tot 2,7 geeft aan dat de huisarts screening niet zinvol vindt. Een score van 2,7 tot 3,3 geeft aan dat de huisarts twijfelt. Een score van 3,3 of meer geeft aan dat de huisarts screening wel zinvol vindt. De zelfde grenswaarden zijn ook aangehouden voor 'extra alert zijn' en 'ongevraagd adviseren'. Daardoor kunnen de uitkomstvariabelen met elkaar vergeleken worden. Voor de drie groepen barrières is ook de gemiddelde score over de variabelen berekend en vervolgens gebruikt in de analyses.

Verschillen tussen de uitkomstmaten werden getoetst met de Wilcoxon signed rank test, een nonparametrische test. Samenhang van de huisarts-, praktijk- en populatiekenmerken met de uitkomstmaten is onderzocht met bivariate logistische regressie. Multivariate logistische regressies zijn verricht om meer inzicht te krijgen in de samenhang van de uitkomstmaten met de huisarts-, praktijk- en populatiekenmerken gecorrigeerd voor elkaar en met de barrières gecorrigeerd voor huisarts-, praktijk- en populatiekenmerken.

## RESULTATEN

### Kenmerken van de respondenten

Van de benaderde huisartsen stuurden 263 (38%) de vragenlijst ingevuld terug, zes vragenlijsten (1%) werden oningevuld teruggestuurd (vier vanwege pensionering, één huisarts was overleden en één vragenlijst kon niet bezorgd worden). Van de respondenten is een derde vrouw (Tabel 3). Dit is gelijk aan bekende Nederlandse cijfers.<sup>17</sup> In totaal heeft 72% van de huisartsen meer dan tien jaar ervaring (95%BI= 66,5-77,4; landelijk 67%), werkt 29% als solist (95%BI=23,5-34,5; landelijk 22%) en is 84% werkzaam in de stad of op het verstedelijkte platteland (95%BI=78,9-87,7; landelijk 88%). Er is sprake van oververtegenwoordiging in de praktijkpopulatie van 65-plussers bij 37%, migrantenouderen bij 12%, of ouderen met een lage sociaal economische status bij 13% van de huisartsen.

### Preventiegedrag van huisartsen

Over het algemeen vindt 34,1% van de huisartsen screenen op angst en depressie bij ouderen met een hoog risico zinvol. De huisartsen vinden screenen op angst en depressieve symptomen bij ouderen met een somatisch en/of psychosociaal hoog risico zinvoller dan bij ouderen die behoren tot een sociaaldemografische hoogrisicogroep (53,5% versus 15,1%) (Tabel 2). Voor alle sociaaldemografische hoogrisicogroepen geldt dat er lager op wordt gescoord dan voor somatische en/of psychosociale hoogrisicogroepen (Tabel 2).

Van de huisartsen vindt 77,1% dat zij extra alert zijn

**Tabel 2** Mate waarin huisartsen screenen zinvol vinden, zeggen extra alert te zijn en ongevraagd preventieve interventies aanbieden bij ouderen met vermoedens van subklinische angst en depressie (voor verschillende hoogrisicogroepen)

| Hoogrisicogroepen                                | Zinvolheid screening <sup>A</sup> |           | Extra alert <sup>B</sup> |           | Ongevraagd adviseren <sup>C</sup> |           |
|--|-----------------------------------|-----------|--------------------------|-----------|-----------------------------------|-----------|
|  | Gemiddelde score                  | 95% BI    | Gemiddelde score         | 95% BI    | Gemiddelde score                  | 95% BI    |
| <b>Somatisch en/of psychosociaal hoog risico</b> |                                   |           |                          |           |                                   |           |
| Recent verweduwd                                 | 3,27                              | 3,14-3,39 | 4,08                     | 4,01-4,15 | 3,23                              | 3,12-3,34 |
| Sociale isolatie                                 | 3,40                              | 3,28-3,52 | 4,05                     | 3,99-4,11 | 3,36                              | 3,25-3,48 |
| Immobiliteit                                     | 3,13                              | 3,02-3,25 | 3,86                     | 3,79-3,93 | 3,19                              | 3,08-3,30 |
| Slechte gezondheid                               | 3,14                              | 3,03-3,25 | 3,82                     | 3,75-3,89 | 3,15                              | 3,04-3,26 |
| Verminderde sensorische functies                 | 3,17                              | 3,05-3,28 | 3,77                     | 3,69-3,84 | 3,11                              | 3,00-3,22 |
| Verminderde cognitieve functies                  | 3,23                              | 3,12-3,35 | 3,74                     | 3,66-3,82 | 3,25                              | 3,13-3,35 |
| Samengestelde score                              | 3,22                              | 3,12-3,33 | 3,89                     | 3,84-3,94 | 3,22                              | 3,11-3,31 |
| Categorieën #                                    |                                   |           |                          |           |                                   |           |
| % eens   |                                   | 53,5%     |                          | 95,0%     |                                   | 54,1%     |
| % neutraal                                       |                                   | 21,3%     |                          | 2,7%      |                                   | 20,8%     |
| % oneens   |                                   | 25,2%     |                          | 2,3%      |                                   | 25,1%     |
| <b>Sociaaldemografisch hoog risico</b>           |                                   |           |                          |           |                                   |           |
| > 75 jaar  | 2,69                              | 2,59-2,80 | 3,35                     | 3,25-3,45 | 2,95                              | 2,84-3,06 |
| Lage sociaal economische status                  | 2,67                              | 2,57-2,77 | 3,27                     | 3,19-3,36 | 2,77                              | 2,68-2,87 |
| Immigranten                                      | 2,60                              | 2,51-2,70 | 3,04                     | 2,95-3,13 | 2,77                              | 2,67-2,86 |
| Vrouwen  | 2,49                              | 2,41-2,58 | 3,01                     | 2,91-3,10 | 2,78                              | 2,68-2,88 |
| Samengestelde score                              | 2,61                              | 2,53-2,70 | 3,17                     | 3,10-3,24 | 2,82                              | 2,72-2,90 |
| Categorieën #                                    |                                   |           |                          |           |                                   |           |
| % eens   |                                   | 15,1%     |                          | 36,8%     |                                   | 24,9%     |
| % neutraal                                       |                                   | 33,7%     |                          | 45,0%     |                                   | 37,4%     |
| % oneens   |                                   | 51,2%     |                          | 18,2%     |                                   | 37,7%     |
| <b>Totaal van alle hoog risico's</b>             |                                   |           |                          |           |                                   |           |
| Samengestelde score                              | 2,98                              | 2,89-3,07 | 3,60                     | 3,55-3,65 | 3,05                              | 2,96-3,14 |
| Categorieën #                                    |                                   |           |                          |           |                                   |           |
| % eens   |                                   | 34,1%     |                          | 77,1%     |                                   | 40,5%     |
| % neutraal                                       |                                   | 33,3%     |                          | 20,5%     |                                   | 29,6%     |
| % oneens   |                                   | 32,6%     |                          | 2,3%      |                                   | 30,0%     |

# Score 1 tot 2,7 = oneens, score 2,7 tot 3,3 = neutraal, score 3,3 tot 5 = eens

BI 95% Betrouwbaarheidsinterval

A Onder screening wordt verstaan het gebruik maken van een standaard screeningsinstrument om subklinische angst en depressie op te sporen.

B Onder extra alert zijn wordt verstaan het in specifieke gevallen extra aandacht besteden aan angst en depressieve klachten.

C Onder ongevraagd adviseren wordt verstaan het op eigen initiatief aanbieden van en informatie geven over interventie mogelijkheden bij subklinische angst en depressie.

op angst en depressie bij ouderen die tot een hoogrisicogroep behoren en 40,5% dat zij ongevraagd over interventiemogelijkheden adviseren (Tabel 2). Ook bij extra alert zijn en het ongevraagd adviseren is er verschil tussen somatische en/of psychosociale en sociaaldemografische hoogrisicogroepen (respectievelijk 95,0% versus 36,8% en 54,1% versus 24,9%) en geldt dat voor alle sociaaldemografische hoogrisicogroepen lager wordt gescoord dan voor elk van de somatische en/of psychosociale hoogrisicogroepen (Tabel 2).

Huisartsen vinden vaker dat zij extra alert zijn bij somatische en/of psychosociale hoogrisicogroepen dan dat zij aan deze hoogrisicogroepen ongevraagd advies geven (Wilcoxon Signed Rank Test  $Z=-9,83$ ;  $p<0,001$ ). Van alle huisartsen vindt 32,8% dat zij zowel extra alert zijn als ongevraagd advies geven en het screenen van somatische en/of psychosociale hoogrisicogroepen zinvol vinden (niet in tabel). De huisartsen vinden ook dat zij vaker extra alert zijn bij sociaaldemografische hoogrisicogroepen dan dat zij aan deze hoogrisicogroepen ongevraagd advies geven ( $Z=-5,64$ ;  $p<0,001$ ). Bij sociaaldemografische hoogrisicogroepen geeft 6,7% van de huisartsen aan zowel extra alert te zijn als ongevraagd advies te geven en screenen zinvol te vinden (niet in tabel).

Tabel 3 geeft de ongecorrigeerde samenhang weer

tussen de huisarts-, praktijk- of populatiekenmerken en de uitkomstvariabelen. Gecorrigeerd voor alle kenmerken is er voor een beperkt aantal kenmerken samenhang met de uitkomstvariabelen (niet in tabel); na correctie blijkt alleen dat mannelijke huisartsen vinden dat zij minder vaak extra alert zijn bij somatische en/of psychosociale hoogrisicogroepen ( $OR= 0,19$ ;  $95\%BI=0,04-0,96$ ) en dat huisartsen met meer dan 2500 patiënten vaker vinden dat screenen van deze hoogrisicogroepen zinvol is ( $OR= 2,03$ ;  $95\%BI=1,18-3,49$ ).

### Barrières voor preventie

Huisartsen geven het vaakst aan praktische barrières te ervaren bij het actief aanbieden van preventie van angst en depressie bij ouderen (Tabel 3). Daarna volgen ervaren motivationele barrières bij de ouderen en barrières rondom de aan te bieden interventies. Indien de huisarts barrières ervaart rondom het interventieaanbod, wordt hierover minder ongevraagd geadviseerd aan zowel somatische en/of psychosociale als aan sociaaldemografische hoogrisicogroepen. Bij ervaren barrières rondom de motivatie van de ouderen wordt screening bij zowel somatische en/of psychosociale als sociaaldemografische hoogrisicogroepen minder zinvol gevonden.



**Tabel 3** De ervaren zinvolheid van screening en mening over preventieve activiteiten (extra alert zijn of actief aanbieden van interventies) van huisartsen bij ouderen met angst- en depressie naar achtergrond-kenmerken van huisarts, praktijk en patiëntenpopulaties (ongecorrigeerde Odds Ratios)

|                                       | n          | Hoog<br>risico<br>groepen<br>% | Zinvolheid screening <sup>A</sup>                        |   | Extra alert <sup>B</sup>                    |  | Ongevraagd adviseren <sup>C</sup>           |  |
|---------------------------------------|------------|--------------------------------|--|---|---|--|---|--|
|                                       |            |                                | Somatisch /<br>psychosociaal <sup>D</sup><br>OR [95% BI] | Sociaal<br>demografisch <sup>E</sup><br>OR [95% BI] | Somatisch /<br>psychosociaal<br>OR [95% BI] | Sociaal<br>demografisch<br>OR [95% BI] | Somatisch /<br>psychosociaal<br>OR [95% BI] | Sociaal<br>demografisch<br>OR [95% BI] |
| Geslacht                              |            |                                |  |   |   |  |   |  |
| Vrouw                                 | 95         | 36,4                           | 1  | 1   | 1   | 1                                      | 1   | 1                                      |
| Man                                   | 166        | 63,6                           | <b>0,57[0,34-0,96]</b>                                   | 0,82[0,41-1,65]                                     | 0,33[0,07-1,52]                             | 0,67[0,40-1,12]                        | 0,90[0,54-1,50]                             | <b>0,54[0,30-0,95]</b>                 |
| Ervaring                              |            |                                |  |   |   |  |   |  |
| <= 10 jaar                            | 73         | 28,0                           | 1  | 1   | 1   | 1                                      | 1   | 1                                      |
| > 10 jaar                             | 188        | 72,0                           | <b>0,49[0,28-0,87]</b>                                   | 0,76[0,37-1,59]                                     | 1,27[0,37-4,35]                             | 0,62[0,36-1,08]                        | 0,89[0,52-1,54]                             | 0,63[0,35-1,16]                        |
| Aantal patiënten                      |            |                                |  |   |   |  |   |  |
| <2500                                 | 128        | 49,1                           | 1  | 1   | 1   | 1                                      | 1   | 1                                      |
| > 2500                                | 133        | 50,9                           | <b>1,94[1,18-3,19]</b>                                   | 1,48[0,74-2,95]                                     | 0,74[0,23-2,39]                             | <b>0,60[0,36-1,00]</b>                 | 0,86[0,52-1,41]                             | 0,57[0,32-1,02]                        |
| Praktijkvorm                          |            |                                |  |   |   |  |   |  |
| Solo                                  | 75         | 29,0                           | 1  | 1   | 1   | 1                                      | 1   | 1                                      |
| Niet Solo                             | 184        | 71,0                           | 0,85[0,49-1,46]  | 0,71[0,35-1,45]                                     | 0,21[0,03-1,63]                             | 1,09[0,62-1,91]                        | 0,78[0,45-1,35]                             | 1,48[0,77-2,85]                        |
| Urbanisatie                           |            |                                |  |   |   |  |   |  |
| Hoog                                  | 109        | 41,8                           | 1  | 1   | 1   | 1                                      | 1   | 1                                      |
| Midden                                | 109        | 41,8                           | 0,86[0,50-1,48]  | 0,47[0,22-1,01]                                     | 0,78[0,20-2,98]                             | <b>0,57[0,32-0,99]</b>                 | 1,53[0,89-2,63]                             | 1,09[0,59-2,00]                        |
| Laag                                  | 43         | 16,5                           | 0,56[0,27-1,14]  | 0,39[0,13-1,20]                                     | 0,50[0,11-2,34]                             | 0,63[0,30-1,32]                        | 1,07[0,52-2,20]                             | 0,57[0,23-1,43]                        |
| Aandeel > 65-plussers                 |            |                                |  |   |   |  |   |  |
| Gemiddeld                             | 96         | 36,9                           | 1  | 1   | 1   | 1                                      | 1   | 1                                      |
| > Gemiddeld                           | 164        | 63,1                           | 1,24[0,74-2,06]  | 1,00[0,49-2,05]                                     | 0,87[0,25-2,96]                             | 0,95[0,56-1,61]                        | 0,72[0,43-1,20]                             | 0,59[0,33-1,06]                        |
| Aandeel migranten                     |            |                                |  |   |   |  |   |  |
| Gemiddeld                             | 31         | 11,9                           | 1  | 1   | 1   | 1                                      | 1   | 1                                      |
| > Gemiddeld                           | 230        | 88,1                           | 0,60[0,27-1,30]  | 0,57[0,23-1,43]                                     | 1,48[0,31-7,11]                             | 0,59[0,28-1,25]                        | 0,83[0,39-1,79]                             | 1,17[0,48-2,86]                        |
| Gemiddelde Sociaal Economische Status |            |                                |  |   |   |  |   |  |
| Hoog                                  | 37         | 14,2                           | 1  | 1   | -   | 1                                      | 1   | 1                                      |
| Midden                                | 190        | 73,1                           | 0,95[0,47-1,95]  | 0,92[0,33-2,59]                                     | -   | 1,28[0,60-2,76]                        | 0,92[0,45-1,87]                             | 0,66[0,30-1,41]                        |
| Laag                                  | 33         | 12,7                           | 1,79[0,68-4,75]  | 2,70[0,81-8,96]                                     | -   | <b>2,84[1,06-7,58]</b>                 | 0,67[0,26-1,74]                             | 0,56[0,19-1,66]                        |
| Barrières F                           |            |                                |  |   |   |  |   |  |
| Praktische G                          | Gem. score | 95% BI                         |  |   |   |  |   |  |
|                                       | 3,59       | [3,50-3,67]                    | 1,10[0,75-1,61]  | 1,72[0,98-3,03]                                     |   |  | 0,80[0,55-1,16]                             | 0,79[0,52-1,22]                        |
| Motivatieve H                         | 3,05       | [2,96-3,14]                    | <b>0,32[0,21-0,49]</b>                                   | <b>0,57[0,34-0,94]</b>                              |   |  | 0,87[0,61-1,23]                             | 1,07[0,71-1,61]                        |
| Interventieaanbod I                   | 2,98       | [2,89-3,07]                    | 0,71[0,50-1,39]  | 0,83[0,50-1,39]                                     |   |  | <b>0,60[0,42-0,87]</b>                      | <b>0,65[0,43-0,99]</b>                 |

OR Odds Ratios

BI 95% Betrouwbaarheidsinterval

A Onder screening wordt verstaan het gebruik maken van een standaard screeningsinstrument om subklinische angst en depressie op te sporen.

B Onder extra alert zijn wordt verstaan het in specifieke gevallen extra aandacht besteden aan angst en depressieve klachten.

C Onder gevraagd adviseren wordt verstaan het op eigen initiatief aanbieden van en informatie geven over interventie mogelijkheden bij subklinische angst en depressie.

D Onder somatische / psychosociale risicofactoren vallen: slechte gezondheid, verminderde sensorische functies, verminderde cognitie, immobilititeit, sociaal isolement, recent verzuimd zijn.

E Onder sociaaldemografische risicogroepen vallen: oudste ouderen, vrouwen, migranten of ouderen met een lage sociaal economische status.

F Onder barrières verstaan we ervaren belemmeringen die huisartsen ervaren bij het actief aanbieden van preventie zoals bij screening en gevraagd adviseren.

G Onder praktische barrières vallen: onduidelijke verhouding tussen kosten en baten, te weinig ondersteuning, te lage financiële vergoeding, te veel administratieve handelingen, beperkingen van het huisartsinformatiesysteem (HIS).

H Onder motivatie barrières vallen: gebrek aan motivatie, gebrek aan behoefte bij de doelgroep.

I Onder interventieaanbod barrières vallen: onvoldoende verwijsmogelijkheden, onvoldoende adequate behandelingsmethoden en onvoldoende interventies voor specifieke doelgroepen.

## DISCUSSIE

Huisartsen betwijfelen of het screenen op angst en depressieve klachten zinvol is. Ze vinden dat zij vaak extra alert zijn op angst en depressieve klachten bij ouderen uit hoogrisicogroepen, maar minder geneigd zijn om ongevraagd advies te geven over mogelijke preventieve interventies. De meest frequent aangegeven barrières voor het aanbieden van preventie zijn van praktische aard (zoals te weinig tijd), gevolgd door barrières die te maken hebben met de ervaren behoefte en motivatie van ouderen. Minder vertrouwen in de effectiviteit van interventies gaat samen met minder vaak ongevraagd adviseren ervan. De huisartsen vinden screenen minder zinvol wanneer zij van mening zijn dat de motivatie en de behoefte bij ouderen ontbreekt om vervolgstappen te ondernemen.

### Extra alert en ongevraagd advies

Door extra alert te zijn en ongevraagd te adviseren bij ouderen met somatische en/of psychosociale problemen lijken huisartsen de NHG-Standaarden te volgen.<sup>14,15</sup> In de standaard voor depressie wordt aangegeven, dat een depressieve stoornis dient te worden overwogen indien de patiënt tijdens een consult klaagt over een sombere stemming of een sombere indruk maakt. Hierbij wordt een aantal hoogrisicogroepen genoemd met vooral somatische en psychosociale kenmerken. Vanuit het medisch perspectief wordt dus minder aandacht besteed aan de sociaaldemografische risicofactoren. De NHG-standaard richt zich momenteel vooral op het diagnosticeren van een depressieve stoornis. De vraag is of hiermee personen met een verhoogd risico even goed gesignaleerd en behandeld of verwezen worden.

Eerder onderzoek heeft aangetoond dat er sprake is van ondersignalering en onderbehandeling van angst en depressie in de huisartspraktijk. Hiervoor zijn zowel patiënt-, arts- als praktijkkenmerken verantwoordelijk.<sup>28-34</sup> Een hoog opleidingsniveau van de patiënt is bijvoorbeeld sterk gerelateerd aan een betere richtlijnopvolging door de huisarts.<sup>35</sup> In ons onderzoek blijken huisartsen bij ouderen met een lage sociaaleconomische status minder alert te zijn op symptomen van angst en depressie en minder vaak ongevraagd te adviseren in vergelijking met ouderen met somatische en/of psychosociale risicofactoren. Door bij ouderen met een lage sociaaleconomische status extra alert te zijn en ongevraagd te adviseren zou het verschil in richtlijnopvolging kunnen worden verkleind.

### Screenen

Ook al rapporteren de huisartsen dat ze vinden dat ze alert zijn op angst en depressie, ze zullen daarbij niet gauw gebruik maken van een standaard screeningsinstrument. Uit eerder onderzoek waarbij case finding ondersteund werd door het gebruik van screeningsinstrumenten bleek dat dit zinvol kan zijn om de huisarts op tijd een eerste indicatie te geven van symptomen van angst en depressie waarna hij/zij de ernst en aard verder kan bespreken met de patiënt.<sup>20,22,23,36-40</sup> Hoogstwaarschijnlijk worden op die manier nog niet alle ouderen met een verhoogd risico bereikt en daarom is een vorm

van programmatische screening zeker bij sociaal demografische hoogrisicogroepen ook wenselijk.<sup>24,41</sup>

### Barrières voor het actief aanbieden van preventie

In de literatuur komen barrières naar voren, zoals het vertrouwen van de arts in zijn/haar eigen deskundigheid, de beschikbare tijd, de behandelingsmogelijkheden, het getraind zijn in vaardigheden en de samenwerking met GGZ-professionals.<sup>31,32,35,42</sup> Praktische barrières werden in ons onderzoek wel het vaakste genoemd. Het zijn vooral het oordeel van de huisarts over de mate waarin de ouderen gemotiveerd zijn en het oordeel over de beschikbare preventieve interventies die het verschil tussen meer of minder preventief aanbod bepalen. Motivatiegebrek bij patiënten is evenwel geen voldongen feit. Er zijn strategieën voorhanden die zich richten op de professional om hem/haar in staat te stellen de motivatie van patiënten te verhogen. Dat kan door middel van het aanleren van gesprekstechnieken gericht op het verhogen van de motivatie van de patiënt. Wanneer professionals vervolgens ervaren dat de techniek werkt, dan zal het ervaren motivatiegebrek een minder grote barrière voor preventie zijn.<sup>43</sup> Het wegnemen of verminderen van deze barrières kan dus zorgen voor een verbetering van de preventie van angst en depressie bij ouderen uit hoogrisicogroepen.

De belangrijkste conclusie van dit onderzoek luidt daarom dat preventie van angst- en depressieve stoornissen bij ouderen uit hoogrisicogroepen in de huisartspraktijk gebaat is bij het wegnemen van een aantal barrières.

### Beperkingen

De respons van 38% is betrekkelijk laag. Echter, het NIVEL had in dezelfde periode bij een vergelijkbaar onderzoek een respons van 30%.<sup>17</sup> Onze respons wijkt, vergeleken met Nederlandse cijfers, alleen af op percentage solisten en huisartsen werkzaam in verstedelijkt gebied. De analyses laten zien dat deze kenmerken slechts geringe samenhang hebben met preventiegedrag van de huisarts, zodat dit slechts een geringe kans op vertekening geeft. Niettemin, niet kan worden uitgesloten dat de deelnemende huisartsen meer dan gemiddeld geïnteresseerd zijn in preventie. In dat geval zou een hogere respons mogelijk (nog) meer ruimte voor verbetering hebben laten zien. Dat zou dan in overeenstemming zijn met eerdere bevindingen, namelijk dat, ook al zijn huisartsen mogelijk extra alert, een groot deel van de volwassenen met een depressieve stoornis in Nederland blijkbaar niet wordt opgespoord.<sup>19</sup>

Een beperking van ons onderzoek is de gebruikte terminologie in de vragenlijst. Voor het meten van de begrippen screenen, extra alert zijn en ongevraagd adviseren konden geen gevalideerde vragenlijsten worden gebruikt. De begrippen behoren tot het vocabulaire van de huisarts, maar worden meestal in combinatie met preventie van hart- en vaatziekten en veel minder met preventie van psychische aandoeningen gebruikt. Gevraagd is naar de mening van huisartsen over hun preventiegedrag en hun houding ten aanzien van screening. Daarmee

hopen we een goede indruk te hebben van het daadwerkelijke gedrag. Een volgende beperking is onze methode van onderzoek, de cross-sectionele survey. De resultaten geven de door huisartsen ervaren barrières weer die samengaan met verminderd preventiegedrag en verminderde intentie, maar het is niet zeker of dit daadwerkelijk de belangrijkste barrières zijn die verklarend zijn voor het gedrag en de intentie van de huisarts. Ten slotte is het aantal analyses, ondanks het samenstellen van gecombineerde hoogrisicogroepen, groot. De kans dat een gevonden samenhang op toeval berust is niet geheel uitgesloten.

### Aanbevelingen

Screenen op angst- en depressieve symptomen onder ouderen die behoren tot een hoogrisicogroep kan zinvol zijn om het ontwikkelen van een angst- of depressieve stoornis te voorkomen. Sinds januari 2008 is de functie van praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) in de huisartspraktijk geïntroduceerd. Tijdens het onderzoek waren deze professionals nog maar in weinig praktijken actief. De komst van de praktijkondersteuner GGZ biedt mogelijkheden. Deze professionals kunnen specifiek getraind worden in motivationele gesprekstechnieken en geïnformeerd worden over lokaal en doelgroep specifiek interventieaanbod. Het is zinvol om dit onderzoek naar de preventie van angst en depressie bij ouderen met een verhoogd risico in de huisartspraktijk in de toekomst te herhalen, mede omdat de huisarts toch vaak de eerste persoon blijft waarmee de patiënt contact heeft.

Voorwaarden voor screening zijn voldoende ondersteuning, effectief en toegankelijk interventieaanbod en goede follow-up.<sup>44</sup> In de directe woonomgeving dienen dus geschikte interventies beschikbaar te zijn, zeker voor veel ouderen.<sup>45</sup> Verbetering van preventie van angst en depressie reikt daarmee verder dan de huisartsenpraktijk alleen. De gemeenten, GGD'en en GGZ-instellingen in Nederland kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. De nulde lijn zou zich kunnen richten op het voorlichten van ouderen, evenals de training van professionals in het herkennen van angst en depressie en in gesprekstechnieken, het gebruik van gevalideerde screeningsinstrumenten, in gesprekstechnieken en in het geven van informatie over preventieve interventies. Daarbij moet voldoende aandacht worden gegarandeerd voor specifieke hoogrisicogroepen en voor ouderen met multimorbiditeit.

### ABSTRACT

*Attitude of General Practitioners towards prevention of anxiety and depression in the elderly*

**Aim:** Prevention of anxiety and depression in later life is effective. We examined the attitude of general practitioners (GPs) towards prevention aimed at elderly with a high risk on anxiety and depression; and also chances for improvement. **Methods:** 700 GPs received a questionnaire (response is 263, 38%). The preventive activities of GPs and their perception regarding benefits of screening were related to GP, practice, and population characteristics. Besides, the relations between barriers and prevention were studied.

**Results:** One-third of the GPs finds screening for symptoms of anxiety and depression in the elderly relevant. Three-quarters find themselves alert for symptoms of anxiety and depression in elderly from high risk groups. Compared to 'being extra alert', they find themselves less likely to actively advise on intervention possibilities. They pay more attention to prevention in elderly with somatic and psychosocial risk factors than in elderly with sociodemographic risk factors. Practical barriers in providing prevention were mentioned most frequently. Having doubts about the efficacy of interventions was related to less often actively advising. Having confidence in the needs and the motivation of the elderly was related to the GPs perception that screening is effective. **Conclusion:** Although GPs report being alert for anxiety and depression in elderly, they have doubts about the benefits of screening and actively advising. Some barriers might be removed. This may result in a different attitude and improved intervention.

**Keywords:** anxiety, depression, aged, prevention and control, risk factors, general practitioner

### LITERATUUR

1. Duin C van. Bevolkingsprognose 2008-2050: naar 17,5 miljoen inwoners. CBS Bevolkingstrends, 1e kwartaal 2009. Den Haag: CBS, 2009.
2. Beekman AT, Penninx BW, Deeg DJ et al. The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:20-7.
3. Graaf R de, Have M ten, Dorsselaer S van. NEMESIS 2: De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
4. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349(9064):1498-504.
5. Gool CH van, Gommer AM, Poos MJJC. Prevalentie en incidentie naar leeftijd en geslacht. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2010.
6. Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety* 2010;27:190-211.
7. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
8. Hoeymans N, Gommer AM, Poos MJJC. Welke ziekten veroorzaken de grootste ziektelast (in DALY's)? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2010.
9. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004;184:386-92.
10. Cuijpers P, Van Straten A, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman A. Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiatry* 2008; 165:1272-80.
11. Munoz RF, Cuijpers P, Smit F, Barrera AZ, Leykin Y. Prevention of major depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;27:181-212.



12. Smit F, Ederveen A, Cuijpers P, Deeg D, Beekman A. Opportunities for cost-effective prevention of late-life depression: an epidemiological approach. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:290-6.
13. Veer N van 't, Marwijk H van, Oppen P van et al. Prevention of anxiety and depression in the age group of 75 years and over: a randomised controlled trial testing the feasibility and effectiveness of a generic stepped care programme among elderly community residents at high risk of developing anxiety and depression versus usual care. *BMC Public Health* 2006;6:186.
14. Romeijnders AC, Marwijk HW van, Goudswaard AN. Summary of the practice guideline 'Depressive disorder' (first revision) from the Dutch College of General Practitioners. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:523-7.
15. Terluin B, Grol MH, Pijnenborg L, Goudswaard AN. Summary of the practice guideline 'Anxiety disorders' (first revision) from the Dutch College of General Practitioners. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:1211-5.
16. Statline: Gebruik medische voorzieningen. Den Haag: CBS, 2011.
17. Nielen MMJ, Schellevis F. Preventie in de huisartspraktijk anno 2008. De vroege opsporing van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en nierziekten. Utrecht: NIVEL, 2008 .
18. Schoevers RA, Smit F, Deeg DJ et al. Prevention of late-life depression in primary care: do we know where to begin? *Am J Psychiatry* 2006;163:1611-21.
19. Bijl RV, GR de, Hiripi E et al. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff (Millwood)* 2003;22:122-33.
20. Bijl D, Marwijk HW van, Haan M de, Tilburg T van, Beekman AJ. Effectiveness of disease management programmes for recognition, diagnosis and treatment of depression in primary care. *Eur J Gen Pract* 2004;10:6-12.
21. Veer-Tazelaar PJ, Marwijk HW van, Oppen P van et al. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:297-304.
22. Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. *CMAJ* 2008;178:997-1003.
23. Spijker J, Wurff FB van der, Poort EC et al. Depression in first generation labour migrants in Western Europe: the utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:538-44.
24. Zulman DM, Vijan S, Omenn GS, Hayward RA. The relative merits of population-based and targeted prevention strategies. *Milbank Q* 2008;86:557-80.
25. Rose G. Sick individuals and sick populations. 1985. *Bull World Health Organ* 2001;79:990-6.
26. Wurff FB van der, Beekman AT, Dijkshoorn H et al. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *J Affect Disord* 2004;83:33-41.
27. Dijk-van Dijk DJA van. General Practitioners' attitudes towards prevention and older people. Focus group interviews. Leiden: LUMC, 2011.
28. Main DS, Lutz LJ, Barrett JE, Matthew J, Miller RS. The role of primary care clinician attitudes, beliefs, and training in the diagnosis and treatment of depression. A report from the Ambulatory Sentinel Practice Network Inc. *Arch Fam Med* 1993;2:1061-6.
29. Williams JW, Jr., Rost K, Dietrich AJ et al. Primary care physicians' approach to depressive disorders. Effects of physician specialty and practice structure. *Arch Fam Med* 1999;8:58-67.
30. Prins MA, Verhaak PF, Meer K van der, Penninx BW, Bensing JM. Primary care patients with anxiety and depression: need for care from the patient's perspective. *J Affect Disord* 2009;119:163-71.
31. Richards JC, Ryan P, McCabe MP, Groom G, Hickie IB. Barriers to the effective management of depression in general practice. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38:795-803.
32. Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry* 1997;58 Suppl 1:5-10.
33. Lecrubier Y. Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies. *J Clin Psychiatry* 2007;68 Suppl 2:36-41.
34. Alegria M, Bijl RV, Lin E, Walters EE, Kessler RC. Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders: a comparison of the United States with Ontario and The Netherlands. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:383-91.
35. Prins MA, Verhaak PF, Smolders M et al. Patient factors associated with guideline-concordant treatment of anxiety and depression in primary care. *J Gen Intern Med* 2010;25:648-55.
36. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS et al. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *JAMA* 1997;278:1186-90.
37. Whitty P, Gilbody S. NICE, but will they help people with depression? The new National Institute for Clinical Excellence depression guidelines. *Br J Psychiatry* 2005;186:177-8.
38. Screening for depression in adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009;151:784-92.
39. MacMillan HL, Patterson CJ, Wathen CN et al. Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2005;172:33-5.
40. Nimalasuriya K, Compton MT, Guillory VJ. Screening adults for depression in primary care: A position statement of the American College of Preventive Medicine. *J Fam Pract* 2009;58:535-8.
41. Rose G. Preventive strategy and general practice. *Br J Gen Pract* 1993;43:138-9.
42. Smolders M, Laurant M, Verhaak P et al. Which physician and practice characteristics are associated with adherence to evidence-based guidelines for depressive and anxiety disorders? *Med Care* 2010;48:240-8.
43. Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Educ Couns* 2004;53:147-55.
44. O'Connor EA, Whitlock EP, Gaynes B, Beil TL. Screening for Depression in Adults and Older Adults in Primary Care Settings: An Updated Systematic Evidence Review. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality; 2009 Dec. Report No.: Evidence Synthesis No. 75. AHRQ Publication No. 10-05143-EF-1.
45. UK National Screening Committee. Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme. London: UK National Screening Committee, 2011.

#### **CORRESPONDENTIEADRES**

Annemarie van Dijk, LUMC/PHEG,  
Postbus 9600, 2300 RC Leiden, tel. 071-5268444,  
e-mail: d.j.a.van\_dijk-van\_dijk@lumc.nl