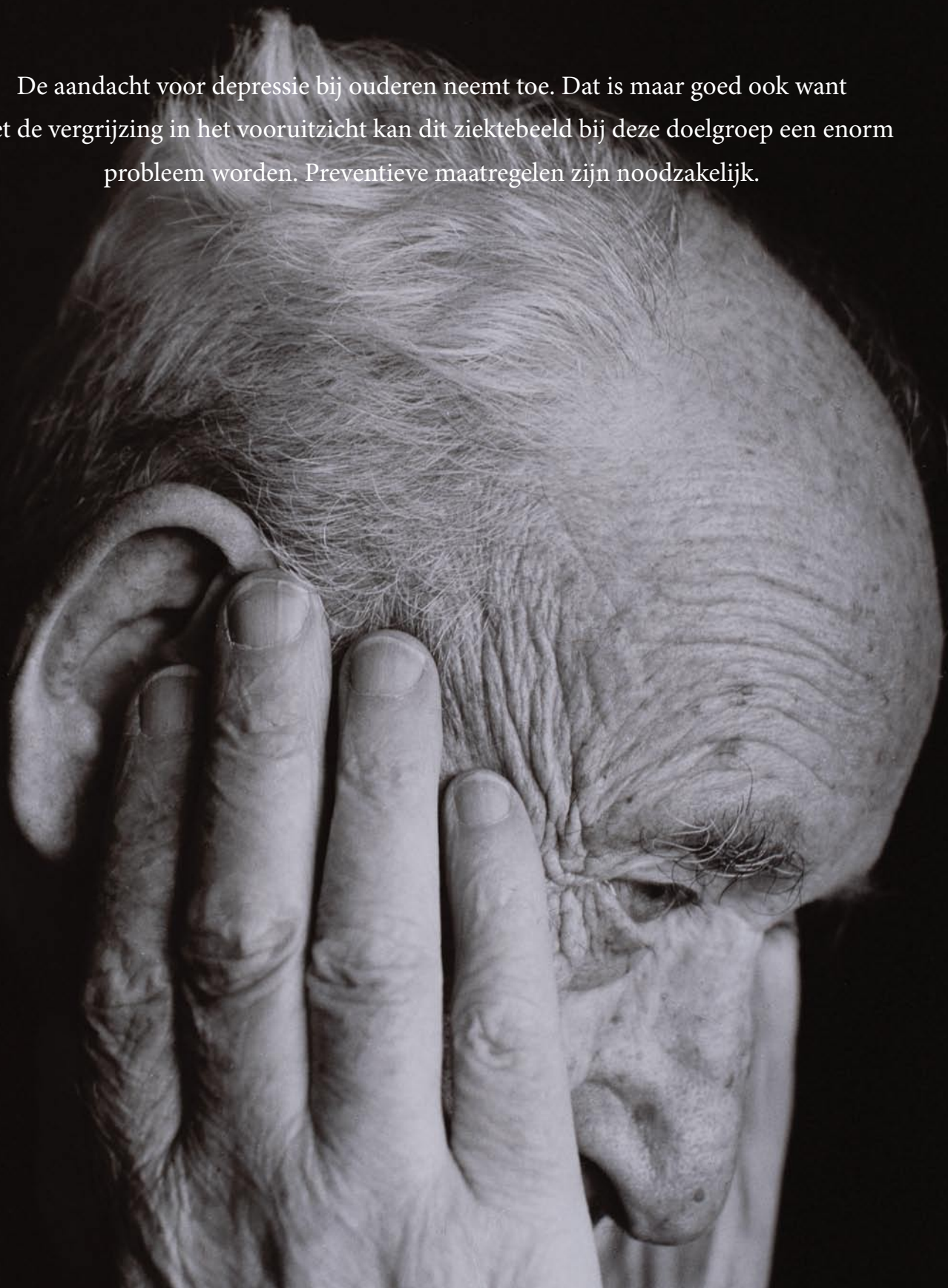


SOMBER VOORUITZICHT

Noodzaak preventieve maatregelen tegen depressie ouderen onderkend

De aandacht voor depressie bij ouderen neemt toe. Dat is maar goed ook want met de vergrijzing in het vooruitzicht kan dit ziektebeeld bij deze doelgroep een enorm probleem worden. Preventieve maatregelen zijn noodzakelijk.



TWAN VAN VENROOIJ

Het is van belang dat er nú iets wordt gedaan om de instroom van depressieve ouderen te beperken, meent prof. dr. Pim Cuijpers, hoogleraar klinische psychologie aan de VU. 'Wat we in Nederland en ook internationaal vooral doen, is het behandelen van mensen die al een depressie hebben. In het stadium ervoor gebeurt meestal niets. Als we de met depressie gepaard gaande ziektelast echt willen reduceren, is dat niet genoeg. We moeten naar andere strategieën gaan zoeken.'

Cuijpers doelt met 'andere strategieën' op preventieve maatregelen. Want alléén het behandelen van deze groep is geen optie. En niet alleen vanwege de enorme last die dit op de zorg legt. 'Hoevel psychologische behandelingen en behandelingen met antidepressiva goed werken, heeft recent Australisch onderzoek laten zien dat met de meest effectieve behandelingen, nog niet de helft van de ziektelast wordt verholpen. En dat is dan nog alleen zo als iedereen die baat zou kunnen hebben bij een behandeling, deze ook ontvangt, wat bij lange na niet het geval is. Bovendien verwacht niemand dat er op korte termijn een supermedicijn of superbehandeling wordt gevonden waarmee ook die andere helft effectief kan worden aangepakt. Dus moet je wel naar andere strategieën zoeken. En dan blijft toch alleen preventie over.'

OMVANGRIJK

Bij mensen boven de 65 jaar komen milde en matige depressies veel voor. Het percentage ouderen met milde tot matige depressies wordt geschat op ongeveer 15 procent. Bij 85-plussers is dat zelfs één op de vijf. Major depression komt bij mensen op leeftijd juist iets minder vaak voor dan bij jongere mensen.

De jaarlijkse instroom van oudere mensen met een depressie is omvangrijk: in Nederland gaat het om circa 120.000 ouderen per jaar die met een nieuwe of zich herhalende depressie worden geconfronteerd. In de toekomst worden dit er waarschijnlijk nog veel meer. Vanaf ongeveer 2015 zal het aantal ouderen sterk toenemen. Was in 1999 gemiddeld 14 procent van de bevolking 65 jaar of ouder, voor 2025 wordt verwacht dat bijna 21 procent tot deze groep behoort. In 2030 zijn waarschijnlijk iets minder dan vier miljoen Nederlanders ouder dan 65 jaar; bijna een kwart van de bevolking.

De ziektelast bij depressie is hoog. De aandoening gaat bij jong en oud gepaard met een sterk verminderde kwaliteit van leven, een verhoogd risico op mortaliteit en veelvuldig voorkomende comorbiditeiten. Ouderen hebben in vergelijking met jongere volwassenen een hogere kans op een chronisch beloop; bij 43 procent van de ouderen duurt de malaise langer dan 10 maanden en bij 34 procent wordt de depressie chronisch. Op dit moment is volgens de WHO depressie de ziekte met de op één na grootste ziektelast; alleen HIV/aids

aanpak depressiepreventie ouderen). Het instituut pleit voor een integrale benadering van depressiepreventie. 'We hebben voor gemeenten een handleiding gemaakt om depressie bij ouderen aan te pakken. Dit programma bestaat vooral uit diverse voorzieningen en interventies die op lokaal niveau kunnen worden uitgevoerd, zoals specifieke preventieve interventies gericht op depressie, maar ook reguliere activiteiten van het welzijnswerk voor ouderen, ouderensociëteiten en adviesdiensten voor ouderen', aldus Cuijpers die nog voor een halve

Alleen HIV/aids scoort hoger wat ziektelast betreft

scoort hoger. Bij de aandoeningen met de grootste ziektelast is potentieel en absoluut de meeste gezondheidswinst te behalen, schrijft de Gezondheidsraad in het in februari verschenen rapport 'Vergrijzen met ambitie'.

INTEGRALE AANPAK

Naar aanleiding van de VWS-nota 'Langer gezond leven' uit 2003, waarin depressie voor het eerst werd beschreven als een belangrijk aandachtsgebied, heeft het Trimbos-instituut in samenwerking met GGD-Nederland en de Vereniging Nederlandse Gemeenten een plan van aanpak opgesteld (integrale

dag per week aan het Trimbos-instituut is verbonden.

Van deze integrale aanpak wordt gehoopt dat ze nog meer effect heeft dan de huidige methoden waarbij allerlei cursussen ter behandeling en preventie worden aangeboden. Het probleem daarbij is dat hiermee een beperkt deel van de depressieve ouderen worden bereikt. 'De GGZ-instellingen hebben preventieafdelingen die allerlei programma's hebben, gericht op depressie bij ouderen. Bijvoorbeeld cursussen omgaan met depressie en cursussen waarbij ouderen hun levensverhaal vertellen. We weten hiervan dat het helpt tegen depressie, maar er >>

INITIATIEVEN

Behalve het Amerikaanse advies om iedereen in het medische circuit te screenen op depressie als daarbij ook een effectieve behandeling beschikbaar is, bestaat in de VS een speciale dag waarop iedereen gratis op depressieve klachten kan worden gescreend. De Screening for Mental Health-organisatie heeft niet alleen specifiek op ouderen gerichte tests maar ook spel materiaal als de 'Feel good bingo', compleet met weggeefprijzen en 'hard candy', om ouderen voor te lichten over depressie. Het Nederlandse cursus- en educatiemateriaal voor depressieve ouderen heeft minder spannende namen als 'In de put, uit de put 55+' en 'Achter een lachend gezicht', uitgaven van het Trimbos-instituut. Een overzicht van alle interventies is te vinden in het onlangs door het Trimbos-instituut uitgegeven boekje Preventie van depressie bij ouderen.

ZonMw pleit ook voor meer aandacht voor depressie bij ouderen. Zij ondersteunt ruim dertig projecten op het gebied van ouderen en depressie, variërend van fundamenteel tot toegepast onderzoek en het invoeren van vernieuwingen. Onlangs heeft de organisatie een bijeenkomst van experts belegd. Dezelaatsten hechten eveneens veel belang aan preventie en vroege herkenning van depressie bij ouderen. Andere aanbevelingen zijn na te lezen in een speciaal aan dit onderwerp gewijde Mediator en op www.zonmw.nl/ouderendepressie.

<< worden relatief weinig ouderen mee bereikt. Als dit soort voorzieningen beter worden geïntegreerd in het gemeentelijk beleid, verwachten we dat er meer ouderen mee worden bereikt.

NIET KLAGEN

Naast preventie bij hoogrisicogroepen en beleid om de sociale leefomgeving te versterken is één van de speerpunten van het Trimbos-plan het verbeteren van de vroegherkenning en behandeling van depressieve klachten bij ouderen. Want door *subthreshold*-depressies te behandelen kan erger worden voorkomen. De huisarts blijkt depressieve klachten bij ouderen niet altijd te herkennen (zie *kader*). Toch heeft dat mogelijk ook voordelen, stelt Cuijpers. 'Sommige

wetenschappers en hulpverleners vinden het niet zo erg dat niet alle problemen worden herkend. Een reden hiervoor is dat er zo veel ouderen met depressieve klachten zijn dat we niet iedereen kunnen helpen. Daarnaast gaan een heleboel depressies vanzelf over en is het dus misschien wel beter om niet altijd meteen in te grijpen. Mogelijk moet je daar niet al te actief in zijn en je alleen richten op de mensen die hulp zoeken.'

Probleem daarbij is dat ouderen minder snel hulp zoeken bij depressieve klachten. Uit de NEMESIS-studie bleek dat van de depressieve jongere volwassenen ongeveer 60 procent hulp zoekt terwijl dit bij ouderen een veel lager percentage is. Ouderen hebben de neiging de klachten te somatiseren. Cuijpers: 'Vaak

schamen ze zich er ook voor. Dat kan een cohort-effect zijn; we praten over de mensen die na de oorlog Nederland weer hebben opgebouwd en gewend zijn om niet te veel te klagen. Dat is een norm geworden voor die generatie. Over gees-

'Over geestelijke problemen zeur je niet'

telijke problemen zeur je niet, die los je zelf op. Ik vind dit een overtuigend argument om bij ouderen een actiever opsporingsbeleid toe te passen.'

'In de VS heeft de National Institutes of Health geadviseerd om iedereen in de medische sector te screenen op depressie', vervolgt Cuijpers. 'Dit is gebaseerd op een aantal studies waaruit naar voren komt dat door screening en het daarbij aanbieden van een goede behandeling, inderdaad de prevalentie omlaag gaat.' Er zijn dus duidelijke aanwijzingen dat screening daadwerkelijk positieve effecten oplevert, maar toch is screenen op depressie in de Nederlandse huisartsenpraktijk geen optie, meent Cuijpers. 'Dit zou betekenen dat je bij een huisartsbezoek in Nederland voor bijvoorbeeld een griepje, een vragenlijst onder je neus krijgt om te screenen voor depressie. Heel veel mensen zullen dit niet accepteren en ten tweede is de huisarts in Nederland daar ook helemaal niet voor toegerust. Verder beschikken we hier niet over echt goede interventies die de huisarts zou kunnen doen. Die zaken moeten ook worden meegewogen.'

RISICOFACTOREN

Verder moet beter duidelijk worden bij welke mensen een interventie - waaronder zowel een behandeling voor depressieve klachten als voorlichting wordt verstaan - nut kan hebben. Inmiddels is bekend welke factoren de kans op depressie bij ouderen vergroten. Uit bevolkingsonderzoek blijkt dat mensen die al enkele depressieve klachten hebben, vrouw zijn, functionele klachten hebben en een klein sociaal netwerk hebben, meer risico lopen om depressief te worden. De mensen in deze groep vertegenwoordigen ongeveer 5 procent van alle ouderen maar zij verklaren samen wel ruim 30 procent van de nieuwe gevallen.

PROBLEMEN BIJ DIAGNOSE

Depressie bij ouderen wordt te weinig herkend in de huisartsenpraktijk, blijkt uit een onderzoek van dr. Anita Volkers werkzaam bij het NIVEL. Gebruikmakend van gegevens uit de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk bekeek zij hoeveel 55-plussers met een major depression door de huisarts juist werden gediagnosticeerd. Van 55 patiënten die in het voorafgaande jaar een depressie hadden gehad volgens een gestandaardiseerd psychiatrisch interview, werd slechts 21 procent door de huisartsen correct gediagnosticeerd.

Het is echter niet zo dat de depressieve klachten gewoonweg werden gemist door de arts. Bij 32 procent van de depressieve ouderen werd namelijk wel een diagnose gesteld, maar werd een andere psychische aandoening vastgesteld. En 23 procent werd wel behandeld met antidepressiva maar zonder dat de diagnose depressie was gesteld. 'In die gevallen was het voor de arts wel duidelijk dat er iets aan de hand was maar werden de klachten niet specifiek genoeg herkend', stelt Volkers. 'Het probleem van onderdiagnostiek is voor een deel waarschijnlijk te wijten aan comorbiditeit. Meer dan 80 procent van de mensen die wel herkend waren maar ook een groot deel van de groep met niet-herkende depressieve klachten heeft bijkomende somatische morbiditeit, vooral chronische aandoeningen. Dat ouderen vooral met andere klachten bij de huisarts komen, maakt het toch iets moeilijker een depressie te herkennen.'

Volkers vermoedt dat ook de ideeën van huisartsen over depressies bij ouderen een rol spelen. 'Artsen denken nog vaak dat de ouderdom gewoonweg met gebreken komt en dat somberheid of depressie daar een onderdeel van uitmaakt. Het één komt wel samen voor met het ander, maar dit wil niet zeggen dat er niets aan is te doen. Ook denken sommige huisartsen waarschijnlijk dat ze de patiënt belasten als ze hem medicatie geven, terwijl er geen reden is om te veronderstellen dat antidepressiva bij ouderen minder werkzaam zijn dan bij jongere volwassenen. Wel is het zo dat de effectiviteit van antidepressiva vaak bij jong volwassenen zijn onderzocht waardoor nog weinig bekend is over de werkzaamheid bij ouderen', nuanceert Volkers haar uitspraak.

Daarnaast helpt het waarschijnlijk als er bij ouderen meer kennis bestaat over depressie. Niet alleen voor het stellen van de diagnose maar ook bij de behandeling, denkt Volkers. 'Ouderen weten vaak heel weinig over depressie en we denken dat meer publieksinformatie over dit onderwerp kan meehelpen om het probleem aan te pakken. Zowel bij de diagnostiek als bij de acceptatie bij de patiënt. Bij ouderen leven allerlei ideeën over antidepressiva waardoor ze er niet mee willen starten of niet de juiste dosering gebruiken. Veel ouderen bijvoorbeeld hebben het idee dat slaapmiddelen niet verslavend zijn en antidepressiva wel, waardoor ze liever een slaappil krijgen dan een middel tegen de depressie. Wil de behandeling van deze groep succesvol worden dan zal dit ook een aandachtspunt moeten zijn.'



Ouderen zoeken minder snel hulp bij depressieve klachten. Vaak schamen zij zich ervoor.

Andere studies die zochten naar bruikbare parameters om te bepalen bij wie het nemen van preventieve maatregelen nut heeft, vonden onder meer een hoog risico voor patiënten met migraine, maagklachten, ademhalingsproblemen en heftige lagerug- en/of nekpijn. Veel van deze risicofactoren zijn echter te weinig specifiek, stelt Cuijpers. 'Want waarschijnlijk is het zo dat 90 procent van de mensen met nekpijn geen depressie krijgt en zal bij een interventie op basis van die risicofactor dus slechts een klein aantal mensen worden geholpen. Daarom zijn we momenteel bezig de groepen te identificeren waarbij interventie wel zin heeft.'

MEGAJOB

We doen er goed aan om de infrastructuur in de huisartsenzorg te benutten om ouderen met een depressie zo snel

mogelijk op te sporen, vindt Cuijpers. Momenteel lopen er onder andere aan de VU enkele onderzoeken naar de effectiviteit van interventies bij de huisarts. 'Van die alternatieven weten we eigenlijk nog niet zoveel. Werkt het nu als mensen bij een bezoek aan de huisarts worden gescreend of is een periodiek geneeskundig onderzoek beter?'

'Je zou ook kunnen denken aan regelmatige gezondheidsscreeningen waarbij iedere oudere door de thuiszorg wordt uitgenodigd en dat daarbij ook naar depressie wordt gekeken. Ook in verpleeghuizen zou dit nuttig zijn want daar komen depressies veelvuldig voor en wordt er niet altijd voldoende aan gedaan. De kans dat deze mensen voor een depressie worden behandeld, is minimaal.'

Het is denkbaar dat in de huisartsenpraktijk wordt gescreend, maar dan wel door een praktijkverpleegkundige of

een psychiatrisch verpleegkundige uit de GGZ, stelt Cuijpers voor. 'We moeten niet van de huisartsen verwachten dat zij dit er ook nog even bijdoen. Aan de andere kant bestaat nu al een groot deel van de problemen waarmee mensen bij de huisarts komen uit psychische klachten. Het is dan ook niet zo dat de huisarts er niet naar kijkt. Zij doen heel goed werk; veruit de meeste mensen met een depressie worden door de huisarts geholpen en dat is een megajob.' ■

Het dossier 'Vergrijzing' van VWS, de integrale aanpak van het Trimbos-instituut, 'Vergrijzing met ambitie' van de Gezondheidsraad en informatie van ZonMw over buitenlandse screeningsprogramma's vindt u op www.medischcontact.nl/dezeweek

Literatuur:

- Bohlmeijer et al. Integrale aanpak depressiepreventie bij ouderen. Trimbos-instituut 2005.
- Bohlmeijer et al. Preventie van depressie bij ouderen. Draaiboek voor een community interventie. Trimbos-instituut 2005.
- VWS. Nota Langer gezond leven, 2003.
- Volkers A et al. The problem of diagnosing major depression in elderly primary care patients. *J Affect Disord.* 2004, 15; 82(2): 259-63.
- Gezondheidsraad. Vergrijzen met ambitie. 2005.
- Special Ouderen en depressie. *Mediator*, juni 2005; 16 (4).