

Preventie van depressie bij ouderen

Een overzicht van interventies

Trimbos-
instituut
Netherlands Institute
of Mental Health
and Addiction



**Pim Cuijpers
Godelief Willemse**

Trimbos-instituut

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van VWS

Financiering

Ministerie van VWS

Auteurs

P. Cuijpers

G. Willemse

Projectleiding

E. Bohlmeijer

I. Voordouw

Projectuitvoering

J. Blekman

E. Bohlmeijer

P. Cuijpers

A. Koornstra

S. Onrust

H. Ripper

F. Smit

C. Smits

I. Voordouw

G. Willemse

Vormgeving en druk

Ladenius Communicatie BV

ISBN 9052534977

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 AF0588. 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

Inhoud	3
1. Inleiding	5
2. Wat is preventie?	7
3. Universele preventie	9
3.1. Voorlichting	9
3.2. Cursussen	10
4. Selectieve preventie	11
4.1. Weduwen en weduwnaars	11
4.2. Mantelzorgers van hulpbehoevende ouderen	12
4.3. Ouderen met een chronische ziekte	14
4.4. Ouderen in instituties	16
4.5. Eenzaamheid	18
4.6. Innovatieve interventies	19
5. Geïndiceerde en zorggerichte preventie	21
5.1. Voorlichting	21
5.2. Cursussen 'In de put, uit de put'	22
5.3. Cursussen 'Op zoek naar zin'	23
5.4. Screening en vroege behandeling van depressie bij ouderen	24
5.5. Deskundigheidsbevordering van hulpverleners	26
6. Facetbeleid	28
7. Ten slotte	29
Referenties	31
Bijlage 1. Overzicht van interventies	35
Bijlage 2. Twee voorbeelden van een veelgebruikte screeningsinstrumenten voor depressie bij ouderen	70



1. Inleiding

Depressieve klachten komen bij ouderen veel voor. Naar schatting heeft ongeveer 2% van de ouderen een klinische depressie (Beekman, 1996) en daarnaast kampt nog eens 12,9% van de ouderen met mildere depressieve klachten. Deze klachten hebben vaak een chronisch beloop en een slechte prognose. Verder is het uit onderzoek en uit de klinische praktijk bekend dat ouderen minder geneigd zijn om hulp te zoeken voor dergelijke klachten dan jongere volwassenen (Gottlieb, 1994), ondermeer omdat zij hun klachten sneller vertalen naar lichamelijke klachten, zij vinden dat zij dergelijke klachten zonder hulp moeten kunnen oplossen en zij weinig vertrouwen hebben dat behandeling van dergelijke klachten helpt, maar ook omdat hulpverleners dergelijke klachten al snel zien als een onlosmakelijk aspect van het ouder worden waarvoor behandeling niet aangewezen is.

Preventie van depressie bij ouderen is dan ook een belangrijk onderwerp. Niet alleen omdat het aantal ouderen met depressieve klachten groot is, maar ook omdat het aantal nieuwe gevallen dat jaarlijks ontstaat aanzienlijk is (Smit et al., in druk). Verder kan preventie van nut zijn bij het bevoorwaarden van het hulpzoekgedrag bij psychische problemen, door voorlichting over behandelmogelijkheden te verbeteren, door behandelingen in andere, niet-traditionele vorm aan te bieden, en door hulpverleners te trainen in het herkennen van en omgaan met depressie bij ouderen. Preventie is verder ook van groot belang omdat het aantal ouderen in de samenleving toeneemt, waardoor ook het aantal ouderen met depressie de komende decennia nog fors zal groeien.

In de afgelopen jaren is reeds veel ervaring verworven met preventieprogramma's gericht op depressie bij ouderen. Vrijwel alle GGZ-instellingen in Nederland hebben in de afgelopen periode tal van preventieprogramma's ontwikkeld en uitgevoerd en ook is er het nodige wetenschappelijke onderzoek verricht naar innovatieve interventies rond dit thema.

In dit boek wordt een overzicht geboden van de interventies gericht op preventie van depressie bij ouderen, die in de afgelopen decennia ontwikkeld en onderzocht zijn. Daarbij wordt eerst een indelingsschema gepresenteerd om de interventies op dit terrein in te kunnen delen. Vervolgens wordt op elk van de deelgebieden een overzicht gegeven van de interventies die momenteel beschikbaar zijn. We gaan in op de specifieke problematiek waar de betreffende interventies zich op richten, geven een overzicht van de inhoud en opzet van de interventies en besteden aandacht aan de effecten van de interventies. Om te voorkomen dat het alleen een opsomming wordt, hebben we uitgebreidere beschrijvingen van individuele interventies in bijlage 1 opgenomen. Daar vindt u een systematische beschrijving van de beschreven interventies, waarbij informatie wordt geboden over het doel, de doelgroep, de inhoud en opzet, de wetenschappelijke status en verwijzingen naar draaiboeken en cursusmaterialen.

In dit boek beschrijven we drie typen interventies:

1. **Bewezen effectieve interventies.** Dit zijn interventies die in ten minste één goed opgezette gerandomiseerde effectstudie zijn onderzocht en waarbij significante effecten op depressie zijn gevonden.
2. **Veelbelovende-experimentele interventies.** Dit zijn interventies waar een effectonderzoek naar is uitgevoerd met positieve effecten op depressie of op intermediaire doelen (risicofactoren/beschermende factoren), maar dat niet geheel voldoet aan de eisen voor een goed opgezette gerandomiseerde effectstudie (randomisatie, voor- en nameting, voldoende aantallen respondenten, valide meetinstrumenten, etc).

3. **Models of good practice.** Een *model of good practice* is een interventie die niet in gecontroleerd effectonderzoek is onderzocht, maar die wel aan de volgende criteria voldoet:

- De interventie is duidelijk beschreven, en alle benodigde manuals, handleidingen en materialen zijn beschikbaar.
- De interventie is in een goed opgezet evaluatieonderzoek onderzocht, waarin tenminste de *acceptability and feasibility* van de interventie in kaart zijn gebracht. Daarbij is bekeken of de interventie uitvoerbaar is en acceptabel voor de deelnemers (meestal door een uitvoerige evaluatielijst na afloop van de interventie, vaak aangevuld met kwalitatieve interviews met deelnemers). Op basis van deze evaluatiestudie zijn de interventie en de bijbehorende materialen waar nodig bijgesteld.
- De interventie wordt vanuit meerdere organisaties aangeboden (dus niet alleen door de organisatie die de interventie heeft ontwikkeld).

Naast deze drie typen interventies besteden we ook aandacht aan een aantal **innovatieve interventies**; recent ontwikkelde interventies met een vernieuwende aanpak maar die nog niet voldoen aan bovengenoemde criteria.

Dit boek is in eerste instantie bedoeld voor medewerkers van gemeenten, GGD'en en andere lokaal werkenden die met preventieprogramma's voor ouderen aan de slag willen gaan. Omdat we geprobeerd hebben een up-to-date overzicht van preventieve interventies te presenteren, denken we echter dat dit boek ook van belang is voor preventiewerkers in de GGZ, hulpverleners in de eerste lijn, en anderen die betrokken zijn bij de ouderenzorg op lokaal niveau. Bij het totstandkomen van het overzicht van interventies is gebruik gemaakt van databases en inventarisaties van interventies. We pretenderen echter niet een volledig overzicht te bieden, omdat dit vrijwel onmogelijk is.

Dit boek past in een reeks van boeken die gericht zijn op de ondersteuning van lokale initiatieven gericht op preventie van depressie. Preventie van veelvoorkomende psychische stoornissen is één van de prioriteiten die in het landelijk preventiebeleid 'Langer gezond leven' zijn gesteld. Depressie behoort in Nederland en wereldwijd tot de aandoeningen met de grootste ziektelast. Daarom heeft het ministerie van VWS aan het Trimbos-instituut gevraagd om een integrale aanpak van preventie van depressie te ontwikkelen. Doel van de integrale aanpak depressie ouderen (IAD) is het ondersteunen van gemeenten bij het realiseren van een intersectoraal beleidsplan ten aanzien van preventie van depressie. Belangrijke kenmerken van deze aanpak zijn:

- De integrale aanpak wordt gebaseerd op een systematische analyse van de lokale situatie;
- sluit aan op lokale behoeften;
- maakt gebruik van 'evidence based' en gestandaardiseerde interventies;
- is zowel individu- als omgevingsgericht;
- er wordt zoveel mogelijk gewerkt volgens de principes van de 'community' interventie;
- maakt waar mogelijk gebruik van facetbeleid.

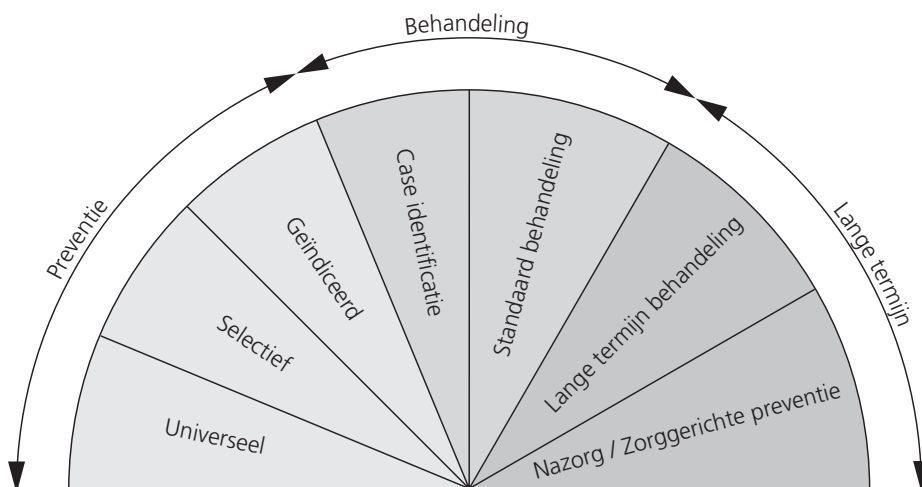
Onderdelen van de aanpak zijn:

- Een wetenschappelijke onderbouwing.
- Een Rapid assessment and response methode.
- Een overzicht van effectieve, veelbelovende, en *model of good practice* interventies en instrumenten.
- Een draaiboek voor implementatie van de integrale aanpak.
- Het voorliggende boek biedt het overzicht van effectieve, veelbelovende en *model of good practice* interventies en instrumenten.

2. Wat is preventie?

Preventieve interventies zijn interventies die er op zijn gericht om ernstige psychische problemen te voorkomen, dan wel tijdig op te sporen en te behandelen. Daarnaast zijn er ook preventieve activiteiten mogelijk als iemand reeds een ernstig psychisch probleem heeft, bijvoorbeeld door de gevolgen van de aandoening voor de omgeving te verzachten of door te voorkomen dat deze persoon ook nog andere 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 klachten hebben, bij secundaire preventie op populaties die al wel een aandoening hebben, maar waarbij de diagnose nog niet is vastgesteld.



Figuur 1 Interventie spectrum voor psychische stoornissen

(NAAR MRAZEK & HAGGERTY 1994)

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

- *Universele* preventie is gericht op de algemene bevolking of een deelpopulatie die niet geïndiceerd 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 groter dan gemiddeld 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 wel reeds beperkte symptomen hebben die voorafgaan aan de stoornis, of die biologische kenmerken hebben die duiden op een predispositie voor een psychiatrische aandoening. Waar bij selectieve preventie nog geen problemen aanwezig hoeven te zijn, is dat bij geïndiceerde preventie wel het geval.
- *Zorggerichte* preventie is gericht op mensen die een aandoening hebben volgens 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.

Grofweg kan men 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).

Deze definitie van preventieve interventies is sterk gericht op het voorkomen van psychische stoornissen. De meeste preventieve interventies waar onderzoek naar is verricht zijn gericht op het beïnvloeden van predictoren van psychische gezondheid (zoals het verminderen van de gevolgen van ingrijpende levensgebeurtenissen voor de geestelijke gezondheid) en het verminderen van psychische klachten. Het beïnvloeden van determinanten en effecten op psychische klachten beschouwen we als intermediaire doelen bij het realiseren van effecten op psychische stoornissen.

In het hierna volgende zullen we een overzicht geven van de interventies gericht op preventie van depressie bij ouderen op de verschillende niveaus. We gaan daarbij in op de volgende typen preventie:

- Universele preventie: interventies gericht op ouderen die niet tot een risicogroep behoren
- Selectieve preventie: interventies gericht op risicogroepen;
- Geïndiceerde en zorggerichte preventie: interventies gericht op ouderen met beginnende klachten;
- Screening en initiatieven gericht op vroege behandeling van depressie bij ouderen (inclusief instrumenten die daarbij gebruikt kunnen worden). Feitelijk kan men dit beschouwen als een vorm van zorggerichte preventie, maar omdat het een zeer specifiek terrein is, bespreken we dit separaat.
- Deskundigheidsbevordering van hulpverleners die in hun werk met ouderen te maken hebben; ook dit kan men zien als een vorm van zorggerichte preventie, maar ook dit bespreken we apart;
- Facetbeleid (wat kan vanuit andere sectoren gedaan worden aan preventie van depressie bij ouderen).

Het is niet altijd mogelijk om de verschillende typen preventie scherp van elkaar te onderscheiden. Zo zijn er activiteiten voor ouderen in verzorgingshuizen, die men kan beschouwen als selectieve preventie omdat deze ouderen een verhoogd risico op depressie hebben, maar die soms ook gekarakteriseerd kunnen worden als zorggerichte preventie, omdat het gaat om vroegsignalering van ouderen die al klachten of een depressieve stoornis hebben. Ook andere interventies, zoals voorlichting en deskundigheidsbevordering kunnen in meerdere categorieën ingedeeld worden.

3. Universele preventie

Universele preventie gericht op depressie bij ouderen is tot op heden nog weinig systematisch ontwikkeld. Er zijn op dit gebied met name twee typen interventies ontwikkeld, voorlichting en cursussen gericht op het thema ouder worden. Beide vormen zullen we hier bespreken.

3.1. Voorlichting

Naast algemene informatiebrochures over het thema ouder worden en psychisch welzijn op latere leeftijd is in 2003 de film 'De kunst van het ouder worden' ontwikkeld (Smits, 2003). Het doel van deze film is ouderen bewust te maken van de eigen mogelijkheden om met moeilijke gebeurtenissen om te gaan en zichzelf te beschermen tegen een depressie. Het focus ligt op beschermende factoren en niet zozeer op risicofactoren of ziekte. De film ondersteunt de GGZ-preventiewerker in groepswork en in voorlichtingsactiviteiten voor het algemene publiek. Maar ook andere professionals kunnen de film gebruiken in activiteiten gericht op bevordering van geestelijke gezondheid en welzijn van ouderen. De film vormt het uitgangspunt voor een gesprek met ouderen over hun eigen ervaringen en de mogelijkheden die zij zelf hebben om daarmee om te gaan.

Een innovatief voorlichtingsprogramma gericht op oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen betreft de informatieve huiskamerbijeenkomsten 'Geestelijke gezondheid en ouder worden' (De Vries & Smits, 2004). Deze doelgroep heeft behoefte aan kennis over ouder worden en psychische klachten, maar ontvangt hier doorgaans weinig gerichte informatie over. Hierdoor kunnen klachten verergeren en wordt uiteindelijk een beroep gedaan op de 'verkeerde' hulpverleners. Met de huiskamerbijeenkomsten kunnen voorlichters Turkse en Marokkaanse oudere vrouwen wel bereiken. Tijdens deze bijeenkomsten in kleine kring bij een gastvrouw thuis krijgen de vrouwen informatie over geestelijke gezondheid en ouder worden, hun eigen mogelijkheden en het professionele aanbod. De bijeenkomsten kunnen worden verzorgd door onder andere de GGZ, de GGD, het welzijnswork en de allochtone zelforganisaties.

Naar de effecten van universele preventie in de vorm van voorlichting aan ouderen is nauwelijks onderzoek verricht. In het algemeen wordt ervan uitgegaan dat voorlichting op zichzelf wel helpt om kennis te vermeerderen en attitudes te beïnvloeden, maar niet om gedrag te veranderen. Het vermeerderen van kennis en het beïnvloeden van attitudes is echter ook het belangrijkste doel van universele voorlichtingsactiviteiten bij depressie.

De film 'De kunst van het ouder worden' is niet in een effectonderzoek onderzocht, maar kan wel gezien worden als een *model of good practice*. De film is landelijk door zowel de doelgroep ouderen als professionals zeer positief ontvangen en wordt in verschillende regio's gebruikt. Mede door deze positieve ervaringen is Parnassia psychomedisch centrum voornemens om het thema 'De kunst van het ouder worden' in 2005 in een campagne om te zetten, met als primaire doelgroep ouderen.

De informatieve huiskamerbijeenkomsten voor oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen zijn innovatief en geëvalueerd door middel van procesevaluatie. De materialen zijn sinds kort beschikbaar (zie Bijlage 1).

3.2. Cursussen

Eén van de weinige cursussen gericht op universele preventie voor ouderen is de groepscursus 'Op weg naar de gouden jaren', ontwikkeld door de Universiteit Utrecht (Bode & de Ridder, 2004). Deze interventie is bedoeld voor mensen van 50 tot 75 jaar die zich willen voorbereiden op het ouder worden. Doel van de cursus is het aanleren van proactieve vaardigheden waarmee problemen in een vroeg stadium voorkomen kunnen worden en gewenste ontwikkelingen op gang gebracht kunnen worden. Cursisten worden gestimuleerd over hun toekomst na te denken, stil te staan bij opties en mogelijke belemmeringen voor de realisatie van hun toekomstplannen. Tijdens de vier bijeenkomsten worden oefeningen en discussies gecombineerd met een individueel traject waarbij gewerkt wordt aan het bereiken van een persoonlijk doel, zoals bijvoorbeeld het realiseren van een hobby, sociale contacten onderhouden of de eigen tijd beter te structureren.

De Universiteit Utrecht voert momenteel een gecontroleerde effectstudie uit naar deze innovatieve cursus. De eerste resultaten laten zien dat de cursus goed bezocht wordt en dat cursisten doorgaans erg tevreden zijn over verschillende onderdelen van de cursus (Bode et al., ingediend). Gegevens over de effectiviteit worden medio 2005 verwacht.

4. Selectieve preventie

Selectieve preventie is gericht op mensen die een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van GGZ-problematiek. Rond depressies bij ouderen zijn daarbij verschillende risicogroepen van belang:

- weduwen en weduwnaars;
- mantelzorgers van hulpbehoevende ouderen;
- ouderen met een chronische ziekte;
- ouderen in instituties;
- ouderen die kampen met eenzaamheid.

Deze groepen zijn niet altijd van elkaar te onderscheiden. Zo komt bijvoorbeeld eenzaamheid bij ouderen veel voor in instituties, zoals verzorgingshuizen, wonen ouderen met een chronische ziekte ook vaak in een verzorgingshuis, en kampen veel mantelzorgers ook zelf met een chronische ziekte en eenzaamheid.

In het hierna volgende bespreken we kort de risicogroepen en de preventieve interventies die daarvoor ontwikkeld zijn. Bij elk thema beschrijven we kort de problematiek, de relatie tussen de problematiek en depressie, de interventies en het wetenschappelijk onderzoek naar de effecten ervan. Ook besteden we aandacht aan enkele innovatieve interventies.

4.1. Weduwen en weduwnaars

4.1.1. De problematiek

Het overlijden van de partner heeft ernstige gevolgen voor de geestelijke gezondheid. Het meest onderzocht zijn de gevolgen op depressies en depressieve klachten. Ongeveer de helft van alle weduwen en weduwnaars voldoet gedurende het eerste jaar na het verlies aan de criteria voor een depressieve stoornis volgens de DSM-IV (Nuss & Zubenko, 1992). Depressieve klachten kunnen dan ook als normaal beschouwd worden in perioden van rouw. In het merendeel van de gevallen gaan deze depressies 'spontaan' over. Als de depressieve klachten echter gedurende langere tijd blijven bestaan, wordt verondersteld dat de normale rouw gecompliceerd wordt door de ontwikkeling van een depressieve stoornis. In een studie werd gevonden dat een jaar na het verlies nog zo'n 16 procent van de weduwen en weduwnaars voldeed aan de criteria van een depressieve stoornis, tegenover 4 procent bij vergelijkbare ouderen die hun partner niet recent verloren (Zisook & Shuchter, 1991). Weduwen en weduwnaars vormen dan ook een duidelijke risicogroep voor depressieve stoornissen.

4.1.2. Preventieve interventies

Er zijn verschillende preventieve interventies ontwikkeld om de gevolgen van het verlies van de partner voor de geestelijke gezondheid te reduceren en het ontstaan van psychische stoornissen te voorkomen. In de praktijk in Nederland worden verschillende preventieve interventies uitgevoerd, waaronder de volgende:

- **Rouwgroepen (zelfhulp/lotgenotengroepen).** Dat zijn praatgroepen waarin groepen van acht tot tien weduwen en weduwnaars wekelijks bijeen komen om ervaringen en emoties uit te wisselen. Vaak worden deze groepen begeleid door professionals van bijvoorbeeld het maatschappelijk werk, maar ook worden deze groepen nogal eens begeleid door lotgenoten, mensen die zelf hun partner verloren hebben, aan een rouwgroep deelgenomen hebben en nu zelf een groep opgezet en begeleid hebben. Sommige groepen hebben een tijdelijk karakter en

omvatten 10 bijeenkomsten, andere groepen hebben geen afgebakend eindpunt.

- **Cursussen ‘Verlies ... en dan verder’** zijn gericht op het leren van vaardigheden die nodig zijn om het leven opnieuw vorm te geven. Deze cursussen zijn bedoeld voor vrouwen die tenminste één jaar weduwe zijn en die nu bezig zijn hun leven opnieuw op te bouwen. In deze cursus leren de deelnemers copingvaardigheden die daarbij behulpzaam kunnen zijn. De cursus bestaat uit elf bijeenkomsten en is mede gebaseerd op de methoden van de vrouwenhulpverlening. De cursussen worden begeleid door professionele hulpverleners, doorgaans van een GGZ-instelling.
- **Bezoekdiensten** voor weduwen. Weduwen die aangesloten zijn bij een bezoekdienst bezoeken andere weduwen die recent (een half jaar geleden) hun partner verloren hebben. De bezoekende weduwen bieden een luisterend oor en steun aan de bezochte weduwen. De bezochte weduwen hebben een korte training gevolgd over hoe zij het beste steun kunnen bieden. De bezochte weduwen worden geïnformeerd over het lotgenotencontact via een folder die zij een half jaar na het overlijden van hun partner toegestuurd krijgen vanuit de gemeentelijke overlijdensregistratie.

Een systematische beschrijving van deze interventies staat in bijlage 1.

4.1.3. Effecten

In een systematische literatuurstudie (Cuijpers et al., 2000) vonden we zeven gecontroleerde studies naar de effecten van preventieve interventies rond verweduwden. Daarbij konden acht interventies vergeleken worden met een controlegroep (totale populatie: 649). We voerden een statistische meta-analyse uit waarin de effecten van een interventie omgerekend worden naar het verschil tussen experimentele en controlegroepen in termen van standaarddeviaties. Daardoor kunnen effecten uit verschillende studies met elkaar vergeleken worden en een gemiddelde effectgrootte voor meerdere studies berekend worden. De gemiddelde grootte bleek 0,34 te zijn, een middelgroot effect, dat echter niet significant bleek te zijn. In een andere systematische review werd eveneens geen overtuigend bewijs gevonden dat preventieve interventies rond verweduwden effectief zijn (Schut et al., 2001). We classificeren dit type interventie dan ook als ‘veelbelovend - experimenteel’.

Vanuit het Trimbos-instituut is een gecontroleerde studie (niet gerandomiseerd) uitgevoerd naar de effecten van de cursus ‘Verlies ... en dan verder’. Daarbij werden positieve effecten gevonden op sociale vaardigheden in vergelijking met weduwen die deze cursus niet gevolgd hadden (Van Lammeren & Geelen, 1995)

Naar de effecten van bezoekdiensten zijn enkele Amerikaanse studies uitgevoerd. Deze ‘Widow-to-widow’ programma’s laten weliswaar veelbelovende resultaten zien (Silverman, 1988; Vachon et al., 1980), maar de kwaliteit van deze studies is onvoldoende om definitieve uitspraken over de effectiviteit toe te laten. Op dit moment wordt echter in Nederland een omvangrijke gerandomiseerde effectstudie naar bezoekdiensten uitgevoerd.

4.2. Mantelzorgers van hulpbehoevende ouderen

4.2.1. De problematiek

Het zorgen voor een hulpbehoevende ouder familielid is voor veel betrokkenen een zware belasting (Cuijpers en Nies, 1997). Naast de tijd en moeite die de daadwerkelijke zorg kost, kunnen betrokkenen ook te maken hebben met gedragsproblemen van de oudere (bijvoorbeeld in het geval van dementie), isolement en drastische vermindering van het aantal sociale contacten. Emotioneel erva-

ren zij vaak een rouwproces dat samenhangt met de achteruitgang van de oudere. Deze verzorgers lopen door deze zwaar belastende situatie een sterk verhoogde kans om een depressieve stoornis te krijgen, oplopend van 20 tot 45% (Gallagher et al., 1989). Preventieve interventies zijn doorgaans niet zozeer gericht op preventie van depressie, maar meer op verlichting van de belasting. De veronderstelling daarbij is dat wanneer het gevoel van belasting afneemt ook de problemen die daarmee samenhangen, waaronder depressie, afnemen.

4.2.2. *Preventieve interventies*

In de preventieve GGZ in Nederland zijn verschillende psychosociale interventies ontwikkeld gericht op ondersteuning van deze familieleden. Daarbij gaat het ondermeer om:

- **Voorlichtingsprogramma's** over het ziektebeeld, zoals dementie of CVA. Hierbij gaat het doorgaans om informatiebijeenkomsten voor mantelzorgers met open inschrijving, dus waar alle geïnteresseerden aan kunnen participeren. Doorgaans wordt daarbij ingegaan op het betreffende ziektebeeld maar ook op de gevolgen voor de mantelzorgers en hoe zij het beste met de situatie kunnen omgaan.
- **Ondersteuningsgroepen en psycho-educatieve cursussen** waarin betrokkenen vaardigheden leren hoe met de situatie om te gaan. Hierbij gaat het om een serie groepsbijeenkomsten waarin mantelzorgers informatie krijgen over het ziektebeeld, ervaringen kunnen uitwisselen en vaardigheden leren hoe met de situatie om te gaan. Er wordt gewerkt in groepen van acht tot tien mantelzorgers die gedurende zes tot twaalf weken wekelijks bijeen komen. Lotgenotencontact is een belangrijk element in deze groepen. Het bekendst zijn de ondersteuningsgroepen voor mantelzorgers van dementerende ouderen, die op veel plaatsen door de thuiszorg of de GGZ georganiseerd worden. Maar er zijn ook groepen voor mantelzorgers in het algemeen en voor bijvoorbeeld mantelzorgers van CVA-patiënten.
- **POM-methodiek.** Om overbelasting en verminderd welbevinden bij mantelzorgers van depressieve ouderen te voorkomen of te verminderen en hen ondersteuning te geven, is in de jaren negentig een Preventie-op-Maat aanbod ontwikkeld voor deze doelgroep (Duzijn et al., 2000). Deze methodiek bestaat uit actieve opsporing vanuit de professionele hulpverlening, een gesprek met een POM-medewerker waarin knelpunten en ondersteuningsbehoeften worden geïnventariseerd, gevolgd door het aanreiken van ondersteuningsmogelijkheden. Inmiddels is de doelgroep uitgebreid en richt de POM-methodiek zich op alle mantelzorgers van ouderen, bij wie zich mogelijk knelpunten zouden kunnen gaan voordoen. Het gaat dan om ouderen die zijn ingeschreven of op een wachtlijst staan bij een instelling in de sectoren Verpleging & Verzorging, thuiszorg of GGZ (Duzijn & Veldhuis, 2004).
- **Steunpunten mantelzorg** zijn inmiddels in veel plaatsen in Nederland opgericht. Bij deze steunpunten kunnen mantelzorgers informatie en advies krijgen over beschikbare voorzieningen waar zij gebruik van kunnen maken, maar deze steunpunten zijn ook actief bij het organiseren en ondersteunen van allerlei andere activiteiten voor mantelzorgers, zoals steungroepen en lotgenotenhulp.
- **Dagopvang en dagbehandeling** zijn ook in de meeste plaatsen in Nederland beschikbaar. Een belangrijk doel van deze voorzieningen is het verminderen van de belasting van de mantelzorgers. Het idee is dat de oudere, met bijvoorbeeld dementie, overdag wordt opgevangen buiten het eigen huis. Een belangrijk doel daarbij is dat de mantelzorger daardoor even tijd en ruimte krijgt om ook iets voor zichzelf te doen. Respijtzorg wordt dit ook wel genoemd. Daarbij gaat het aan de ene kant om dagbehandeling in verpleeghuizen of gecombineerde verpleeg- en ver-

zorgingshuizen, waar de oudere professionele zorg en behandeling krijgt. Vaak kan er ook nachtopvang en weekendopvang geregeld worden. Aan de andere kant zijn er dagopvangmogelijkheden, waarbij de oudere opgevangen wordt, zonder behandeling of zorg. Ook zijn er initiatieven waarbij vrijwilligers thuis gaan oppassen bij dementerende ouderen zodat de mantelzorgers de gelegenheid krijgen om op adem te komen.

- **Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun mantelzorgers.** In deze centra wordt een breed en gecombineerd ondersteuningsprogramma voor mensen met dementie en hun verzorgers geboden, zoals voorlichting, een wekelijks spreekuur, lotgenotencontact, gemeenschappelijke sociale activiteiten, respijtzorg en praktische hulp bij het regelen van zorg thuis en, indien nodig, van verpleeghuisopname. Alle ondersteuningsactiviteiten worden aangeboden op één laagdrempelige locatie (buurtcentra, ouderencentra) en de begeleiding wordt geboden door een klein vast professioneel team, bijgestaan door vrijwilligers. Een sterk punt van deze centra is dat zij opgezet zijn met begeleidend wetenschappelijk onderzoek naar de effecten ervan. Inmiddels bestaan er vijftien ontmoetingscentra in Nederland (Dröes et al., 2003)

De meeste interventies gericht op mantelzorgers zijn niet specifiek gericht op depressie, maar op het verlagen van de ervaren belasting of het geven van informatie (Cuijpers, 1993). Omdat deze belasting vaak een oorzaak is van depressie, worden deze voorzieningen wel beschouwd als een van de mogelijkheden om depressie te voorkomen.

4.2.3. Effecten

Onderzoek naar de effecten van interventies voor deze mantelzorgers laat doorgaans weinig effecten op de ervaren belasting zien (Cuijpers & Nies, 1997; zie ook Cuijpers & Bohlmeijer, 2001), hoewel de interventies doorgaans zeer positief gewaardeerd worden door deelnemers. Een uitzondering wordt gevormd door de ontmoetingscentra, waar uitvoerig onderzoek naar is uitgevoerd: de mantelzorgers geven doorgaans aan dat zij zich (veel) minder belast voelen dankzij de ontvangen ondersteuning. Vooral mantelzorgers die zich bij aanvang van de ondersteuning eenzaam voelen blijken baat te hebben bij de ontmoetingscentra. De ontmoetingscentra leiden tevens tot meer uitstel van opname in het verpleeghuis, waaruit geconcludeerd kan worden dat de mantelzorgers de zorg thuis langer aankunnen wanneer zij ook zelf gebruik maken van de ondersteuning. De geïntegreerde ondersteuning in ontmoetingscentra is bovendien effectiever in het tegengaan van gedrags- en stemmingsproblemen (waaronder depressief gedrag) van de persoon met dementie dan reguliere dagbehandeling (Dröes et al., 2003).

Naar de POM-methodiek is een uitgebreide procesevaluatie uitgevoerd (Duzijn et al., 2000; Duzijn & Veldhuis, 2004). Hieruit blijkt dat mantelzorgers inderdaad bereikt worden, dat de communicatie tussen professionele hulpverleners en mantelzorgers verbetert en dat de mantelzorgers de aandacht doorgaans op prijs stelt. De POM-methodiek wordt momenteel in de gehele regio Oost Twente toegepast en kan gezien worden als een *model of good practice*.

4.3. Ouderen met een chronische ziekte

4.3.1. De problematiek

Mensen met een chronische lichamelijke ziekte hebben eveneens een verhoogd risico om een depressie of depressieve klachten te krijgen. Er wordt geschat dat ongeveer 12 tot 36% van de mensen een ziekte klinisch relevante depressieve klachten heeft (Depression Guideline Panel, 1993),

afhankelijk van de specifieke aandoening. Dat geldt voor zowel oudere als voor jongere volwassenen, maar omdat deze ziektes meer bij ouderen voorkomen speelt dit vaker bij ouderen. Bijvoorbeeld bij diabetes-patiënten wordt geschat dat depressieve stoornissen voorkomen bij 10 tot 15% en klinisch relevante klachten bij nog eens 20 tot 40% (Lustman et al., 1998; Anderson et al., 2001), en zo'n 25% van alle kankerpatiënten heeft een depressieve stoornis (Depression Guideline Panel, 1993). In neurologische aandoeningen, zoals multiple sclerose and epilepsie, wordt verondersteld dat het aantal depressies nog groter is. Depressie verergert in veel gevallen de functionele beperkingen van de chronische ziekte. En er is toenemend bewijs dat depressie gerelateerd is aan een verhoogde morbiditeit maar ook aan verhoogde mortaliteit (Cuijpers & Schoevers, 2004; Cuijpers & Smit, 2002), onder andere bij hartaandoeningen (Carney et al., 2002; Katon & Ciechanowski, 2002). Depressie leidt verder tot een verhoging van de kosten van medische zorg van ongeveer 50%, ook wanneer gecorrigeerd wordt voor ernst van de ziekte (Katon, 2003).

4.3.2. Preventieve interventies

In het algemeen is er vanuit de GGZ, inclusief de preventieve GGZ, weinig aandacht voor mensen met chronische ziekten. Een uitzondering wordt gevormd door de cursus 'Leven met een chronische ziekte' (Cuijpers & van Osch, 2004), een cursus voor mensen die een chronische lichamelijke ziekte hebben en vaardigheden willen leren hoe zij hun stemming kunnen verbeteren of in de hand houden. In groepen van acht tot tien deelnemers vinden zo'n tien wekelijkse cursusbijeenkomsten plaats. Deze methodiek is gebaseerd op de cursus 'Omgaan met depressie', een preventieve methodiek die voor diverse doelgroepen in Nederland wordt uitgevoerd (zie ook 5.2). De cursus 'Leven met een chronische ziekte' wordt op diverse plaatsen in Nederland georganiseerd, vanuit de GGZ, psychologische afdelingen van algemene ziekenhuizen of de thuiszorg.

Door de GG&GD Utrecht is in 1997 GRIP ontwikkeld, een aanpak van psychosociale problemen van chronisch zieken in achterstandssituaties. De GRIP-aanpak beoogt enerzijds mensen met een chronisch ziekte of handicap meer grip te geven op het leven met beperkingen, zodat mogelijke psychische klachten voorkomen kunnen worden. In dat kader is gebruik gemaakt van de cursus 'Met mij gaat het goed' (Karanika, 1996, 2004). Deze cursus leert mensen dat ze zelf invloed hebben op hun leven en leert hen beter om te gaan met hulpverleners en beter gebruik te maken van het zorgaanbod. Anderzijds beoogt GRIP het zorg- en welzijnsaanbod beter op elkaar af te stemmen én beter te laten aansluiten bij de vraag van de chronisch zieken. Hiertoe is een kerngroep ingesteld die bestaat uit aanbieders van zorg en welzijn en een aantal betrokken patiëntenorganisaties. De cursus 'Met mij gaat het goed' wordt in meerdere regio's gegeven; de in Utrecht ingestelde kerngroepen zijn omgevormd tot wijknetwerken chronisch zieken. Deze wijknetwerken hebben tot doel de ondersteuning van chronisch zieken in de wijk te verbeteren (Eilander et al., 2003).

Een andere invalshoek van interventies gericht op ouderen in het algemeen en ouderen met een chronische lichamelijke ziekte in het bijzonder betreft programma's om bewegen te stimuleren. Naast de positieve invloed van lichamelijke activiteit op o.a. het beloop van chronische ziekten (Stiggelbout et al., 2004) heeft bewegen een positief effect op het verminderen van depressieve klachten. Voor ouderen lijkt lichamelijke beweging een goede optie in het kader van depressiepreventie (Draper, 2000). In Nederland zijn de afgelopen jaren verschillende initiatieven ontplooid om ouderen (met een chronische ziekte) te stimuleren meer te bewegen. Een voorbeeld van een landelijk geïmplementeerde activiteit is GALM (Groninger Actief Leven Model, ontwikkeld door de Rijksuniversiteit Groningen en het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen), gericht op ouderen van 55 tot 65 jaar en het afgeleide SCALA bewegingsstimuleringsprogramma voor ouderen met een

lichamelijke beperking of chronische aandoening. Beide methodes worden in de vorm van lokale projecten uitgevoerd en bestaan uit het persoonlijk en huis aan huis benaderen van ouderen, het aanbieden van een veelzijdig bewegingsprogramma en het stimuleren van gedragsbehoud. De hele interventie duurt 18 maanden. In de periode 1997-2003 zijn in 127 gemeenten één of meerdere GALM en/of SCALA projecten uitgevoerd. Het gaat in totaal om 327 projecten; per project worden gemiddeld 1300 ouderen van 55-65 jaar benaderd, waarvan zich ongeveer 115 opgeven voor het bewegingsprogramma (www.galm.nl).

Andere landelijke initiatieven om lichamelijke activiteiten bij ouderen (met een chronische aandoening) te bevorderen zijn onder meer Gezond en Vitaal (Hopman-Rock & Westhoff, 2002) en Meer Bewegen voor Ouderen (Hopman-Rock & De Greef, 2002). Het programma Gezond en Vitaal is ook aangepast voor Turkse ouderen (Reijneveld et al., 2002).

4.3.3. Effecten

De cursus 'Leven met een chronische ziekte' is gebaseerd op de cursus 'Omgaan met depressie' die wordt uitgevoerd voor diverse doelgroepen en waarvan de effecten in tal van goed opgezette effectstudies zijn aangetoond. Uit verschillende meta-analyses, waarin de resultaten van alle effectstudies statistisch zijn geïntegreerd, komt naar voren dat deze cursussen grote effecten hebben op de mate van depressieve klachten (Cuijpers, 1998a, Kühner, 2003). Er is ook een kleine pilotstudie uitgevoerd naar de effecten van de cursus voor chronisch zieken in Nederland, waarin de effectiviteit ervan bevestigd werd (Cuijpers, 1998b).

De cursus 'Met mij gaat het goed' is in twee kleinschalige studies geëvalueerd (Lottman et al., 1999; Van der Dam et al., 2002). Hieruit kwamen enkele positieve significante effecten naar voren: deelnemers voelden zich na afloop van de cursus gezonder, vitaler en hadden een vrolijkere stemming dan vóór de cursus. Voor het merendeel echter werden geen verschillen gevonden. Door de kleine aantallen en het ontbreken van een controlegroep kunnen hier echter geen harde conclusies aan verbonden worden. Uit kwalitatieve interviews bleek dat veel deelnemers meer grip op het leven hadden gekregen en beter konden omgaan met hun ziekte. Het effect van de GRIP-aanpak op het aanbod van zorg en welzijn bleek verwaarloosbaar; om op dit niveau effecten te kunnen constateren is een langere periode nodig waarin volgens de aanpak gewerkt wordt (Veltman et al., 2002).

De effectiviteit van bewegingsinterventies voor ouderen specifiek op het gebied van depressie is in Nederland tot op heden nauwelijks onderzocht. Wel zijn, naast fysieke effecten, positieve resultaten gevonden voor eenzaamheid (Gezond & Vitaal; Hopman-Rock & Westhoff, 2002), psychische gezondheid (Gezond & Vitaal voor Turkse ouderen: Reijneveld et al., 2002); kwaliteit van leven (Meer Bewegen voor Ouderen; Hopman-Rock & De Greef, 2002) en het aantal sociale contacten (GALM; de Greef et al., 2004).

4.4. Ouderen in instituties

4.4.1. De problematiek

Depressies komen relatief veel voor bij ouderen in verpleeghuizen, ziekenhuizen en verzorgingshuizen (Rovner et al., 1991). In verzorgingshuizen wordt geschat dat 6 tot 11% van de bewoners depressieve stoornissen hebben en ongeveer 30% klachten van depressieve aard heeft (Eisses et al., 2004; Ames, 1993; Blazer, 1994). Dit kan verschillende oorzaken hebben, waaronder het verlies aan autonomie en sociale steun, de aanwezigheid van chronische ziekten, het besef van de eigensterfe-

lijkheid en de eisen die vanuit de institutie gesteld worden (Masand, 1995). Er zijn ook aanwijzingen dat depressieve klachten meer voorkomen bij nieuwe bewoners (Rovner en Rabins, 1985; Snowdon en Donnelly, 1986), waarvan verondersteld wordt dat zij de verhuizing naar het verzorgingshuis aan het verwerken zijn.

4.4.2. Preventieve interventies

Vanuit de preventieve GGZ worden veel activiteiten gericht op verzorgingshuizen georganiseerd. Daarbij gaat het ondermeer om trainingen en deskundigheidsbevordering van de verzorgenden die in verzorgingshuizen werken. Daarbij krijgen zij informatie over depressie, leren zij hoe depressies herkend kunnen worden, wat zij zelf kunnen doen, en hoe zij ouderen kunnen doorverwijzen voor begeleiding en behandeling. In de verzorgingshuizen waar deze trainingen worden uitgevoerd, worden doorgaans ook andere preventieve interventies gericht op depressie uitgevoerd, zoals introductieprogramma's voor nieuwe bewoners, gespreksgroepen voor bewoners, en voorlichtingsbijeenkomsten over depressie voor bewoners en hun familieleden. Voor al deze interventies zijn, op basis van een preventiemodelproject uit de jaren negentig, draaiboeken en materialen ontwikkeld (Van Mierlo et al., 2001; zie ook Bijlage 1).

Verder is door de GGZ Drenthe in samenwerking met de Rijksuniversiteit Groningen een project in verzorgingshuizen opgezet gericht op vroegsignalering van depressie bij bewoners, zodat depressies zo snel mogelijk herkend worden en tijdig adequate zorg geboden kan worden (te Velde & Eisses, 2002). In dit project wordt het psychosociaal functioneren van de bewoners systematisch gevolgd en wordt met bewoners een gesprek gevoerd wanneer daar aanleiding voor is. De verzorgenden brengen aan de hand van een meetinstrument (de VSGO-GIP) systematisch in kaart of ouderen depressieve klachten hebben.

4.4.3. Effecten

Er zijn enkele onderzoeken uitgevoerd naar de effecten van preventieve interventies gericht op depressie in verzorgingshuizen in Nederland.

Eén onderzoek is uitgevoerd naar de effecten van de deskundigheidsbevordering van de verzorgenden in verzorgingshuizen en de aanvullende interventies (introductieprogramma's voor nieuwe bewoners, gespreksgroepen voor bewoners, en voorlichtingsbijeenkomsten over depressie). Uit een onderzoek waarin verzorgingshuizen die deze interventies hadden ontvangen vergeleken werden met andere verzorgingshuizen kwam naar voren dat deze interventies kleine maar significante effecten hebben op het voorkomen van depressieve klachten bij bewoners (Van Lammeren en Duzijn, 1999; Cuijpers en Van Lammeren, 2001).

In een andere studie werden de effecten onderzocht van het preventieproject Vroegsignalering in verzorgingshuizen in Drenthe (Te Velde & Eisses, 2002; Eisses, 2005). Daarbij bleek niet alleen dat de herkenning van depressie verbeterde, maar ook de kans dat een oudere met een depressie daarvoor behandeld werd. Ook herstelden meer bewoners met depressieve klachten in de huizen waar het project werd uitgevoerd dan in huizen waar het project niet werd uitgevoerd. Ten slotte daalde het percentage ouderen met depressieve klachten na het project. Het project is inmiddels in verschillende regio's geïmplementeerd en wordt door circa 70 instellingen uitgevoerd.

4.5. Eenzaamheid

4.5.1. De problematiek

Uit onderzoek van de Vrije Universiteit Amsterdam blijkt dat ongeveer een derde van de 55-plussers eenzaam is en ongeveer 4% (zeer) ernstig eenzaam. Eenzaamheid werd hierbij gedefinieerd volgens de gangbare definitie van de Jong-Gierveld: het als negatief ervaren verschil tussen de kwaliteit van de relaties die men onderhoudt en de relaties zoals men die voor zichzelf zou wensen. De gevolgen van langdurende eenzaamheid zijn groot. Het bedreigt de gezondheidssituatie en de kwaliteit van leven van veel ouderen. Vereenzaming gaat vaak gepaard met lichamelijke en psychische klachten, met name depressie en angst. Ouderen die alleenstaand zijn, een dierbare verloren hebben, problemen met hun gezondheid ervaren en die in de afgelopen drie jaar geen nieuwe contacten hebben gelegd, lopen extra risico eenzaam te worden (Factsheet ouderen en eenzaamheid, 2004; Linnemann et al., 2001). Ouderen die eenzaam zijn, hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een depressie (Prince et al., 1997).

4.5.2. Preventieve interventies

Omdat de preventieve mogelijkheden voor eenzaamheid en depressie deels overeenkomen, is er nogal wat overlap tussen beide 'typen' interventies. Zo worden de eerder besproken bezoeken voor weduwen en weduwnaars (zie 4.1.2) ook gezien als een eenzaamheidsinterventie, omdat deze doelgroep een groter risico op vereenzaming loopt. Veel activiteiten en projecten staan overigens niet vermeld als specifieke eenzaamheidsprojecten, maar kunnen wel eenzaamheid helpen voorkomen of bestrijden (Factsheet ouderen en eenzaamheid, 2004). We hebben op deze plaats dan ook niet de pretentie een compleet overzicht te bieden. Om verschillende mogelijkheden aan te geven maken we hier, gebaseerd op de beschrijving van Linnemann et al. (2001), een onderscheid in vier categorieën interventies bij eenzaamheid:

- **Ontmoetingsvormen als voorbeeld van sociaal-culturele activering.** Het aanbod op het gebied van ontmoeting is groot en varieert sterk. Vanuit verschillende organisaties (Stichtingen Welzijn Ouderen, wijkcentra, ouderenbonden, kerken etc.) worden laagdrempelige activiteiten opgezet zoals koffieochtenden, gymnastiek, uitstapjes en gezelschapsspelen. Doel is het creëren van een ontmoetingsplek waar activiteiten, sociale contacten en gezelligheid gecombineerd worden aangeboden. Preventie van eenzaamheid is meestal een nevendoeel. Juist omdat de interventie niet primair gericht is op eenzaamheid, kan dit een sterk punt zijn. Men wordt immers aangesproken op iets anders dan eenzaamheid, men hoeft zich niet te schamen. Naast laagdrempelige sociaal-culturele voorzieningen worden er ook vanuit de dagopvang allerlei ontmoetingsactiviteiten georganiseerd, begeleid door professionals. Voor deelname heeft de oudere een indicatie nodig.
- **Huisbezoek als voorbeeld van persoonlijke activering.** Huisbezoeken kunnen zowel door professionals als vrijwilligers worden afgelegd, met verschillende uitgangspunten. Kenmerkend is dat mensen die risico lopen op vereenzaming of al eenzaam zijn, actief worden benaderd. Vriendschappelijke huisbezoeken of huisbezoeken aan zieke ouderen worden onder andere afgelegd door vrijwilligers van ouderenbonden, kerkelijke organisaties en instellingen zoals Humanitas (Factsheet ouderen en eenzaamheid, 2004). Daarnaast bestaan *preventieve* en *activerende huisbezoeken*. Preventieve huisbezoeken komen aan de orde in 5.4.2, in het kader van screening en vroegsignalering bij ouderen. Activerend huisbezoek is bedoeld voor ouderen vanaf 55 jaar die het tijdelijk niet meer redden vanwege opstapelende problemen. Het bieden van prak-

tische hulp en sociaal-emotionele steun staat voorop. De bezoeken worden afgelegd door getrainde vrijwilligers.

Huisbezoeken vormen ook een belangrijk onderdeel van het werk van *ouderenadviseurs*. De ouderenadviseur, vaak iemand met een maatschappelijk-werk achtergrond, hanteert een methodische aanpak om de situatie met de oudere te analyseren en heeft vaardigheden om aan te sluiten bij de ambities en mogelijkheden van de oudere (Linnemann et al., 2001). Een van de taken is het signaleren van psychosociale problemen, waaronder eenzaamheid.

- **Cursussen en gespreksgroepen.** Vanuit de preventieve GGZ en welzijnsinstellingen worden verschillende cursussen en gespreksgroepen georganiseerd met als (neven)doel het voorkomen of verminderen van eenzaamheid. Enkele daarvan zijn reeds besproken (4.1.2). Op deze plaats bespreken we kort een cursus die onder meer gebaseerd is op principes vanuit de vrouwenhulpverlening: de *Vriendschapskursus voor oudere vrouwen* (Stevens, 1995). Deze cursus is gebaseerd op het idee dat langdurige vriendschappen de gevoelens van eenzaamheid bij vrouwen van 55 jaar en ouder verminderen. Bij de werving ligt de nadruk op het verbeteren van vriendschap en andere sociale contacten. Er zijn twaalf bijeenkomsten rondom verschillende thema's die voor vriendschap van belang zijn. De cursus (of een variant daarvan) wordt onder meer aangeboden door GGZ-instellingen, Stichtingen Welzijn Ouderen en vrouwenorganisaties.
- **Woon-zorg vormen als voorbeeld van een omvattende interventie.** Nederland kent verschillende woon-zorg vormen met als doel het verminderen van eenzaamheid (Linnemann et al., 2001). Zo is er *belevingsgerichte zorg* in de thuiszorg, het verzorgingshuis en verpleeghuis, waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten op de belevingswereld van de oudere (met dementie). Daarnaast is er het *Abbevieldhuis*, een gezamenlijk wonen voor sociaal geïsoleerde ouderen met behoefte aan gezelschap. Tot slot noemen we hier activiteiten in verzorgingshuizen gericht op eenzaamheidsbestrijding.

4.5.3. Effecten

Wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van interventies bij eenzaamheid is schaars; voor een belangrijk deel moeten we ons daarom baseren op ervaringen uit de interventiepraktijk en procesevaluaties (Linnemann et al., 2001). Een uitzondering wordt gevormd door activerend huisbezoek, waarnaar in Ridderkerk recent een omvangrijke gerandomiseerde effectstudie is uitgevoerd. Daarbij werd een korte termijn effect van activerend huisbezoek aangetroffen op eenzaamheidsgevoelens. Ouderen die twee of meer huisbezoeken hebben gehad gingen er wat eenzaamheid betreft het meest op vooruit (Factsheet In Samenspraak, april 2004).

Ook naar de effecten van de vriendschapskursus voor oudere vrouwen is wetenschappelijk onderzoek verricht. Deze cursus blijkt er in te slagen om eenzaamheidsgevoelens bij de deelnemers significant te verminderen (Stevens, 2001; Stevens & Van Tilburg, 2000). Wat woon-zorg vormen betreft is er onderzoek gedaan naar het effect van belevingsgerichte zorg op gedrag en stemming. De resultaten zijn niet eenduidig (zie o.a. De Lange, 2004).

4.6 Innovatieve interventies

Op het gebied van selectieve preventie bij depressie zijn recent enkele innovatieve interventies voor ouderen ontwikkeld. Zo biedt het internet belangrijke mogelijkheden om eenzaamheid te voorkomen of te verminderen. Het NIGZ heeft 50plusnet.nl ontwikkeld, een internetcommunity als sociaal vangnet voor ouderen. Deze community is een virtuele plek op het Internet waar ouderen elkaar ont-

moeten. De community matcht deelnemers op activiteit en biedt de mogelijkheid te mailen, te chatten en clubs op te richten. De verwachting is dat de database eind 2006 circa 100.000 profielen van ouderen zal bevatten.

Het 'verhaal van je leven' is een cursus voor mensen van 55 jaar en ouder die meer greep op hun leven willen krijgen (Bohlmeijer, 2004). Het gaat om een zogenaamde life-review interventie: aan de hand van vragen over verschillende perioden en thema's in hun leven evalueren de deelnemers het eigen leven. De cursus bestaat uit 7 groepsbijeenkomsten. Momenteel vindt een pilotstudy plaats in 8 regio's in Nederland, uitgevoerd door het Trimbos-instituut.

5. Geïndiceerde en zorggerichte preventie

Omdat ouderen minder geneigd zijn dan jongere volwassenen om hulp bij psychische problemen te zoeken (Friedhoff, 1994), wordt vanuit de preventieve GGZ veel moeite gedaan om ouderen met depressieve klachten en stoornissen zo vroeg mogelijk te identificeren en het zoeken van hulp te stimuleren. Daarbij kunnen geïndiceerde preventie en zorggerichte preventie moeilijk van elkaar onderscheiden worden.

Er kunnen verschillende vormen van geïndiceerde en zorggerichte preventie onderscheiden worden:

- voorlichting
- cursussen 'In de put, uit de put'
- cursussen 'Op zoek naar zin'
- screening en vroege behandeling van depressie
- deskundigheidsbevordering van hulpverleners buiten de GGZ die in hun werk te maken hebben met ouderen met depressieve klachten

In het hiernavolgende bespreken we elk van deze interventievormen.

5.1. Voorlichting

5.1.1. De problematiek

Goede voorlichting aan patiënten en hun omgeving wordt tegenwoordig beschouwd als een centraal onderdeel van alle zorg. Hulpverleners zijn krachtens de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO; Ministerie van VWS, 1995) verplicht om patiënten die door hen behandeld worden in begrijpelijke taal te informeren over de aard en het doel van de behandeling, over de te verwachten risico's, over eventuele alternatieven voor de behandeling en over de vooruitzichten voor de gezondheid.

Veel ouderen met een depressie worden echter niet behandeld voor deze aandoening. Toch is ook voor hen voorlichting van groot belang, omdat zij daarmee beter zicht krijgen op de aandoening en wat dat voor hen betekent, de mogelijkheden voor behandeling die er zijn en de prognose. Ook voor familieleden van ouderen met depressie is deze informatie van belang. Daarom wordt door veel GGZ-instellingen voorlichting over depressie gegeven in de regio.

5.1.2. Interventies

Voorlichting over depressie aan mensen die daar mee kampen en hun partners en familieleden kan op verschillende manieren vorm worden gegeven. Ten eerste door middel van schriftelijke voorlichting. Het valt buiten het kader van dit boek om alle schriftelijke voorlichtingsmaterialen te beschrijven, mede omdat deze regelmatig herzien worden of worden vervangen. Echter, er zijn diverse goede materialen in omloop (zoals de brochures van het NFGV en de Landelijke Steunfunctie Preventie van het Trimbos-instituut).

Ten tweede worden op veel plaatsen regelmatig voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd. Daarbij gaat het om voorlichtingsbijeenkomsten met een open inschrijving die in de regionale media worden aangekondigd en waar alle ouderen met depressie, hun familieleden en andere geïnteresseerden welkom zijn. Tijdens deze bijeenkomsten worden lezingen gehouden en worden foldermaterialen met achtergrondinformatie over interventies verspreid. Het bekendste en best uitgewerkte

voorbeeld hiervan is het voorlichtingsprogramma 'Achter een lachend gezicht' (ontwikkeld door Parnassia). Dit pakket biedt een handreiking voor hoe in een regio dergelijke voorlichtingsactiviteiten op te zetten en uit te voeren.

5.1.3. Effecten

Er is nauwelijks onderzoek uitgevoerd naar de effecten van patiëntenvoorlichting in de GGZ (Van der Beek, 1997). Zoals eerder aangegeven helpt voorlichting op zichzelf wel om kennis te vermeerderen en attitudes te beïnvloeden, maar niet om gedrag te veranderen. Het vermeerderen van kennis over depressie en beschikbare behandelingen is echter ook precies het doel van voorlichtingsactiviteiten bij depressie. Het voorlichtingsprogramma 'Achter een lachend gezicht' is niet in een effectonderzoek onderzocht, maar is wel goed geëvalueerd en voldoet ruimschoots aan alle criteria voor een *model of good practice*.

5.2. Cursussen 'In de put, uit de put'

5.2.1. De problematiek

Zoals eerder aangegeven zijn ouderen minder geneigd dan jongere volwassenen om hulp te zoeken wanneer zij kampen met depressieve klachten (Friedhoff, 1994), ondermeer omdat zij hulp zoeken zien als een teken van persoonlijke zwakte, omdat zij niet geloven dat psychologische en psychiatrische behandeling helpen, en omdat zij meer geneigd zijn problemen te 'vertalen' naar psychosomatische klachten. In de afgelopen jaren zijn diverse interventies ontwikkeld om de drempel naar goede hulp te verlagen. Eén van de methoden om de drempel naar hulp te verlagen is door minder stigmatiserende vormen van hulp te ontwikkelen. De cursus 'In de put, uit de put' is er daar een van. Deze cursus is feitelijk een vorm van psychologische behandeling (cognitieve gedragstherapie) die geheel in cursusvorm is gegoten, waarbij de therapeut docent is geworden en de patiënt cursist. Daardoor hoeven ouderen niet langer 'in therapie' te gaan, maar volgen zij een cursus hoe ze hun stemming kunnen verbeteren.

5.2.2. De interventie

De cursus 'Omgaan met depressie' (In de put, uit de put: Cuijpers, 2004) is een sterk gestructureerde vorm van cognitieve gedragstherapie voor depressie. Hoewel deze cursus oorspronkelijk werd ontwikkeld voor volwassenen tussen 20 en 55 jaar, zijn er meerdere varianten van de cursus ontwikkeld voor specifieke doelgroepen waaronder een cursus voor ouderen, maar ook voor bijvoorbeeld adolescenten, en allochtonen. De eerder besproken cursus 'Leven met een chronische ziekte' is gebaseerd op dezelfde methodiek.

De cursus is gericht op het leren van vaardigheden die deelnemers kunnen gebruiken bij het verbeteren van hun stemming: relaxatie, cognitieve vaardigheden gericht op het veranderen van negatieve denkpatronen, sociale vaardigheden en vaardigheden gericht op het vermeerderen van plezierige activiteiten. Eerst verzamelen de deelnemers gedurende een of twee weken informatie over het betreffende thema (negatieve gedachten, plezierige activiteiten, contacten met anderen). Vervolgens stellen zij een doel in wat ze willen veranderen. Dan ontwikkelen zij een plan om dit doel te bereiken. Daarna voeren ze dit plan uit, kijken of het doel bereikt is en de depressieve klachten verminderen. Zonodig wordt het plan bijgesteld en opnieuw uitgevoerd.

De oorspronkelijke cursus bestaat uit twaalf sessies en twee 'booster' sessies na een en na zes

maanden. Huiswerk is een van de basiselementen van de cursus. De cursisten registreren hun gedragingen en cognities en werken thuis aan hun zelfveranderingsplannen.

Hoewel de cursus in principe bedoeld is voor ouderen met beginnende depressieve klachten, blijkt uit een recent (nog niet gepubliceerd) onderzoek van de Universiteit Leiden dat ook veel ouderen deelnemen die wel al een depressieve stoornis hebben.

De cursus wordt in ongeveer 70% van de regio's in Nederland regelmatig georganiseerd.

Specifiek voor volwassen en oudere Turken en Marokkanen is als variant op 'Omgaan met depressie' de cursus 'Lichte dagen, donkere dagen' ontwikkeld (Can & Voordouw, 2003). Deze doelgroep kan om verschillende redenen, vooral vanwege onvoldoende kennis van de Nederlandse taal, niet deelnemen aan de Nederlandstalige cursusgroepen. De cursus wordt in 10 tot 15 regio's aangeboden en blijkt met name in de grotere steden goed te draaien.

Een andere variant op de cursus 'Omgaan met depressie' is 'Kleur je leven.nl', een innovatieve multimedia-interactieve zelfhulp cursus voor mensen van 50 jaar en ouder. De cursus bestaat uit acht lessen en een terugkomles. Ook kan de cursus 'Omgaan met depressie' als schriftelijke zelfhulp cursus gevolgd worden (bibliotherapie), waarbij men min of meer zelfstandig het cursusboek doorwerkt. Contacten met hulpverleners blijven beperkt tot enkele telefonische ondersteunende gesprekken (zie Willemse et al., 2004a).

5.2.3. Effecten

Zoals eerder aangegeven is er veel onderzoek verricht naar de cursus 'In de put, uit de put'. Uit de genoemde meta-analyses, waarin de resultaten van alle effectstudies statistisch zijn geïntegreerd, komt naar voren dat deze cursussen grote effecten hebben op de mate van depressieve klachten (Cuijpers, 1998a, Kühner, 2003). Deze effecten zijn vergelijkbaar met de effecten van andere psychologische behandelvormen en het gebruik van antidepressiva. De cursus 'Lichte dagen, donkere dagen' is geëvalueerd in een pilot study, waarbij 13 keer de cursus werd gegeven. Na afloop van de cursus hadden deelnemers significant minder vaak depressieve klachten dan vóór de cursus. Met deze pilotresultaten typeren we de cursus als veelbelovend-experimenteel. Naar het innovatieve 'Kleur je leven.nl' vindt momenteel een gecontroleerde effectstudie plaats. Een proefimplementatie is in voorbereiding.

De effectiviteit van de cursus 'Omgaan met depressie' in (schriftelijke) bibliotherapie vorm is in Nederland alleen onderzocht voor volwassenen, met positieve resultaten (Willemse et al., 2004b). Wel laat buitenlands onderzoek naar bibliotherapie op cognitief-gedragstherapeutische basis positieve effecten zien voor ouderen met milde en matige depressieve klachten (dus zonder dat zij voldoen aan de DSM criteria voor een depressieve stoornis; Scogin et al., 1987; Scogin et al., 1989).

5.3. Cursussen 'Op zoek naar zin'

5.3.1. De problematiek

Voor ouderen kunnen door verlieservaringen, lichamelijke gebreken en afname van maatschappelijke participatie de betekenis en zin van het leven verdwijnen. Somberte, verbittering en devaluatie van het eigen leven zijn het gevolg. Van belang is dat juist in deze levensfase het vinden van antwoorden op de vraag 'wat is (en was) de betekenis van mijn leven?' de belangrijkste uitdaging is. De competentie om op deze vraag een persoonlijk en positief antwoord te vinden, kan bijdragen aan de ervaren kwaliteit van leven en de geestelijke gezondheid, en daarmee aan het voorkomen van

een depressie. Zingeving is juist bij ouderen een belangrijke determinant van geestelijke gezondheid. In de groepscursus 'Op zoek naar zin' (Franssen & Bohlmeijer, 2001) wordt thematisch de eigen levensloop en het leven van nu besproken. Deze methodiek wordt ook wel aangeduid als *reminiscentie* en *life-review* (Bohlmeijer et al., 2003b).

5.3.2. De interventie

De cursus 'Op zoek naar zin' is bedoeld voor mensen vanaf 55 jaar met depressieve klachten die thuiswonend zijn, lijden onder verlieservaringen, dreigen in een isolement te raken en bezig zijn met zingevingsvragen. De cursus kan worden getypeerd als 'creatieve *reminiscentie*'. Herinneringen aan het eigen leven vormen het uitgangspunt. De deelnemers worden uitgenodigd en aangespoord om hun herinneringen creatief vorm te geven en via het creatieve proces (opnieuw) bewust te worden van eigen krachtbronnen, identiteit en zingeving (perspectief op de toekomst). Een breed scala aan werkvormen en middelen wordt ingezet, waarin het vertellen, schrijven, voorlezen en meedelen steeds terugkomen. Andere middelen zijn bedoeld ter ondersteuning en creativiteitsbevordering.

De cursus bestaat uit 12 bijeenkomsten van 2-2,5 uur. De aanpak is zeer gestructureerd en multimediaal. De begeleiders zijn mensen die in GGZ-verband werken met ouderen met depressieve klachten.

Vanuit de preventieve GGZ en eerstelijnsgezondheidszorg bestaat inmiddels veel belangstelling voor de cursus De interventie wordt momenteel in ongeveer 20 regio's uitgevoerd.

5.3.3. Effecten

Uit internationaal onderzoek komt naar voren dat *reminiscentie* (actief herinneren van het eigen leven) leidt tot sterke afname van depressieve klachten en toename van levenssatisfactie bij ouderen (Bohlmeijer et al., 2003a). In Nederland is de cursus 'Op zoek naar zin' recent geëvalueerd in een pilot studie, waaraan 9 regio's deelnamen. De resultaten laten zien dat de cursus significant effectief is in afname van depressieve klachten en toename van *mastery* (gevoel grip op het leven te hebben) en welbevinden (Bohlmeijer et al., 2003b). Met deze pilotresultaten kunnen we de cursus 'Op zoek naar zin' typeren als veelbelovend-experimenteel.

5.4. Screening en vroege behandeling van depressie bij ouderen

5.4.1. De problematiek

Omdat veel ouderen, net als jongere volwassenen, niet beseffen dat depressies goed behandelbaar zijn en zij nogal eens onvoldoende geneigd zijn om actief hulp te zoeken, zouden screening en vroege behandeling een geschikte methodiek kunnen zijn om ouderen met depressie actief op te sporen en tijdig te behandelen.

Screening gebeurt meestal met behulp van vragenlijsten die worden ingevuld door ouderen die mogelijk met een depressie kampen. Enkele vragenlijsten die daar goed geschikt voor zijn, zijn de CES-D (Center for Epidemiological Studies – Depression scale) en, specifiek voor ouderen, de GDS (Geriatric Depression Scale). Ter illustratie zijn beide vragenlijsten in bijlage 2 opgenomen. Wanneer een oudere een hoge score op een dergelijke vragenlijst heeft, is er een kans dat hij of zij een depressieve stoornis heeft. In dat geval wordt doorgaans een uitvoeriger diagnostisch interview met betrokkene gevoerd door een arts, een psychiater of een klinisch psycholoog. Deze kan dan bepalen of er inderdaad sprake is van een depressie. Overigens zijn er ook gestandaardiseerde diagnostische inter-

views waarmee de aan- en afwezigheid van een depressieve stoornis vastgesteld kan worden, zoals de CIDI of de MINI. Indien na afname van de vragenlijst en het diagnostische interview blijkt dat er inderdaad sprake is van een depressieve stoornis, wordt een behandeling gestart.

5.4.2. *Interventies*

Er zijn inmiddels verschillende vormen van screening en vroege behandeling ontwikkeld:

- **Screening en vroege interventie door huisartsen.** In dit geval vult de oudere een vragenlijst in en de resultaten worden, in geval van een hoge score, besproken door de huisarts met de oudere. In geval van twijfel moet bij ouderen lichamelijk en aanvullend onderzoek worden verricht, omdat de differentiële diagnose lastig kan zijn en de voorafkans op een somatische aandoening groter is (Van Marwijk et al., 2003). In overleg met de oudere wordt vervolgens een behandeling gestart.
- **National Screening Day.** Deze methodiek is overgewaaid uit de Verenigde Staten waar men zo nu en dan een *National Screening Day* organiseert, waarbij ouderen in de gelegenheid gesteld worden door een deskundige na te laten gaan of zij een depressie hebben (Forbes et al., 1995; Magruder et al., 1995). Zij gaan dan op eigen initiatief naar een deskundige die een screeningsinstrument afneemt en eventueel een diagnostisch interview en een verwijzing voor behandeling. In Nederland is op beperkte schaal en op regionaal niveau ervaring opgedaan met deze methode.
- **Preventieve huisbezoeken bij ouderen.** Bij deze projecten worden alle ouderen boven een bepaalde leeftijd bezocht door een hulpverlener, vaak een praktijkverpleegkundige, en wordt een interview afgenomen. Doorgaans richten deze preventieve huisbezoeken zich niet specifiek op depressie maar op diverse lichamelijke aandoeningen en psychische problemen, zoals eenzaamheid. Screening op depressie kan hierbij ook toegepast worden.
- **Screening door andere hulpverleners.** In de praktijk worden ook screeningsprojecten uitgevoerd waarbij de screening door andere hulpverleners dan huisartsen wordt uitgevoerd. We noemden al het project gericht op vroege interventie bij depressie bij ouderen in verzorgingshuizen uit Drenthe (paragraaf 4.4). Er zijn echter ook andere screeningsinstrumenten voor verzorgingshuizen ontwikkeld en onder andere ook voor de thuiszorg. Een voorbeeld van dit laatste is het signaleringsinstrument 'Psychische problemen bij oudere cliënten', ontwikkeld door Altrecht (Van Dijk, 1993, 1996). Dit instrument biedt uitvoerenden in de thuiszorg houvast om ouderen gericht te observeren en gegevens te registreren die mogelijk kunnen wijzen op het bestaan van psychische problemen (vooral depressie en dementie). Een innovatief signaleringsinstrument is recent ontwikkeld door TNO Preventie en Gezondheid. Het betreft een observatie instrument voor signalering van psychosociaal disfunctioneren bij ouderen, bedoeld voor zowel huisartsen als medewerkers van de thuiszorg. Het instrument is tot stand gekomen op basis van literatuuronderzoek en oordelen van experts, en wordt momenteel in de praktijk onderzocht op betrouwbaarheid en validiteit.
- **Consultatiebureau voor ouderen.** Het consultatiebureau voor ouderen is geen nieuwe term. In de jaren zeventig zijn in verschillende delen van Nederland proefprojecten geweest die na een bepaalde periode weer zijn opgeheven (Poort & Spijker, 2002). Momenteel zijn in Nederland verschillende initiatieven bekend in verschillende fasen van ontwikkeling, onder meer in Leiden, Gorinchem, Zeeland en Rotterdam. Functies van de consultatiebureau's zijn preventie van gezondheidsproblemen door voorlichting en activering, vroegtijdige onderkenning van problemen op lichamelijk, psychisch en sociaal

gebied, en verwijzing naar gezondheids- en welzijnsinstanties (zie www.kenniscentrum-ouderen.nl).

5.4.3. Effecten

Uit een recente systematische literatuurstudie (Pignone et al., 2002) komt naar voren dat het screenen en vroeg behandelen van alle volwassenen in de huisartsenpraktijk leidt tot minder depressieve stoornissen. In Nederland wordt deze systematische screening op dit moment nog niet standaard toegepast. De effecten van een *National Screening Day* zijn niet goed op effectiviteit onderzocht omdat het nauwelijks mogelijk is een goede effectstudie op te zetten (er kan immers geen controlegroep geformeerd worden). De methodiek voldoet echter aan de criteria voor een *model of good practice* en het lijkt ertoe te leiden dat een aantal ouderen zich vroegtijdig laten onderzoeken.

Preventieve huisbezoeken voldoen eveneens aan de criteria voor een *model of good practice*. Of zij echter effecten hebben op depressie is tot op heden niet in een goed opgezette effectstudie onderzocht.

Het signaleringsinstrument 'Psychische problemen bij oudere cliënten' is uitgebreid geëvalueerd en blijkt goed bruikbaar (Boland & du Bois, 1997). Het instrument is opgenomen in het deskundigheidsprogramma voor de thuiszorg, 'Achter een lachend gezicht' (zie 5.5) en is een *model of good practice*.

Over de effecten van consultatiebureaus voor ouderen zijn geen gegevens bekend. Uit een kleinschalige proef in Leiden bleek dat ouderen veel waardering hadden voor het initiatief (Kraakman & Huisman, 2003). In Rotterdam en Zeeland is momenteel een project in voorbereiding met als doel uitspraken te kunnen doen over het effect van deelname aan het Preventief Gezondheidsonderzoek voor Ouderen (PGO-O) bij zelfstandig wonende ouderen in de leeftijd van 60-75 jaar. In het PGO-O wordt gescreend op risicofactoren voor hart- en vaatziekten en voor valongevallen en osteoporose. Daarnaast worden mogelijke bestaande aandoeningen zoals depressie opgespoord. Vernieuwend is dat deze factoren in samenhang worden bekeken.

5.5. Deskundigheidsbevordering van hulpverleners

5.5.1. De problematiek

Het idee achter deskundigheidsbevordering en consultatie is dat wanneer hulpverleners die met ouderen werken voldoende deskundigheid hebben om de signalen van depressie te herkennen, ouderen dan sneller en beter doorverwezen kunnen worden voor hulp. Tevens zou op deze manier eerder ingegrepen kunnen worden voordat de problemen escaleren. Voorwaarde hierbij is dat hulpverleners die met ouderen werken ofwel zelf beschikken over de benodigde deskundigheden ofwel laagdrempelig gebruik kunnen maken van de gespecialiseerde hulpverleners uit de GGZ. In de afgelopen jaren zijn verschillende methodieken ontwikkeld waarmee dat gerealiseerd kan worden. Een belangrijke methodiek wordt gevormd door consultatie aan huisartsen door GGZ-medewerkers. Omdat dit doorgaans projecten zijn die vooral bedoeld zijn om de zorg voor mensen met psychische problemen te verbeteren en niet zozeer een preventief doel nastreven, gaan we daar in dit kader niet verder op in.

5.5.2. Interventies

Er zijn inmiddels diverse gestandaardiseerde trainingen beschikbaar waarmee hulpverleners die met

ouderen werken geschoold kunnen worden in het herkennen van en omgaan met depressie bij ouderen. Dergelijke trainingen zijn ontwikkeld voor huisartsen, medewerkers van de thuiszorg, verzorgenden in verzorgingshuizen (zie paragraaf 4.4), en vrijwilligers. Eén van de bekendste programma's voor deskundigheidsbevordering is 'Achter een lachend gezicht', dat naast publieksvoorlichting (zie 5.1) ook een aanbod heeft voor werkenden in de thuiszorg en voor huisartsen. Voor beide doelgroepen worden (nascholings)cursussen georganiseerd door professionals van de GGZ, waarvoor uitgebreide draaiboeken en aanvullende materialen beschikbaar zijn.

5.5.3. Effecten

De effecten van deskundigheidsbevordering op de uiteindelijke doelgroep, ouderen, zijn nauwelijks in goed wetenschappelijk onderzoek onderzocht. De meeste trainingen, waaronder het pakket deskundigheidsbevordering 'Achter een lachend gezicht', voldoen echter wel aan de criteria voor *models of good practice*.

Er is wel enig onderzoek verricht naar de effecten van deskundigheidsbevordering over depressie van huisartsen. Het meeste onderzoek daarbij heeft niet zozeer betrekking op depressie bij ouderen, maar bij jongere leeftijdsgroepen. Daarbij zijn studies die positieve effecten van deskundigheidsbevordering van huisartsen op het aantal depressieve patiënten laten zien (Gask & Goldberg, 1993; Rutz et al., 1992), maar niet al het onderzoek wijst in dezelfde richting (Dowrick & Buchan, 1995).

6. Facetbeleid

Psychische ziekten, waaronder depressies, hangen samen met tal van leefomstandigheden en persoonlijke kenmerken, zoals inkomen, huisvesting, burgerlijke staat, geslacht, leeftijd, etnische achtergrond, de beschikbaar van sociale steun en zorgvoorzieningen. Veel van deze omstandigheden en kenmerken hebben raakvlakken met het gemeentelijk beleid, dat in principe ingezet kan worden om de leefomstandigheden in een wijk zodanig te optimaliseren dat de kans op het krijgen van een depressie geminimaliseerd wordt. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om het huisvestingsbeleid voor ouderen, zoals blijkt uit de voorbeelden van woon-zorg vormen die in paragraaf 4.5 besproken zijn. Een ander voorbeeld betreft initiatieven op het gebied van de sociaal-culturele activering en andere interventies gericht op eenzaamheid bij ouderen (paragraaf 4.5).

Helaas is tot op heden nog weinig ervaring opgedaan met het bedrijven van deze wijze van preventie van depressie bij ouderen. Het verdient dan ook aanbeveling om op systematische wijze na te gaan op welke beleidsgebieden op lokaal niveau facetbeleid mogelijk is, om initiatieven te ontwikkelen en deze systematisch te evalueren en op effect te onderzoeken.

7. Ten slotte

Zoals uit het voorgaande blijkt zijn in de afgelopen tien jaar diverse preventieve interventies ontwikkeld, variërend van gerichte interventies op risicogroepen tot voorlichting en vroeginterventie voor depressieve ouderen zelf en deskundigheidsbevordering van hulpverleners. Niet al deze interventies zijn onderzocht op effectiviteit, maar het onderzoek dat is verricht is veelbelovend en van verschillende interventies zijn de positieve effecten duidelijk aangetoond.

Het is nu zaak om deze interventies in samenhang met elkaar op lokaal niveau uit te gaan voeren. De afgelopen periode is veel energie besteed aan de ontwikkeling van goede en effectieve interventies en nu is de tijd gekomen om meer te gaan te kijken naar de context waarin de interventies uitgevoerd kunnen worden. Het uitvoeren van preventieve interventies op lokaal niveau, de samenhang tussen de interventies, het aansluiten op het lokaal beleid en facetbeleid, en het betrekken van de mensen die in de betrokken regio werken, dat zijn de uitdagingen waar we de komende periode voor staan.

De eerste resultaten van een 'community' aanpak gericht op depressie, waarin de hiervoor genoemde elementen centraal hebben gestaan, hebben veelbelovende resultaten opgeleverd. Het is nu tijd om deze aanpak breder op te gaan zetten en toe te werken naar een integrale lokale aanpak van depressie bij ouderen. De kennis over de interventies is beschikbaar. Het overzetten naar de context waarin ze worden uitgevoerd, dat is de uitdaging waar we nu voor staan.



Referenties

- Ames D (1993). Depression among elderly residents of local authority residential homes: its nature and the efficacy of intervention. *Br J Psychiatry* 156: 667–675.
- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. Jun;24(6):1069-78.
- Beek, J.L.M. van der (1997). Voorlichting aan depressieve patiënten en hun familieleden. Universiteit van Utrecht, academisch proefschrift.
- Beekman, A.T.F. (1996). Depression in later life: studies in the community. Amsterdam: Vrije Universiteit, academisch proefschrift.
- Blazer DG (1994). Epidemiology of depression: prevalence and incidence. *Principles and Practice*: 519–522.
- Bode C, De Ridder, DTD (2004). 'Op weg naar de gouden jaren.' Handleiding, design en instrumenten. Intern rapport, Capaciteitsgroep Gezondheidspsychologie, Universiteit Utrecht.
- Bode C, De Ridder DTD, Bensing JM (ingediend). Preparing for aging: Development and feasibility of an educational program for midlife and older based on proactive coping theory.
- Bohlmeijer E (2004). Het verhaal van je leven, voor mensen van 55 jaar en ouder die meer greep op hun leven willen krijgen. Een universele en selectieve interventie. Handleiding, concept. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bohlmeijer E, Smit F, Cuijpers P (2003a). Effects of reminiscence and life-review on late-life depression: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18: 1088-1094.
- Bohlmeijer E, Valenkamp M, Smit F (2003b). Ontwikkeling en evaluatie van een cursus rond het eigen levensverhaal voor ouderen met depressieve klachten. Verslag. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Boland G, de Bois P (1997). Interventies gericht op de thuiszorg. In: Van den Boogaard J, Boland G, Buitenhuis M (Red.), Preventie van depressie bij ouderen. Een nieuw terrein in kaart gebracht (p.61-77).
- Bouma J, Ranchor AV, Sanderman R, van Sonderen E (1995). Het meten van symptomen van depressie met de CES-D; Een handleiding. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.
- Can M, Voordouw I (2003). Lichte dagen, donkere dagen. Cursus voor Turken en Marokkanen met depressieve klachten. Handreiking voor coördinatoren en begeleiders. Utrecht: Trimbos-instituut
- Carney R, Freedland K, Miller G, Jaffe AS (2002): Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: A review of potential mechanisms. *Journal of Psychosomatic Research*, 53: 897-902.
- Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, et al. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34: 312-321.
- Cuijpers P (1993). De werking van ondersteuningsgroepen voor centrale verzorgers van dementerende ouderen. Academisch proefschrift, Katholieke Universiteit Nijmegen, Intervakgroep Sociale Gerontologie.
- Cuijpers P (1998a). Psychological outreach programs for depressed elderly; a meta-analysis of effects and drop-out. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13: 41-48.
- Cuijpers P (1998b). Prevention of depression in chronic general medical disorders; a pilot study. *Psychological Reports* 82: 735-738.
- Cuijpers P (2004). In de put uit de put. Zelf depressiviteit overwinnen. Cursusmap. HBUitgevers/Trimbos-instituut.
- Cuijpers P, Bohlmeijer E (2001). Preventie van psychische problemen vanuit de Geestelijke Gezondheidszorg. De effecten van groepsgerichte interventies. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Cuijpers P, Nies H (1997). Supporting informal caregivers of demented people: psychosocial interventions and their outcomes. In: G. Jones en B. Miesen (Eds). *Caregiving in dementia, part II*. London: Routledge, p. 168-177.
- Cuijpers P, Osch B van (2004). Leven met een chronische ziekte. HBUitgevers/Trimbos-instituut.
- Cuijpers P, Schoevers RA (2004). Increased mortality in depressive disorders: A review. *Current Psychiatry Reports*, 6, 430-7.
- Cuijpers P, Smit F (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders*, 72, 227-236.
- Cuijpers P, Van Lammeren P (2001). Secondary prevention of depressive symptoms in elderly inhabitants of residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16: 702-708
- Cuijpers P, Gageldonk A van, Overtoom K (2000). Het effect van preventieve interventies op (determinanten van) psychische gezondheid. In IAM Maas & J Jansen (Red.), *Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Psychische (on)gezondheid: determinanten en de effecten van preventieve interventies*. Bilthoven: RIVM.
- Dam S van der, Veltman M, Savelkoul M (2002). Ketens van zorg en welzijn voor chronisch zieken op lokaal niveau. Derde tussenrapportage: effecten voor de deelnemers. Utrecht: NIZW.
- Dijk A van (1993). Osporen van psychische problemen bij oudere cliënten; signaleringsinstrument voor de gezinszorg. Utrecht: Riagg Westelijk Utrecht.

- Dijk A van (1996). Handleiding bij de registratielijst Psychische problemen bij oudere cliënten. Utrecht: Riagg Westelijk Utrecht.
- DeLeo D, Carollo G, Buono MD (1995). Lower suicide rates associated with a tele-help/tele-check service for the elderly at home. *American Journal of Psychiatry* 152: 632-634.
- DeLeo D, Rozzini R, Bernardini M, Zucchetto M, Gallato R, Villa A, Buono MD, Grigoletto F, Trabucchi M (1992). Assessment of quality of life in the elderly assisted at home through a tele-check service. *Quality of Life Research* 1: 367-374.
- Depression Guideline Panel (1993). *Depression in Primary Care; Volume 2. Treatment of Major Depression*. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research.
- Dowrick C, Buchan I (1995). Twelve months outcome of depression in general practice: does detection or disclosure make a difference? *British Medical Journal* 311: 1274-1276.
- Draper BM (2000). The effectiveness of the treatment of depression in the physically ill elderly. *Aging & Mental Health*, 4(1): 9-120.
- Dröes RM, Meiland FJM, Schmitz MJ, Vernooij MJF, de Lange J, Derksen E, Boerema I, Grol RPTM, van Tilburg W (2003). Implementatie model Ontmoetingscentra. Een onderzoek naar de voorwaarden voor succesvolle landelijke implementatie van ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers. Eindrapport 2003. Amsterdam: Afdeling Psychiatrie, VU medisch centrum.
- Duzijn B, van Lammeren P, van Mierlo F (2000). Mantelzorgen zonder zorgen? Methodiekontwikkeling en procesevaluatie van het Preventie-op-Maat aanbod voor mantelzorgers van depressieve ouderen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Duzijn B & Veldhuis M (2004). Preventieve ondersteuning van mantelzorgers van ouderen in Twente. Een project van InterZorg Ouderen en Mediant GGZ. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 4: 264-267.
- Eilander A, Gootzen J, Prins W, Roelofs J, Ameijden E van, Linden H (2003). *Volksgezondheidsmonitor Utrecht. Themarapport Ouderen en/of chronisch zieken*. Utrecht: GG & GD.
- Eisses AMH (2005). *Depressie bij verzorgingshuisbewoners. Prevalentie, incidentie, risicofactoren en effecten van vroegsignalering*. Academisch proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen.
- Eisses AMH, Kluiters H, Jongenelis K, Pot AM, Beekman ATF, Ormel J (2004). Risk indicators of depression in residential homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 634-640.
- Factsheet In samenspraak (2004). *Stand van zaken*. GGD Rotterdam en omstreken.
- Factsheet ouderen en eenzaamheid (2004). GGD Midden-Nederland en Schakels, adviesbureau voor welzijn en zorg.
- Forbes W, Tracy DE, Hamilton RJ, Eagles JM (1995). A depression screening day for the elderly in a general practice setting. *Psychiatric Bulletin* 19: 226-227.
- Franssen J & Bohlmeijer E (2003). Op zoek naar zin. Een cursus rond het eigen levensverhaal voor ouderen met depressieve klachten. Begeleidersmap. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Friedhoff AJ (1994). Consensus development conference statement: Diagnosis and treatment of depression in late life. In: Schneider, L.S., Reynolds III, C.F., Lebowitz, B.D. & Friedhoff, A.J. (1994). *Diagnosis and treatment of depression in late life; results of the NIH consensus development conference*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Gallagher D, Rose J, Rivera P, Lovett S, Thompson LW (1989). Prevalence of depression in family caregivers. *Gerontologist* 29: 449-445.
- Gask L, Goldberg D (1993). Impact on patient care, satisfaction and clinical outcome of improving the psychiatric skills of general practitioners. *European Journal of Psychiatry* 7: 203-218.
- Gottlieb GL (1994). Barriers to care for older adults with depression. In LS Schneider, CF Reynolds, BD Lebowitz, AJ Friedhof (Eds); *Diagnosis and treatment of depression in late life: Results of the NIH Consensus Development Conference*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Greef M de, Tromp M, Bulthuis N, Popkema D, Sprenger S et al. (2004). *De ervaringen van deelnemers met het GALM project*. Groningen: UC promotion/Rijksuniversiteit Groningen.
- Hopman-Rock M, Greef M de (Red.) (2002). *Effectevaluatie van nieuwe groepen: Meer Bewegen voor Ouderen-Gymnastiek*. Leiden: TNO-PG.
- Hopman-Rock M, Westhoff MH (2002). *Gezondheidsvoorlichting en bewegingsstimulering voor ouderen: ontwikkeling en evaluatie van het programma Gezond & Vitaal*. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 33: 56-63.
- Karanika K (1996, 2004). *Met mij gaat het goed*. Cursusboek. Bilthoven: Stichting Beter Leven met Ziekte.
- Katz IR, Streim J, Parmelee P (1994). Prevention of depression, recurrences, and complications in late life. *Preventive Medicine* 23: 743-750.
- Katon WJ (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry* 54: 216-26.
- Katon W, Ciechanowski P (2002). Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res*; 53: 859-63.
- Kraakman MJ, Huisman EWAM (2003). *Eindrapportage Preventie en Ouderen. Periodieke Controle Gezondheid Senioren en de resultaten na 2 jaar*. Leiden.

- Kühner, C. (2003). Das Gruppenprogramm 'Depression bewaeltigen' und seine Varianten - eine aktualisierte Metaanalyse. *Verhaltenstherapie*, 13, 254-262.
- Lammeren P van, Geelen K (1995). Verbitteren of verbeteren; evaluatie van een programma ter voorkoming van eenzaamheid en depressie bij oudere weduwen. Utrecht: NcGv (reeks 95-1).
- Lammeren P van, Duzijn B (1999). Preventie van depressie in verzorgingshuizen; evaluatie van een preventieprogramma. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lange J de (2004). Omgaan met dementie. Het effect van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op adaptie en coping van mensen met dementie in verpleeghuizen; een kwalitatief onderzoek binnen een gerandomiseerd experiment. Academisch proefschrift. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Linnemann M, Linschoten P van, Royers T, Nelissen N, Nitsche B (redactie) (2001). Eenzaam op leeftijd. Interventies bij eenzame ouderen. Utrecht: NIZW.
- Lottman IGA, Koorstra AM, Schreurs KMG, Karanika E (1999). Met mij gaat het goed! Een psychosociale zorginterventie voor chronische zieken en gehandicapten. *GGD Nieuws*, mei, 18-21.
- Lovett S, Gallagher D (1988). Psychoeducational interventions for family caregivers: preliminary data. *Behavior Therapy* 19: 321-330.
- Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE, Kissel SS, Clouse RE (1998). Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 15;129(8):613-21.
- Magruder KM, Norquist GS, Feil MB et al. (1995). Who comes to a voluntary depression screening program. *American Journal of Psychiatry* 152, 1615-1622.
- Marwijk van HWJ, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Gelderen van MG, Haan de M et al. (2003). NHG-Standaard depressieve stoornis (depressie) (eerste herziening). *Huisarts Wet*; 46(11): 614-33.
- Masand PS (1995). Depression in long-term care facilities. *Geriatrics* 50, Suppl. 1, S16-S24.
- Mierlo F (Red.), Enk van A, Hoevenaars A, Huibers K, Linssen G, Frank L (2001). Preventie van depressie in verzorgingshuizen. De draaiboeken. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1995). Factsheet wet geneeskundige behandelingsovereenkomst; Factsheet V-11-N-1995. Rijswijk: Ministerie van VWS.
- Mrazek PJ, Haggerty RJ (1994). Reducing risks for mental disorders; frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academy Press.
- National Advisory Mental Health Council Workgroup on Mental Disorders Prevention Research (1998). Priorities for prevention research at NIMH. National Institute of Mental Health.
- Nuss WS, Zubenko GS (1992). Correlates of persistent depressive symptoms in widows. *American Journal of Psychiatry* 149: 346-351.
- Pignone M, Gaynes B (2002). Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the u.s. preventive services task force. *Annals of Internal Medicine* 136, 765-776.
- Poort EC, Spijker J (2002). Preventie bij ouderen in de literatuur. Een 'quick scan' naar aspecten, stromingen en programma's van preventie in welzijn en gezondheid bij ouderen. Amsterdam: COSBO (zie ook www.cosbo-amsterdam.nl).
- Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychological Medicine*, 27, 323-332.
- Reijneveld SA, Westhoff MH, Hopman-Rock M (2002). Gezond & Vitaal voor Turkse ouderen: ontwikkeling, evaluatie en implementatie. Leiden: TNO Preventie en gezondheid.
- Rovner BW, Rabins PV (1985). Mental illness among nursing home patients. *Hospital and Community Psychiatry* 36: 119-128.
- Rovner BW, German PS, Brant LJ, et al. (1991). Depression and mortality in nursing homes. *Journal of the American Medical Association* 265: 993-996.
- Rutz W, Van Knorring L, Walinder J (1992). Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedis Committee for the prevention and treatment of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 85: 83-88.
- Ruwaard D, Kramers PGN (1997). Volksgezondheid toekomst verkenningen; de som der delen. Bilthoven: RIVM.
- Schut H, Stroebe MS, Bout J van den, Terheggen M (2001). The efficacy of bereavement interventions: determining who benefits. In MS Stroebe, RO Hansson, W Stroebe & H Schut (Eds), *Handbook of bereavement research. Consequences, coping and care*, pp. 705-737. Washington DC: American Psychological Association.
- Scogin F, Hamblin D en Beutler L (1987). Bibliotherapy for older adults: A self-help alternative. *Gerontologist* 27: 383-387.
- Scogin F, Jamison C en Davis N (1989). Comparative efficacy of cognitive and behavioral bibliotherapy for mildly and moderately depressed older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 403-407.

- Silverman PR (1988). Widow-to-widow: A mutual help program for the widowed. In: Price R, Cowen E, Lorion RP, Ramos-McKay (eds). *Fourteen ounces of prevention: A casebook for practitioners*. Washington DC: American Psychological Association, p.175-186.
- Smit F, Ederveen A, Cuijpers P, Deeg D, Beekman A (in druk). Opportunities for cost-effectiveness prevention of late-life depression: An epidemiological approach. *Archives of General Psychiatry*.
- Smits CHM (2003). Beschermende factoren voor preventie van depressie bij ouderen. Een wetenschappelijke verantwoording in het kader van de film 'De kunst van het ouder worden'. In *De Kunst van het ouder worden. Stilstaan en doorgaan bij ingrijpende veranderingen. Handleiding bij de film*, p 12-19. Den Haag: Parnassia, Psychomedisch centrum.
- Snowdon J, Donnelly N (1986). A study of depression in nursing homes. *Journal of Psychiatric Research* 20: 327-333.
- Stevens N (1995). Vriendschapskursus voor ouderen vrouwen. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Stevens N (2001). Combating loneliness: a friendship enrichment programme for older women. *Ageing and Society* 21: 183-202.
- Stevens N & van Tilburg T (2000). Stimulating friendship in later life: A strategy for reducing loneliness among older women. *Educational Gerontology* 26: 15-35.
- Stiggebout M, Leutscher H, van de Wert T (2004). Bewegen. In Witte KE, Busch MCM, Maassen ITHM, Schuit AJ (Red.), *Brancherapport Preventie 2000-2003*, pp. 58-61. Bilthoven: Centrum voor Volksgezondheid Toekomstverkenningen, RIVM.
- Vachon ML, Lyall WA, Rogers J, Freedman Letofsky K, Freeman SJ (1980). A controlled study of self-help intervention for widows. *American Journal of Psychiatry* 137, 1380-1384.
- Velde J te & Eisses AM (2002). Eindverslag Preventieproject Vroegsignalering. Vroegsignalering van psychische en psychiatrische problematiek bij bewoners in het verzorgingshuis. Bureau Preventie GGZ Drenthe/Rijksuniversiteit Groningen.
- Veltman M, Dam S van der, Goumans M, Savelkoul M (2002). Ketens van zorg en welzijn voor chronisch zieken op lokaal niveau. Eindrapportage: voorwaarden voor sturing, stimulering en duurzame verankering. Utrecht: NIZW.
- Vries W de, Smits C (2004). Geestelijke gezondheid en ouder worden. Informatieve huiskamerbijeenkomsten voor oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen. Handleiding en draaiboek. Utrecht: Trimbo-instituut.
- Willemse G, Voordouw I, Cuijpers P (2004a). Bibliotheerapie bij depressieve klachten, gebaseerd op de cursus Omgaan met depressie. Een handreiking voor begeleiders (AF0537). Utrecht: Trimbo-instituut.
- Willemse, GRWM, Smit F, Cuijpers P, Tiemens BG (2004b). Minimal-contact psychotherapy for sub-threshold depression. Randomised trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 416-421
- Zisook S, Shuchter SR (1991). Depression through the first year after the death of a spouse. *American Journal of Psychiatry* 48: 1346-1352.

Bijlage 1. Overzicht van interventies

Toelichting opname interventies in deze bijlage	36
Universele preventie	37
Voorlichting: videofilm 'de kunst van het ouder worden'	37
Voorlichting: Informatieve huiskamerbijeenkomsten voor Turkse en Marokkaanse vrouwen	38
Cursus 'Op weg naar de gouden jaren'	39
Selectieve preventie	40
<i>Interventies gericht op weduwen en weduwnaars</i>	40
Rouwgroepen	40
Cursus Verlies... en dan verder	41
Bezoekdiensten	42
<i>Interventies gericht op mantelzorgers van hulpbehoevende ouderen</i>	43
Voorlichtingsprogramma's over het ziektebeeld	43
Ondersteuningsgroepen	44
Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers (POM-methodiek)	45
Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun mantelzorgers	47
<i>Interventies gericht op ouderen met een chronische ziekte</i>	49
De cursus voor chronisch zieken. Leven met een chronische ziekte.	49
Cursus 'Met mij gaat het goed'	50
Voorbeeld bewegingsinterventie: GALM/SCALA	51
<i>Interventies gericht op ouderen in instituties</i>	53
Preventie van depressie in verzorgingshuizen	53
Preventieproject Vroegsignalering	55
<i>Interventies gericht op eenzaamheid</i>	57
Voorbeeld huisbezoek: Activerend huisbezoek	57
Voorbeeld cursus: Vriendschapscursus voor oudere vrouwen	58
<i>Innovatieve interventies</i>	59
50plusnet.nl; een internetcommunity als sociaal vangnet voor ouderen	59
Cursus 'Het verhaal van je leven'	60
Geïndiceerde en zorggerichte preventie	61
Voorbeeld voorlichtingsprogramma: Achter een lachend gezicht	61
Cursus In de put, uit de put 55+	63
Lichte dagen, donkere dagen. Cursus voor Turken en Marokkanen met depressieve klachten	65
Kleur je leven	67
Cursus Op zoek naar zin	68
Voorbeeld pakket deskundigheidsbevordering voor de thuiszorg: Achter een lachend gezicht	69

Toelichting opname interventies in deze bijlage

De volgende bronnen zijn geraadpleegd bij het vinden van interventies

- LSP-databank Trimbos-instituut (GGZ-interventies)
- Qui-database (NIGZ)
- ZonMw projectenpoort (via www.zonmw.nl)
- Website NIZW
- Bestaande inventarisaties van interventies

Voor opname van de interventies in deze bijlage zijn de volgende selectiecriteria toegepast:

- De interventie is gericht op ouderen
- De interventie is gericht op afname van depressie of op intermediaire doelen bij het realiseren van effecten op de afname van depressie (zoals vermindering van depressieve klachten, eenzaamheid, ervaren belasting, beschermende factoren)
- Van de interventie zijn de materialen (draaiboeken e.d.) beschikbaar
- De interventie wordt door meer dan één organisatie uitgevoerd
- De interventie is bewezen effectief, veelbelovend/experimenteel of een *model of good practice*. De definities hiervan staan beschreven in de inleiding van deze uitgave.

Tevens zijn enkele innovatieve interventies opgenomen: recent ontwikkelde interventies met een vernieuwende aanpak maar die nog niet getypeerd kunnen worden als bewezen effectief, veelbelovend/experimenteel of een *model of good practice*. Naar deze interventies wordt momenteel begeleidend onderzoek uitgevoerd en de materialen zijn vaak nog niet beschikbaar.

Sommige interventies zijn vanwege hun aard minder geschikt om in deze bijlage op te nemen. Deze activiteiten staan wel beschreven in de tekst van dit boek, maar laten zich moeilijk omschrijven in termen van concrete interventies. Dit is het geval voor steunpunten mantelzorg, dagopvang en dagbehandeling. Bij de eenzaamheidsinterventies is ten behoeve van deze bijlage een selectie gemaakt. Wat het onderdeel screenen betreft zijn twee vragenlijsten in Bijlage 2 opgenomen.

Universele preventie

VOORLICHTING: VIDEOFILM 'DE KUNST VAN HET OUDER WORDEN'

Doelgroep

Ouderen, mantelzorgers, familie, buurtgenoten en algemeen publiek

Doelstelling

Ouderen bewust te maken van de eigen mogelijkheden om met moeilijke gebeurtenissen om te gaan en zich zelf te beschermen tegen een depressie.

Methode / inhoud

De film laat fragmenten zien uit levensverhalen van drie ouderen. In beeld wordt gebracht hoe zij omgingen met verlies en verdriet en hoe zij hun leven weer voortzetten. Het focus ligt daarbij op positieve copingstijlen en niet zozeer op risicofactoren of ziekte.

De film vormt het uitgangspunt voor een gesprek met ouderen over hun eigen ervaringen en de mogelijkheden die zij zelf hebben om daarmee om te gaan.

Frequentie en duur

De film duurt 25 minuten.

Uitvoerende organisatie

De film ondersteunt de GGZ-preventiewerker in groepswork en in voorlichtingsactiviteiten voor het algemene publiek. Ook andere professionals kunnen de film gebruiken in activiteiten gericht op bevordering van de geestelijke gezondheid van ouderen: Ouderenwerk, thuiszorg, GGD-GVO, ouderenbonden, pastoraal werk, verzorgingshuizen etc.

Wetenschappelijk status

Model of good practice

Materialen

Titel De kunst van het ouder worden. Stilstaan en doorgaan bij ingrijpende veranderingen.

Auteurs Parnassia, Psycho-medisch centrum Den Haag

Uitgave Trimbos-instituut, 2003

Besteladres Trimbos-instituut. Afdeling bestellingen; postbus 725. 3500 AS Utrecht.
tel. (030) 297 11 80. fax (030) 297 11 11. e-mail: bestel@trimbos.nl of via www.trimbos.nl (klik op producten), onder vermelding van artikelnummer AF0487
Er is een pakket dat bestaat uit de videofilm, een handleiding bij het vertonen van de videofilm, wervingsposters (10 A3), te bestellen onder vermelding van artikelnummer AF0483

VOORLICHTING: INFORMATIEVE HUISKAMERBIJEENKOMSTEN VOOR TURKSE EN MAROKKAANSE VROUWEN

Doelgroep

Turkse en Marokkaanse vrouwen van 50 jaar en ouder:

- met of zonder psychische klachten
- die nog niet of nauwelijks zijn bereikt door de zorginstellingen op het gebied van voorlichting, preventie en zorg rond psychische klachten

Doelstelling

- Kennis vergroten over ouder worden, geestelijke gezondheid, welbevinden en het beschikbare zorgaanbod
- Motivatie bevorderen om deze thema's te bespreken en zo hun gevoel van eigenwaarde te vergroten (empowerment)
- Geestelijk gezond leven bevorderen

Methode / inhoud

Huiskamerbijeenkomsten worden gehouden bij een oudere Turkse of Marokkaanse gastvrouw thuis. Deze nodigt hiervoor zes à acht vrouwen uit haar persoonlijke kring uit. Een voorlichter leidt de bijeenkomst aan de hand van een draaiboek en discussietekeningen. De vrouwen krijgen informatie over geestelijke gezondheid en ouder worden, hun eigen mogelijkheden en het professionele hulpaanbod. Ze worden gestimuleerd hun vragen en meningen te bespreken. De handleiding bevat drie inhoudelijke bijeenkomsten (ouder worden en geestelijke gezondheid; piekeren en depressie; vergetachtigheid en dementie).

Frequentie en duur

De huiskamerbijeenkomsten duren 2 uur. Afhankelijk van de behoefte van de doelgroep kunnen ze eenmalig zijn of een vervolg krijgen met dezelfde groep. Ook kan het gastvrouwschap doorgegeven worden, zodat de voorlichters steeds weer nieuwe groepen vrouwen bereiken.

Uitvoerende organisatie

De huiskamerbijeenkomsten kunnen worden verzorgd door onder andere de GGZ, de GGD, het welzijnswerk en allochtone zelforganisaties.

Wetenschappelijk status

Innovatieve interventie (onderzocht in procesevaluatie)

Materialen

- Titel* Geestelijke gezondheid en ouder worden. Informatieve huiskamerbijeenkomsten voor oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen. Handleiding en draaiboek
- Auteurs* De Vries W en Smits C
- Uitgave* Trimbos-instituut, 2004
- Besteladres* Trimbos-instituut. Afdeling bestellingen; postbus 725. 3500 AS Utrecht. tel. (030) 297 11 80. fax (030) 297 11 11. e-mail: bestel@trimbos.nl of via www.trimbos.nl (klik op producten), onder vermelding van artikelnummer AF0536

CURSUS 'OP WEG NAAR DE GOUDEN JAREN'

Doelgroep

Ouderen tussen 50 en 75 jaar die zich willen voorbereiden op het ouder worden

Doelstelling

Het aanleren van proactieve vaardigheden waarmee problemen in een vroeg stadium voorkomen kunnen worden en gewenste ontwikkelingen op gang gebracht kunnen worden. Cursisten worden gestimuleerd over hun toekomst na te denken, stil te staan bij opties en mogelijke belemmeringen voor de realisatie van hun toekomstplannen.

Methode / inhoud

Thema's van de 4 bijeenkomsten: (1) Voorbereiden op de volgende levensfase; (2) Vroege signalering; (3) Positieve doelen en adequate strategieën; (4) Evaluatie en terugkoppeling. Tijdens de bijeenkomsten worden oefeningen en discussies gecombineerd met een individueel traject waarbij gewerkt wordt aan het bereiken van een persoonlijk doel, zoals bijvoorbeeld het realiseren van een hobby, sociale contacten onderhouden of de eigen tijd beter te structureren.

Frequentie en duur

4 bijeenkomsten van 2 uur

Uitvoerende organisatie

De cursus wordt in het kader van het onderzoek gegeven door getrainde verpleegkundigen (50plus) werkzaam bij de Thuiszorg Stad Utrecht en de Regionale Instelling Gecoördineerd Ouderenwerk Maasland (RIGOM).

Wetenschappelijk status

Innovatieve interventie; gecontroleerd effectonderzoek in uitvoering (resultaten medio 2005 beschikbaar).

Materialen

Uitvoering van de interventie is na afronding van het effectonderzoek in overleg met onderstaande personen mogelijk. Voor het geven van de cursus is een docenttraining nodig.

Contactpersonen

mw. C. Bode / mw. D. de Ridder / mw. J. Bensing
Capaciteitsgroep Gezondheidspsychologie
Universiteit Utrecht
Postbus 80.140
3508 TC Utrecht
(030) 253 20 29/1470 (tel.)
(030) 253 47 18 (fax)
c.bode@fss.uu.nl

Selectieve preventie

Interventies gericht op weduwen en weduwnaars

ROUWGROEPEN

Doelgroep

Weduwen en weduwnaars. Er kan worden gekozen voor een heterogene of homogene samenstelling van de groep. In een heterogene groep is de samenstelling gemengd; in een homogene groep hebben de deelnemers gemeenschappelijke ervaringen, bijvoorbeeld jonge weduwen, nabestaanden van verkeersslachtoffers.

Doelstelling

- Het uitwisselen van ervaringen en emoties
- Het verstrekken van praktische informatie (verbeteren van kennis)
- Voorkomen dat mensen vastlopen in rouwproblematiek

Methode / inhoud

Aantal bijeenkomsten waarin deelnemers ervaringen uitwisselen over het verwerken van het verlies en de manier waarop zij de draad weer oppakken. Thema's die aan de orde kunnen komen: Het afscheid; Reacties van de omgeving; Het rouwproces; Levensverhalen; Boosheid; Angst; Schuldgevoelens; Speciale dagen; Samen rouwen; Rouw, religie en spiritualiteit

Frequentie en duur

Wisselend. Een gemiddelde van tien (twee)wekelijkse bijeenkomsten van 2-2,5 uur blijkt goed te voldoen.

Uitvoerende organisatie/begeleider

Rouwgroepen kunnen begeleid worden door professionals van bijvoorbeeld het AMW, (getrainde) vrijwilligers, of in een samenwerking tussen professional en getrainde vrijwilliger.

Wetenschappelijke status

Veelbelovend-experimenteel

Materialen

Titel Rouwgroepen: organisatie en voorbereiding

Auteurs Delo M

Uitgave Landelijke Stichting Rouwbegeleiding, 2000

Besteladres Landelijke Stichting Rouwbegeleiding, postbus 13189. 3507 LD Utrecht.
Tel. (030) 276 15 00. e-mail: lsr@hetnet.nl of via www.verliesverwerken.nl.

Titel Rouwgroepen: Een handleiding voor begeleiders

Auteurs Fraterman E en van Gils T

Uitgave NIZW/LSR, 2002

Besteladres NIZW uitgeverij, postbus 19152, 3501 DD Utrecht. Tel. (030) 230 66 07,
Fax (030) 230 64 91. e-mail: Bestel@nizw.nl of via www.nizw.nl. Bestelnummer E 918
Of bij de Landelijke Stichting Rouwbegeleiding, gegevens zie hierboven

Interventies gericht op weduwen en weduwnaars

CURSUS VERLIES... EN DAN VERDER

Doelgroep

Oudere weduwen (60+) die ten minste 1 jaar weduwe zijn, doch niet langer dan ongeveer 6 jaar

Doelstelling

- Bevorderen dat oudere weduwen zich een eenzaamheidsvoorkomende houding eigen maken zodat het ontstaan van ernstige psycho-sociale problemen wordt voorkomen
- Het leren opbouwen en in stand houden van een bevredigend geheel van contacten
- Het stimuleren van persoonlijke groei en zelfstandigheid
- De bewustwording van belemmerende normen, waarden en gedragingen van de sociale omgeving waarin je leeft.

Methode / inhoud

Thematisch komen diverse onderwerpen aan de orde die van belang zijn voor verliesverwerking en het voortzetten van het eigen leven: Persoonlijke verhalen; Verlies... en dan verder (rouwproces); Levensloop; Zelfvertrouwen; Zeggen wat je wel bevalt en niet bevalt; Contacten; Aandacht voor uzelf; Alleenstaand zijn; Beeldvorming en mythen.

Alle bijeenkomsten zijn op dezelfde manier gestructureerd en hebben een vast programma. Op de laatste bijeenkomst wordt de cursus geëvalueerd, worden vervolgvacaties besproken en kijkt men naar de toekomst.

Frequentie en duur

11 wekelijkse bijeenkomsten van 2 uur en een follow-up bijeenkomst na ongeveer 2 maanden.

Uitvoerende organisatie

Meestal GGZ-instelling (Preventie). De cursusgroep wordt bij voorkeur begeleid door twee vrouwen.

Wetenschappelijke status

Veelbelovend-experimenteel

Materialen

Titel Verlies...en dan verder. Een cursus voor weduwen boven de zestig

Auteurs Benthem G, Elze J ten, Rijsewijk R van

Uitgave Landelijk centrum GVO/sectie LOP-ggz, 1994

Besteladres Trimbos-instituut. Afdeling bestellingen; postbus 725. 3500 AS Utrecht.

tel. (030) 297 11 80. fax (030) 297 11 11. e-mail: bestel@trimbos.nl of via

www.trimbos.nl (klik op producten), onder vermelding van artikelnummer AF0023.

Interventies gericht op weduwen en weduwnaars

BEZOEKDIENSTEN

Doelgroep

Oudere weduwen en weduwnaars die ongeveer 6 maanden of langer de partner hebben verloren

Doelstelling

- Het bieden van sociale steun
- Voorkomen of verminderen van psychische klachten

Methode / inhoud

De weduwe of weduwnaar wordt thuis bezocht door een getrainde vrijwilliger die zelf ook verweeduwd is. Deze lotgenoot is getraind in het bijstaan van mensen in een rouwproces en weet uit eigen ervaring wat het is om een geliefd persoon te verliezen. De verweeduwden krijgen het aanbod van de bezoeken door middel van een folder die zij 6 maanden na het overlijden van hun partner toegestuurd krijgen vanuit de gemeentelijke overlijdensregistratie

Frequentie en duur

Ongeveer 10 huisbezoeken verspreid over een jaar

Uitvoerende organisatie

GGZ-instelling, Stichting Welzijn voor Ouderen

Wetenschappelijke status

Veelbelovend - experimenteel

Materialen

Titel Handleiding Bezoekdiensten voor weduwen en weduwnaars

Auteurs Kox E, Huibers K, Staarink I

Uitgave Spectrum. Instituut voor Ondersteuning van Maatschappelijke Ontwikkelingen in Gelderland, 1997

Besteladres Spectrum, telefonisch of per e-mail bij mw. Gerrie Bakker, ic@spectrum-gelderland.nl, tel. (026) 384 62 63. Of via www.spectrum-gelderland.nl

Titel Helpen bij Rouwverwerking. Een cursus voor vrijwilligers van een bezoeken dienst voor weduwen en weduwnaars

Auteurs Schaper HJ, Kox E, Huibers K, Staarink I

Uitgave Spectrum. Instituut voor Ondersteuning van Maatschappelijke Ontwikkelingen in Gelderland, 1997

Besteladres Spectrum, telefonisch of per e-mail bij mw. Gerrie Bakker, ic@spectrum-gelderland.nl, tel. (026) 384 62 63. Of via www.spectrum-gelderland.nl

Interventies gericht op mantelzorgers van hulpbehoevende ouderen

VOORLICHTINGSPROGRAMMA'S OVER HET ZIEKTEBEELD

Algemene informatie

Diverse organisaties organiseren voorlichtingsbijeenkomsten over ziektebeelden bij ouderen, over mantelzorgers en over de zorgverlening, bijvoorbeeld Alzheimer Nederland.

In 2005 komt een bundeling van voorlichtingsactiviteiten uit in een productenboek van de werkgroep Mantelzorg van het Landelijk Platform Preventie Ouderen (LPPO). Op basis van dit boek kunnen GGZ-instellingen (samen met onder meer de Thuiszorg, Verpleging & Verzorging en belangengroepen) een op maat gesneden serie bijeenkomsten opzetten. Deze producten worden in de loop van 2005 ook beschreven op de website van het Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (www.ouderenpsychiatrie.nl).

Meer informatie over het productenboek is te verkrijgen bij mw. B. Duzijn, Mediant GGZ te Hengelo, tel. (074) 256 02 40; bm.duzijn@mediant.nl

Interventies gericht op mantelzorgers van hulpbehoevende ouderen

ONDERSTEUNINGSGROEPEN

(gespreksgroepen; psycho-educatieve cursussen)

Doelgroep

Mantelzorgers van hulpbehoevende ouderen (er zijn o.a. specifieke ondersteuningsgroepen voor mantelzorgers van dementerende ouderen, CVA-patiënten)

Doelstelling

- Het uitwisselen van ervaringen en emoties
- Het verstrekken van praktische informatie (verbeteren van kennis)
- Het leren van coping-vaardigheden om met de situatie om te gaan

Methode / inhoud

Deelnemers wisselen ervaringen uit over de verzorging van en problemen met hun partner of familielid. Door middel van lotgenotencontact kunnen de mantelzorgers elkaar sociale steun bieden. Ook wordt informatie gegeven over ziektebeelden, de verwerkingsprocessen en de beschikbare voorzieningen.

Frequentie en duur

Wisselend (veelal wekelijks; 6 tot 12 weken)

Uitvoerende organisatie

GGZ-instelling, thuiszorg, verpleeghuis in samenwerking met patiëntenvereniging (bijvoorbeeld Alzheimer Nederland)

Wetenschappelijke status

Veelbelovend – experimenteel

Materialen/ contactpersoon

O.a. Alzheimer Nederland organiseert gespreksgroepen voor onder meer partners van jongdementerenden. Voor meer informatie: Alzheimer Nederland, Postbus 183, 3980 CD Bunnik, Tel (030) 659 69 00; Fax (030) 659 69 01. Of via www.alzheimer-nederland.nl; e-mail: info@alzheimer-nederland.nl

Interventies gericht op mantelzorgers van hulpbehoevende ouderen

PREVENTIEVE ONDERSTEUNING MANTELZORGERS (POM-METHODIEK)

Doelgroep

Mantelzorgers van ouderen die zijn ingeschreven of op een wachtlijst staan bij een instelling in de sectoren Verpleging&Verzorging, Thuiszorg en GGZ.

Doelstelling

- Het voorkomen / verminderen van overbelasting en verminderd welbevinden
- Het verbeteren van de kennis, attitude en vaardigheden van de mantelzorgers
- Mantelzorgers ondersteuning geven
- Verbeteren van samenwerking en communicatie tussen mantelzorgers en professionele hulpverlening

Methode / inhoud

De POM-methodiek bestaat uit drie elementen:

(1) Actieve opsporing vanuit de professionele hulpverlening: Aan de cliënt (aangemelde oudere) wordt toestemming gevraagd contact op te nemen met de mantelzorgers. Een POM-medewerker maakt een afspraak met de mantelzorgers.

(2) Het POM-gesprek. In 1 of 2 semi-gestructureerde gesprekken kijkt de POM-medewerker samen met de mantelzorgers naar de belasting van de mantelzorgers, knelpunten in het sociaal-maatschappelijk leven voortvloeiend uit de zorgsituatie, coping en motivatie.

(3) Het aanreiken van ondersteuningsmogelijkheden. Op basis van de inventarisatie van knelpunten en ondersteuningsbehoeften wordt samen met de mantelzorgers gekeken naar mogelijke oplossingen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de gemeentegids voor mantelzorgers. Ook als de mantelzorgers nog geen knelpunten ervaart, wordt de gids meegegeven. Mocht de mantelzorgers behoefte hebben aan langerdurende persoonlijke begeleiding, dan kan hij worden doorverwezen (bijvoorbeeld naar een Steunpunt Informele Zorg).

Frequentie en duur

Het POM-gesprek duurt gemiddeld 70 minuten

Uitvoerende organisatie

Instellingen voor ouderenzorg. POM is echter een vrij universele methodiek die volgens de bedenkers ervan ook in andere sectoren te gebruiken is (bijv. verslavingszorg). POM-medewerkers zijn bijvoorbeeld maatschappelijk werkers van verpleeg- en verzorgingshuizen of wijkverpleegkundigen van de thuiszorg. Zij hebben een training in de POM-methodiek gevolgd.

Wetenschappelijk status

Model of good practice

Materialen

- In een werkset met CD-rom wordt de POM-methodiek beschreven met theoretische onderbouwing, inclusief een handleiding voor het voeren van POM-gesprekken, werkmaterialen en training

ningen voor diverse doelgroepen. De werkset kan tegen kostprijs aangevraagd worden bij het secretariaat van de afdeling Preventie, Dienstverlening en OGGZ van Mediant GGZ te Hengelo, tel: (074) 256 02 40 of sec.pdo@mediant.nl

- Er zijn per gemeente gidsen voor mantelzorgers ontwikkeld. Een voorbeeldexemplaar zit in bovenbeschreven werkset.

Contactpersonen

Voor informatie over de methodiek: mw. B. Duzijn (bm.duzijn@mediant.nl) of mw. M. Veldhuis (hh.veldhuis@mediant.nl), Mediant GGZ Hengelo, tel: (074) 256 02 40.

Interventies gericht op mantelzorgers van hulpbehoevende ouderen

ONTMOETINGSCENTRA VOOR MENSEN MET DEMENTIE EN HUN MANTELZORGERS

Doelgroep

Mensen met een lichte tot matige vorm van dementie die thuiswonen en hun mantelzorgers

Doelstelling

- Het geven van informatie
- Het bieden van praktische, emotionele en sociale ondersteuning om de gevolgen van dementie het hoofd te bieden

Methode / inhoud

Aanbod voor mantelzorgers:

- Cyclus van 8 tot 10 informatiebijeenkomsten met als thema's: de diagnose dementie, onderscheid met normale vergeetachtigheid, verschillende vormen van dementie, medicijnen tegen dementie, veranderingen in gedrag en in de relatie, benaderingswijzen om daarmee om te gaan, gebruik psychofarmaca, voorzieningen en woonvormen, anticiperend rouwproces van de mantelzorger, juridische en ethische aspecten
- Gespreksgroepen, respijtzorg en praktische hulp bij het regelen van zorg thuis en, indien nodig, van verpleeghuisopname.

Aanbod voor mensen met dementie: gebruik van een dagsociëteit in de open inloop van het buurtcentrum, waar zij individueel of in groepsverband kunnen deelnemen aan allerlei (re)creatieve activiteiten (o.a. koffiedrinken, wandelen, zingen, schilderen, psychomotorische therapie).

Gemeenschappelijk aanbod: gebruik van een spreekuur, een centrumoverleg en gemeenschappelijke sociale activiteiten.

Frequentie en duur

- Informatieve bijeenkomsten voor mantelzorgers: doorgaans één keer per maand (cyclus van 8 tot 10 bijeenkomsten)
- Gespreksgroepen: frequentie varieert per regio; oorspronkelijke opzet is tweewekelijks
- Dagsociëteit: in de meeste centra drie dagen per week geopend
- Spreekuur: doorlopend of op vaste spreekuurtijden
- Centrumoverleg: varieert per regio; 2 tot 12 keer per jaar

Uitvoerende organisatie

De initiatiefnemer kan per regio variëren: stichting Welzijn, ouderenadviseurs, verpleeghuis, universiteit (in kader van zorgvernieuwing). Ook de organisaties die de financiële en personele verantwoordelijkheid dragen voor de ontmoetingscentra, verschillen per regio (bijvoorbeeld een combinatie van een stichting Welzijn en een verzorgingshuis). De begeleiding wordt geboden door één klein vast professioneel team, bestaande uit een programmacoördinator, een activiteitenbegeleider en/of een verzorgende. Zij worden bijgestaan door vrijwilligers. Het team onderhoudt intensieve contacten met de andere zorg- en welzijnsinstellingen in de regio voor de uitvoering van het ondersteuningsprogramma.

Wetenschappelijk status

Veelbelovend – experimenteel

Materialen

Titel Draaiboek ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers

Auteurs Van Ganzewinkel J en Dröes RM

Uitgave Amsterdam, 2003. ISBN 90-9016927-X NUGI 895

Besteladres Het draaiboek is direct verkrijgbaar bij de auteurs
dr. R.M. Dröes, afdeling Psychiatrie, VUmc, Valeriusplein 9, 1075 BG Amsterdam.
Tel. (020) 573 64 54. e-mail rm.droes.emgo@med.vu.nl

Interventies gericht op ouderen met een chronische ziekte

DE CURSUS VOOR CHRONISCH ZIEKEN. LEVEN MET EEN CHRONISCHE ZIEKTE.

Doelgroep

Mensen met een chronische ziekte.

Doelstelling

Het aanleren van vaardigheden die helpen bij het omgaan met de bronnen van stress die de chronische ziekte met zich meebrengt.

Methode / inhoud

Deze cursus is gebaseerd op de cursus 'Omgaan met depressie', toegespitst op de doelgroep chronisch zieken. Inhoud: leven met een chronische ziekte; uw stemming; ontspannen; uw mogelijkheden verkennen; uw mogelijkheden benutten; denkpatronen doorbreken; omgaan met onbegrip; hulp vragen en hulp krijgen; uw winst behouden.

Frequentie en duur

10 bijeenkomsten met één of twee terugkombijeenkomsten

Uitvoerende organisatie

GGZ-instellingen, thuiszorg, psychologische afdelingen van algemene ziekenhuizen

Wetenschappelijk status

Veelbelovend - experimenteel

Materialen

Titel Leven met een chronische ziekte (cursusboek)

Auteur Cuijpers P, van Osch B

Uitgave HB Uitgevers, 2004

Besteladres Te verkrijgen via de reguliere boekhandel of via HB Uitgevers, tel (035) 548 22 99 of via www.hbuitgevers.nl

Titel De cursus Leven met een chronische ziekte. Handreiking voor coördinatoren en begeleiders.

Auteurs Voordouw I, van Osch B, Terweij M

Uitgave Trimbos-instituut, verschijnt in de loop van 2005

Besteladres Het product kan in de loop van 2005 besteld worden bij het Trimbos-instituut. Afdeling bestellingen; postbus 725. 3500 AS Utrecht. tel. (030) 297 11 80. fax (030) 297 11 11. e-mail: bestel@trimbos.nl of via www.trimbos.nl (klik op producten).

interventies gericht op ouderen met een chronische ziekte

CURSUS 'MET MIJ GAAT HET GOED'

Doelgroep

Mensen van 25 tot 65 jaar met een lichamelijke chronische ziekte of functiebeperking

Doelstelling

- Meer grip krijgen op eigen leven ter voorkoming van psychische klachten en vereenzaming
- Beter kunnen omgaan met gevolgen van ziekte of aandoening
- Het verkrijgen van meer zelfvertrouwen
- Het vergroten van assertiviteit
- Het krijgen van levensvreugde en levensperspectieven

Methode / inhoud

De cursus is opgebouwd uit twee delen: een therapeutisch deel van 11 bijeenkomsten en een wijkgericht deel van één bijeenkomst. De methode bestaat uit een combinatie van drie elementen: de Grip training; lotgenotencontact en de attitude van de cursusleider. Thema's van de Grip training: Grip op het lichaam door middel van ontspanningsoefeningen en andere lichamelijke oefeningen; Het denken-voelen-doen mechanisme, waardoor men grip krijgt op denkwijze en negatieve overtuigingen; De vier stappen methode waarmee men grip op eigen gevoelens krijgt; Negatieve gedragspatronen worden negatief en nieuw gedrag wordt geoefend.

Frequentie en duur

Twaalf wekelijkse bijeenkomsten van 2,5 uur

Uitvoerende organisatie

Medewerkers van de thuiszorg, GGZ, AMW of GGD die ervaring hebben met het werken met groepen en inzicht hebben in de problematiek van chronisch zieken. De Stichting Beter Leven met Ziekte verzorgt in opdracht van derden (o.a. patiëntenorganisaties) trainingen.

Wetenschappelijk status

Veelbelovend - experimenteel

Materialen / contactpersoon

Voor het cursusmateriaal en een docententraining kunt u contact opnemen met:

mw. K. Karanika

Stichting Beter Leven met Ziekte

Soestdijkseweg-Zuid 266

3721 AK Bilthoven

tel. (030) 228 76 00

fax. (030) 228 49 82

e-mail: katerina@karanika.demon.nl

Interventies gericht op ouderen met een chronische ziekte

VOORBEELD BEWEGINGSINTERVENTIE: GALM/SCALA

Doelgroep

Sportief inactieve ouderen tussen de 55 en 65 jaar.

Doelstelling

Het stimuleren van sportief niet-actieve ouderen om sportief actief te worden én te blijven.

Methode / inhoud

De GALM methode wordt in de vorm van lokale projecten uitgevoerd en bestaat uit drie stappen: (1) het persoonlijk en huis aan huis benaderen van ouderen; (2) het aanbieden van een veelzijdig bewegingsprogramma (inclusief een fitheidstest bij aanvang en na afloop van het programma); (3) het stimuleren van gedragsbehoud. Hier ligt het accent op het plezier krijgen in bewegen. Na afloop van dit programma wordt de deelnemers aangeboden deel te nemen aan het bewegingsvervolg programma. Hier ligt het accent op het vergroten van de vaardigheden. Tot slot wordt er een tweede fittest gedaan en men kan de activiteiten continueren.

Frequentie en duur

Uitvoering van een lokaal GALM project duurt 18 maanden. In deze periode wordt een geïntegreerd geheel van 7 activiteiten uitgevoerd met als doel het stimuleren en begeleiden van ouderen om sportief actief te worden en te blijven. Voorwaarden worden geschapen zodat deelnemers hun sportief actieve leefstijl kunnen continueren.

Uitvoerende organisaties

Vanuit het landelijk GALM projectteam zijn 4 regiocoördinatoren actief. Zij ondersteunen en begeleiden provinciale GALM consultants. Daarnaast houden zij zich o.a. bezig met projectontwikkeling, scholingen, kwaliteitsbewaking. Een lokaal GALM project wordt regionaal ondersteund door de provinciale sportraad en/of consultants Meer Bewegen voor Ouderen. Op lokaal niveau wordt van gemeenten een organisatorische en financiële bijdrage gevraagd. Daarnaast worden instanties op het gebied van ouderen-, sport- en welzijns-organisaties en sportverenigingen betrokken bij het project. Op landelijk, regionaal en lokaal niveau wordt samengewerkt met de Koninklijke Nederlandse Gymnastiek Unie en de Nederlandse Sport Organisatie voor mensen met een beperking (NebasNsg).

Wetenschappelijk status

Veelbelovend – experimenteel

Materialen

Titel Groninger Actief Leven Model

Auteurs De Greef M, Stevens M, Bult P, Lemmink K, Rispen P

Uitgave Uitgeverij De Vrieseborch, 1999

Besteladres Uitgeverij De Vrieseborch, Postbus 5229, 2000 CE, Haarlem, tel (023) 532 56 20, fax (023) 532 81 20, e-mail: info@vrieseborch.nl, www.vrieseborch.nl

Contactpersoon

Meer informatie over GALM/SCALA is te vinden op www.galm.nl. Op deze site staan ook contactpersonen vermeld.

Interventies gericht op ouderen in instituties

PREVENTIE VAN DEPRESSIE IN VERZORGINGSHUIZEN

Uiteindelijke doelgroep

Bewoners van verzorgingshuizen met depressieve klachten.

Intermediaire doelgroep

Leidinggevenden in verzorgingshuizen, verzorgenden, overig personeel (huishoudelijk en keukenpersoneel, baliemedewerkers en technici) en familieleden van de bewoners met depressieve klachten.

Algemene doelstelling

Het voorkomen of verminderen van depressieve klachten van bewoners van verzorgingshuizen. Verder gaat het om de volgende einddoelen: tevredenheid met de verzorging of het verzorgingshuis, bevordering van de kwaliteit van leven van de bewoners, bevorderen van de sociale steun, vermindering van de zorgconsumptie en het medicijngebruik.

Projectdoelstellingen

- De nieuwe bewoners van verzorgingshuizen hebben een bevredigender sociaal netwerk, meer sociale vaardigheden en een grotere zelfwaardering.
- De leidinggevenden verbeteren de randvoorwaarden om zo de zorgverlening aan depressieve ouderen te verbeteren.
- De verzorgenden, het overige personeel en de familieleden zijn beter in staat depressieve klachten bij bewoners vroegtijdig te signaleren.

Methode / inhoud

Bijeenkomsten met leidinggevenden: leidinggevenden worden zich bewust van hun manier van werken en de consequenties hiervan voor (depressieve) bewoners. Zij verbeteren daarop de randvoorwaarden ten behoeve van de zorgverlening aan depressieve ouderen. Middelen hiertoe: het organiseren van activiteiten en verbetering van het personeelsbeleid.

De cursus voor de verzorgenden: vroegtijdige onderkenning van depressieve klachten bij bewoners en een adequate begeleiding van depressieve bewoners. Aan de orde komen: theorie over depressie; kenmerken en symptomen van depressieve klachten bij ouderen; inventariseren van risicofactoren en beschermende factoren; observatie en interpretatie; de houding ten opzichte van depressieve bewoners; omgaan met gevoelens van machteloosheid; contact leggen met depressieve bewoners; interview aan de hand van een casus; wanneer moet de hulpverlening (GGZ enz.) worden ingeschakeld? In de bijeenkomsten voor het overig personeel en voor de familieleden worden in hoofdzaak dezelfde thema's behandeld, zij het alleen de grote lijnen.

Bijeenkomsten met nieuwe bewoners of bewoners die minder dan één jaar leven in het verzorgingshuis: afscheid nemen van het oude huis. Het wennen in de nieuwe omgeving.

Het doel van de interventie: bevordering van onderling contact en steun en het probleemoplossend vermogen (copingvaardigheden) van de bewoners. Met het oog hierop worden een aantal lastige situaties besproken of nagespeeld.

Frequentie en duur

Drie bijeenkomsten voor de leidinggevendenden van elk 2,5 uur; een cursus bestaande uit vier bijeenkomsten van elk 2,5 uur voor de verzorgenden; een bijeenkomst voor het overig personeel van 2,5 uur; 6 bijeenkomsten + follow-up voor nieuwe bewoners, een bijeenkomst met de familieleden. De bijeenkomsten vinden alle binnen 12 maanden plaats.

Uitvoerende organisatie / begeleider

De cursusbegeleiders zijn: 1 preventiewerker en 1 medewerker van de afdeling Ouderen van een GGZ-instelling. Laatstgenoemde is sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en bij voorkeur ook de contactpersoon van het verzorgingshuis.

Wetenschappelijk status

Veelbelovend-experimenteel

Materialen

Titel Preventie van depressie in verzorgingshuizen. De draaiboeken.

Auteurs van Mierlo F (redactie), van Enk A, Hoevenaars A, Huibers K, Linssen G en Frank L

Uitgave Trimbos-instituut, 2001

Besteladres Trimbos-instituut. Afdeling bestellingen; postbus 725. 3500 AS Utrecht.
tel. (030) 297 11 80. fax (030) 297 11 11. e-mail: bestel@trimbos.nl of via
www.trimbos.nl (klik op producten), onder vermelding van artikelnummer AF0375

Interventies gericht op ouderen in instituties

PREVENTIEPROJECT VROEGSIGNALERING

Uiteindelijke doelgroep

Bewoners van verzorgingshuizen.

Intermediaire doelgroep

Zorgmanagers, verzorgenden, verpleegkundigen, activiteitenbegeleiders en preventiewerkers van GGZ-instellingen die te maken hebben met zorg aan bewoners met psychosociale en psychische problematiek in verzorgingshuizen.

Doelstelling

Het in een zo vroeg mogelijk stadium herkennen van psychische problemen bij bewoners van verzorgingshuizen, zodat tijdige en adequate zorg, begeleiding en/of behandeling mogelijk wordt.

Methode / inhoud

Het project Vroegsignalering werkt met gerichte gedragsobservatie en registratie van mogelijke problemen bij bewoners. Kenmerkend voor de methode is dat het verzorgend personeel getraind wordt om in tweetallen bewoners te observeren en samen de Vroegsignaleringslijst (VSGO-GIP) in te vullen. Alle bewoners worden op deze wijze in korte tijd gescreend en via geautomatiseerde verwerking verschijnen de scores. De verhoogde scores op de gedragschalen van de VSGO-GIP worden besproken in een signaleringsgesprek tussen verzorgenden, de zorgmanager en een GGZ-professional. Na het formuleren van een gezamenlijke conclusie wordt, in nauw overleg met de bewoner en/of familie, bekeken welke actie nodig is. Dit kan variëren van extra zorg, begeleiding of onderzoek door bijvoorbeeld verzorgenden, huisarts, maatschappelijk werk. Indien nodig volgt verwijzing naar een GGZ-instelling. Het verzorgingshuis voegt de scores toe aan het dossier van de bewoner en verwerkt deze in de zorgplanning.

Frequentie en duur

De cursus voor verzorgenden omvat twee bijeenkomsten. De training wordt gegeven bij de start van het project en wordt herhaald als dat wenselijk lijkt. De screening van alle bewoners vindt doorgaans tweemaal per jaar plaats.

Uitvoerende organisatie / begeleider

Er wordt per verzorgingshuis een vaste hulpverlener aangesteld voor het Vroegsignaleringsproject. Deze geeft de trainingen, voert de signaleringsgesprekken en onderhoudt in het vervolgtraject alle contacten met het huis en maakt een jaarplanning voor de screening. Het verzorgend personeel voert in tweetallen de observaties uit en vult de VSGO-GIP in.

Wetenschappelijk status

Bewezen-effectief (voor wat betreft de afname van depressieve klachten)

Materialen

Het VSGO-GIP pakket omvat de volgende onderdelen voor een projectmatige opzet van vroegsignalering:

- Een CD-ROM met de vragenlijsten vroegsignalering die de verzorgenden invullen bij de observaties en het softwareprogramma waarmee de vragenlijsten centraal verwerkt kunnen worden. De CD-ROM wordt geleverd met een handleiding ('Vroeg gezien, goed gezien') voor de implementatie van het project Vroegsignalering in verzorgingshuizen (ISBN 90 313 3423 5)
- Cursusmateriaal voor een cursus 'Leren Vroegsignaleren', bestaande uit:
 - een docentenhandleiding 'Leren Vroegsignaleren' (ISBN 90 313 3963 6)
 - een cursusboek voor verzorgenden (ISBN 90 313 3965 2)
 - een videoband 'Gedragsproblemen bij ouderen' (ISBN 90 313 3964 4).

Bestelling van de materialen kan via de klantenservice van Bohn Stafleu Van Loghum, tel.: (030) 638 37 36, fax (030) 638 39 99, of via www.vsgo.bsl.nl

Interventies gericht op eenzaamheid

VOORBEELD HUISBEZOEK: ACTIVEREND HUISBEZOEK

Doelgroep

Ouderen vanaf ongeveer 55 jaar die het tijdelijk niet alleen redden vanwege opstapelende problemen (bijvoorbeeld gezondheidsproblemen, overlijden van een dierbare, verlies van maatschappelijke rollen, afbrokkelend sociaal netwerk, praktische problemen met geld en huisvesting)

Doelstelling

- Het bieden van praktische hulp
- Het bieden van sociaal-emotionele steun
- Activering tot sociale en/of maatschappelijke participatie

Methode / inhoud

De activeringsmethode bestaat uit drie stappen:

- (1) Situatieverheldering: in deze fase wordt een vertrouwensband opgebouwd en wordt de situatie van de oudere verkend en geanalyseerd
- (2) Perspectiefontwikkeling: de oudere en de vrijwilliger verkennen samen nieuwe mogelijkheden, en de vrijwilliger motiveert de oudere tot verandering. Ook worden in deze fase doelen gesteld
- (3) Actieondersteuning: de doelen worden omgezet in gerichte acties, waarbij de vrijwilliger vooral begeleider is. Als de oudere weer verder kan, wordt de relatie opgebouwd.

Frequentie en duur

Als de oudere weer het gevoel heeft greep op zijn leven te hebben, wordt het bezoekwerk afgerond. In de meeste projecten wordt uitgegaan van een maximale bezoekperiode van een jaar.

Uitvoerende organisatie

Activerend huisbezoek wordt uitgevoerd door vrijwilligers die een training in de methode hebben gekregen. Activerend huisbezoek wordt georganiseerd door welzijnsinstellingen, GGZ-instellingen en ouderenorganisaties.

Wetenschappelijk status

Veelbelovend-experimenteel

Materialen

Titel 't Heft in handen. Praktijkboek activerend huisbezoek bij ouderen.

Auteurs Ter Steege G en Penninx K

Uitgave NIZW, 2000 (tweede druk)

Besteladres Het praktijkboek is momenteel uitverkocht. Een pdf-file van het praktijkboek verschijnt begin 2005 op www.nizw.nl (onder voorbehoud)

Interventies gericht op eenzaamheid

VOORBEELD CURSUS: VRIENDSCHAPSCURSUS VOOR OUDERE VROUWEN

Doelgroep

Vrouwen van 55 jaar en ouder

Doelstelling

- Ondersteunen van vrouwen die hun vriendschappen willen uitbreiden of de kwaliteit van vriendschappen willen verbeteren
- Voorkomen / verminderen van eenzaamheid

Methode / inhoud

Per bijeenkomst wordt een ander thema dat voor vriendschap belangrijk is, behandeld. Voorbeelden van thema's: beeldvorming rondom vriendschap, vriendschap in het verleden, zelfwaardering, het huidige netwerk van relaties, nieuwe contacten maken, grenzen en conflicten in vriendschap en verdieping van contacten.

Frequentie en duur

12 wekelijkse groepsbijeenkomsten en een terugkombijeenkomst na 6 maanden

Uitvoerende organisatie

Stichtingen Welzijn Ouderen, vrouwenorganisaties en GGZ-instellingen

Wetenschappelijk status

Veelbelovend-experimenteel

Materialen

Titel Vriendschapscursus voor oudere vrouwen

Auteurs Stevens N

Uitgave Katholieke Universiteit Nijmegen, 1995

Besteladres Het draaiboek kan besteld worden via het secretariaat van het Centrum voor Psychogerontologie, Radboud Universiteit Nijmegen, mw. M. van Mierlo, tel. (024) 361 2693, e-mail: M.vanMierlo@psych.ru.nl.

Innovatieve interventies

50PLUSNET.NL; EEN INTERNETCOMMUNITY ALS SOCIAAL VANGNET VOOR OUDEREN

Doelgroep

Ouderen van 50 jaar en ouder

Doelstelling

- Het sociale netwerk van ouderen op peil te houden of aan te vullen
- Voorkomen dat ouderen in een isolement terechtkomen
- Ouderen uit hun isolement halen
- Ouderen stimuleren en motiveren tot (fysieke) activiteiten
- Bevorderen van participatie, zelfredzaamheid en psychisch welbevinden van ouderen

Methode / inhoud

De internetcommunity is een virtuele plek op het Internet waar ouderen elkaar ontmoeten. De community matcht deelnemers op activiteit en biedt de mogelijkheid te mailen, te chatten en clubs op te richten. Rond welke thema's mailgroepen worden opgezet is afhankelijk van de behoefte die ouderen zelf aangeven, bijvoorbeeld een hobby delen en omgaan met verlies.

Deelnemers worden gestimuleerd elkaar online te ontmoeten om vervolgens offline activiteiten te ondernemen.

Uitvoerende organisatie

Het 50plusnet is ontwikkeld door het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) en wordt in nauwe samenwerking met SeniorWeb uitgevoerd. Met lokale organisaties wordt samengewerkt om de lokale inbedding te realiseren. Door aansluiting bij het 50plusnet kunnen lokale instellingen de interactieve mogelijkheden van hun website uitbreiden en men kan via 50plusnet de eigen lokale activiteiten onder de aandacht brengen. Deelnemers die in het betreffende postcodegebied wonen krijgen automatisch een overzicht van het lokale aanbod.

De internetcommunity is in het voorjaar van 2004 op www.50plusnet.nl en www.seniorweb.nl gelanceerd; naar verwachting zal de database eind 2006 circa 100.000 profielen van ouderen bevatten.

Wetenschappelijk status

Innovatieve interventie

Contactpersoon

mw. B. Spruit

Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ)

Postbus 500

3440 AM Woerden

tel. (0348) 43 98 42

fax (0348) 43 76 66

e-mail: bspruit@nigz.nl

Innovatieve interventies

CURSUS 'HET VERHAAL VAN JE LEVEN'

Doelgroep

Ouderen van 55 jaar en ouder die meer greep op hun leven willen krijgen

Doelstelling

Versterken van interne locus of control; versterken van eigen competentiegevoel; versterken van eigenwaarde; versterken van zingeving; verzoening met levensloop; verwerken van verlieservaringen; vinden van nieuw perspectief op de toekomst

Methode / inhoud

Het eigen levensverhaal vormt het uitgangspunt. Aan de hand van vragen over verschillende perioden en thema's in hun leven evalueren de deelnemers het eigen leven. De cursus bevat de volgende werkzame ingrediënten: vaardigheid en training; bewustwording, betekenis en doorbreken eenzijdigheid en negatieve stijl; aanwezigheid van vertrouwensrelatie; vertellen en ordening. Thema's: de jeugd; werk en zorg; stress-ervaringen; sociale relaties (liefde en haat); hoofdstukken in je levensverhaal; betekenis – ontwikkeling – metafoor; betekenis.

Frequentie en duur

7 bijeenkomsten van 1,5 uur en een follow-up na 6 weken

Uitvoerende organisatie / begeleider

De begeleiders zijn GGZ-medewerkers die werken met ouderen

Wetenschappelijk status

Innovatieve interventie; pilostudie in uitvoering; resultaten worden verwacht in 2005

Materialen

De materialen voor de cursus zullen naar verwachting in 2005 beschikbaar komen. Raadpleeg www.trimbos.nl (klik op producten) voor informatie over producten of neem contact op met onderstaande persoon.

Contactpersoon

dhr. E. Bohlmeijer
Trimbos-instituut
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T (030) 297 11 00
F (030) 297 11 11
ebohlmeijer@trimbos.nl

Geïndiceerde en zorggerichte preventie

VOORBEELD VOORLICHTINGSPROGRAMMA: ACHTER EEN LACHEND GEZICHT

Doelgroep

Ouderen met depressieve klachten en hun partners/familieleden

Doelstelling

Het geven van informatie over depressie (verbeteren kennis)

Verbeteren van de signalering van depressies bij ouderen

Stimuleren van het hulpzoekgedrag

Beter leren omgaan met de depressie door ouderen zelf en de direct betrokkenen

Inhoud

Tijdens een bijeenkomst wordt informatie gegeven over depressie. Onderwerpen: wat is een depressie, herkennen van een depressie, oorzaken, behandeling, omgaan met depressieve ouderen, aanbod in de regio. De theorie wordt geïllustreerd met de video Achter een lachend gezicht, waarna er ruimte is voor vragen. Na afloop wordt de mogelijkheid geboden om direct met een hulpverlener van de GGZ te praten.

Frequentie en duur

Enmalige bijeenkomst van ongeveer 2 uur

Uitvoerende organisatie

GGZ-instellingen in samenwerking met o.a. huisartsen en ouderenwerk

Wetenschappelijk status

Model of good practice

Materialen

Titel Draaiboek voor de publieksvoorlichting. Achter een lachend gezicht. Depressie bij ouderen

Auteurs O. van der Veen en I. Kersten

Uitgave Riagg Zuidhage (thans Parnassia), 1996

Besteladres Het draaiboek is uitverkocht en kan geleend worden bij de bibliotheek van het Trimbos-instituut, Da Costakade 45, Utrecht. Tel. (030) 297 11 22. e-mail: biblio@trimbos.nl

Het draaiboek wordt gebruikt in combinatie met de volgende materialen:

Titel Brochure Achter een lachend gezicht. Depressie bij ouderen

Uitgave Parnassia psycho-medisch centrum, 1999

Besteladres Trimbos-instituut. Afdeling bestellingen; postbus 725. 3500 AS Utrecht. tel. (030) 297 11 80. fax (030) 297 11 11. e-mail: bestel@trimbos.nl of via www.trimbos.nl (klik op producten), onder vermelding van artikelnummer AF0251

Titel Voorlichtingsvideo Achter een lachend gezicht. Depressie bij ouderen
Uitgave Riagg's te Den Haag (thans Parnassia)
Besteladres Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (VGG), Tenderstraat 14,
9000 Gent, België. Contactpersoon is mw. K. Vercauteren, tel (00-32) 92 21 44 34.
e-mail: info@vvgg.be. Website: www.vvgg.be. De video is ook te huur.

CURSUS IN DE PUT, UIT DE PUT 55+

Doelgroep

55+ ers die somber zijn/depressieve klachten hebben.

Doelstelling

Vergroting van inzicht in depressieve klachten; het aanleren van vaardigheden om de neerwaarts gerichte spiraal van depressiviteit te doorbreken of te voorkomen.

Methode / inhoud

Het in cursusvorm toepassen van cognitieve gedragstherapie bij de preventie van depressieve klachten. De cursusbegeleider stelt zich niet op als therapeut maar als docent die de cursisten vaardigheden aanleert. Na elke bijeenkomst wordt huiswerk meegegeven.

Thema's: Depressiviteit; Spanning en ontspanning; Plezierige activiteiten en uw stemming; Meer plezierige activiteiten; Denken en uw stemming; Denkpatronen doorbreken; Positief denken; Asseriviteit; Uw winst behouden.

Frequentie en duur van de interventie

Tien bijeenkomsten. Na afloop een terugkombijeenkomst

Uitvoerende organisatie

GGZ-instellingen in samenwerking met o.a. Algemeen Maatschappelijk Werk en Stichtingen Welzijn Ouderen

Wetenschappelijk status

Bewezen effectief

Materialen

Titel In de put, uit de put. Zelf depressiviteit overwinnen. Cursus 55+,

Auteur Cuijpers P

Uitgave HB Uitgevers/Trimbos-instituut, 2000

Besteladres Te verkrijgen via de reguliere boekhandel of via HB Uitgevers, tel (035) 548 22 99 of via www.hbuitgevers.nl

Titel In de put, uit de put. Zelf depressiviteit overwinnen. Een handreiking voor coördinatoren en begeleiders van de cursus voor volwassenen en 55+.

Auteurs Voordouw I, Kramer J en Cuijpers P

Uitgave Trimbos-instituut, 2002

Besteladres Trimbos-instituut. Afdeling bestellingen; postbus 725. 3500 AS Utrecht. tel. (030) 297 11 80. fax (030) 297 11 11. e-mail: bestel@trimbos.nl of via www.trimbos.nl (klik op producten), onder vermelding van artikelnummer AF0431

Handreiking voor aanbod in bibliotherapie-vorm:

Titel Bibliotherapie bij depressieve klachten. Gebaseerd op de cursus Omgaan met depressie. Een handreiking voor begeleiders.

Auteurs Willemse G, Voordouw I, Cuijpers P
Uitgave Trimbos-instituut, 2004
Besteladres Trimbos-instituut. Afdeling bestellingen; postbus 725. 3500 AS Utrecht.
tel. (030) 297 11 80. fax (030) 297 11 11. e-mail: bestel@trimbos.nl of via
www.trimbos.nl (klik op producten), onder vermelding van artikelnummer AF0537

LICHTE DAGEN, DONKERE DAGEN.

CURSUS VOOR TURKEN EN MAROKKANEN MET DEPRESSIEVE KLACHTEN

Doelgroep

Turkse mannen en vrouwen, Marokkaanse mannen en vrouwen.

Doelstelling

Vergroting van inzicht in depressieve klachten; het aanleren van vaardigheden om de neerwaarts gerichte spiraal van depressiviteit te doorbreken of te voorkomen.

Methode / inhoud

Het in cursusvorm toepassen van cognitieve gedragstherapie bij de preventie van depressieve klachten. De cursusbegeleider stelt zich niet op als therapeut maar als docent die de cursisten vaardigheden aanleert. Na elke bijeenkomst wordt huiswerk meegegeven.

Thema's: kennismaking; depressie van alle kanten bekeken; stress en pijn en de relatie met depressieve klachten; ontspanningsoefeningen; relatie tussen lichaam en geest; basiselementen voor een gezond leven; gezond omgaan met het lichaam; goed omgaan met de tijd; plannen van dagelijkse activiteiten; plannen van plezierige activiteiten; negatieve gedachten; realistisch en positief denken; omgaan met andere mensen (assertiviteit); tevreden zijn over je zelf; winst behouden; evaluatie.

Frequentie en duur

Dertien bijeenkomsten. ± 2 uur per bijeenkomst. Een à twee maanden na de cursus is er een terugkombijeenkomst.

Uitvoerende organisatie / begeleider

Er zijn twee cursusbegeleiders, te weten preventiewerkers en hulpverleners in de GGZ. De vrouwen-groepen dienen bij voorkeur door vrouwen begeleid te worden; de mannengroepen bij voorkeur door mannen. De cursusbegeleiders dienen zoveel mogelijk de moedertaal van de cursisten te spreken. Als dit niet het geval is, moet een tolk worden ingeschakeld.

Locatie: wijkhuizen, vrouwencentra of in gebouw van GGZ-instelling.

Wetenschappelijk status

Veelbelovend-experimenteel

Materialen

Het pakket bestaat uit:

1. Lichte dagen, donkere dagen. Cursus voor Turken en Marokkanen met depressieve klachten. Handreiking voor cursuscoördinatoren en begeleiders. Can M en Voordouw I.
2. Tweektalig cursusmateriaal voor de deelnemers: Turks/Nederlands en Arabisch/Nederlands. Het cursusmateriaal wordt als kopieerset ter beschikking gesteld, zodat uitvoerende organisaties zelf de cursusmappen kunnen maken.
3. Cassettebandjes met ontspanningsoefeningen. Er zijn drie verschillende bandjes: Turks/Nederlands, Marokkaans/Nederlands en Berber/Nederlands.

Uitgave

Trimbos-instituut, 2003

Besteladres Trimbos-instituut. Afdeling bestellingen; postbus 725. 3500 AS Utrecht.
tel. (030) 297 11 80. fax (030) 297 11 11. e-mail: bestel@trimbos.nl of via
www.trimbos.nl (klik op producten).

1. Handreiking: onder vermelding van artikelnummer AF0449.
2. cursusmateriaal Turk-Nederlandse versie: AF0451
3. cursusmateriaal Arabisch-Nederlandse versie: AF0450

Cassettebandjes en ontspanningsoefeningen: te bestellen bij: RCS, cassette en CD
producties. Wilnis. tel. 0297-27273.

KLEUR JE LEVEN

Doelgroep

50 plussers met depressieve klachten.

Doelstelling

Het verminderen van depressieve klachten door het leren van vaardigheden.

Methodel inhoud

www.kleurjeleven.nl is een cursus met cognitief gedragstherapeutische uitgangspunten waarmee iemand zelfstandig via internet aan de slag gaat. De cursus bevat informatie en (interactieve) oefeningen en wordt ondersteund met audio (de zogenaamde 'voice over') en videofragmenten. Via een forum kunnen deelnemers ervaringen uitwisselen.

De cursus is gebaseerd op de gedachte dat denken, doen en voelen elkaar beïnvloeden. De cursisten leren dan ze hun stemming kunnen beïnvloeden door het toepassen van vaardigheden. In de cursus wordt ingegaan op de volgende vaardigheden: het ondernemen van plezierige activiteiten, het aanpakken van niet-helpende gedachten, ontspanning, sociale contacten, het omgaan met piekeren en assertiviteit.

Frequentie en duur

De cursus bestaat uit 8 lessen en een terugkomles na 12 weken van ongeveer 30 minuten. De cursisten wordt aangeraden om wekelijks één les te volgen.

Uitvoerende organisatie

De cursus is ontwikkeld door het Trimbos-instituut. Het effectonderzoek (dat loopt tot 2007) wordt uitgevoerd door de Universiteit van Tilburg in samenwerking met Diagnostisch Centrum Eindhoven.

Wetenschappelijk status

Innovatieve interventie; een gecontroleerd effectonderzoek is in uitvoering en de proefimplementatie is in voorbereiding. Resultaten van het effectonderzoek worden verwacht in 2007.

Materialen

Het programma www.kleurjeleven.nl is momenteel nog niet beschikbaar voor externen.

Contactpersonen

Mw. H. Ripper en mw. J. Kramer, Trimbos-instituut, postbus 725, 3500 AS Utrecht, tel. (030) 297 11 00, hriper@trimbos.nl of jkramer@trimbos.nl

CURSUS OP ZOEK NAAR ZIN

Doelgroep

Mensen vanaf 55 jaar met lichte of matige depressieve klachten en die thuiswonend zijn, lijden onder verlieservaringen, dreigen in isolement te raken en bezig zijn met zingevingsvragen

Projectdoelstellingen

In het algemeen: De cursus helpt om zin terug te krijgen en de negatieve spiraal van depressiviteit te doorbreken.

Specifiek: eigen bronnen van kracht opsporen; een hernieuwd perspectief op de toekomst ontwikkelen; identiteitsversterking en -bevestiging; versterken van communicatieve vaardigheden; ontdekken en ontplooiën van eigen creatieve mogelijkheden; zingevende activiteiten ontdekken; meer zin en betekenis van het eigen leven ervaren; bevordering van het zelfvertrouwen; activering; zin en nieuwsgierigheid weer opwekken; stimulering van waarneming/zintuigen.

Methode / inhoud

De cursisten gaan op zoek naar stukjes van de legpuzzel van hun leven. Zij halen jeugdherinneringen op, vertellen over huizen waarin zij gewoond hebben, over de geuren van vroeger, schrijven kleine fragmenten aan de hand van foto's, herinneren zich belangrijke vriendschappen, denken na over de zin van het leven dat voorbij is en nog gaat komen.

Werkvormen: tekenen; muziek afspelen van Cd's en cassettebandjes; verzamelen van foto's; voorwerpen verzamelen die te maken hebben met zingeving; boeken bestuderen.

Thema's: je voornaam; je allereerste herinnering of een hele vroege herinnering; huizen waarin je woonde; normen en waarden bij je opvoeding; handen aanpakken: je beroepsleven; oude foto's; vriendschappen; een overzicht van de eigen levensloop, men benoemt de positieve keerpunten en geeft belangrijke beslissingen en ervaringen aan; hoe wil je ouder worden? zoeken naar zin en betekenis in je leven; verlangen: waar heb je zin in? zelfportret; wie ben ik?

Frequentie en duur van de interventie

12 bijeenkomsten van 2-2,5 uur.

Uitvoerende organisatie / begeleider

De begeleiders zijn GGZ-medewerkers die werken met ouderen met depressieve klachten

Wetenschappelijke status

Veelbelovend-experimenteel

Materialen

Titel Op zoek naar zin. Een cursus rond het eigen levensverhaal voor ouderen met depressieve klachten. Begeleidersmap.

Auteurs Franssen J en Bohlmeijer E

Uitgave Trimbos-instituut, 2003

Besteladres Trimbos-instituut. Afdeling bestellingen; postbus 725. 3500 AS Utrecht. tel. (030) 297 11 80. fax (030) 297 11 11. e-mail: bestel@trimbos.nl of via www.trimbos.nl (klik op producten), onder vermelding van artikelnummer AF0495
De map voor cursisten (2003) is te bestellen o.v.v. artikelnummer AF 0496

VOORBEELD PAKKET DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING VOOR DE THUISZORG: ACHTER EEN LACHEND GEZICHT

Doelgroep

Uitvoerende medewerkers en zorgmanagers van de thuiszorg.

Doelstelling (uitvoerenden)

Na afloop van de cursus heeft de cursist: basiskennis over depressie bij ouderen en de behandelingsmogelijkheden; inzicht in de centrale principes in de omgang met depressieve ouderen en direct betrokkenen. Tevens kan de cursist gebruik maken van de signaleringslijst 'het opsporen van problemen bij oudere cliënten' en is in staat depressieve ouderen te stimuleren verdere hulp te zoeken.

Doelstelling (zorgmanagers)

Na afloop van de cursus heeft de cursist: basiskennis over depressie bij ouderen en de behandelingsmogelijkheden; besef van de invloed die de uitvoerende persoon heeft op de signalen die bij de zorgmanager terechtkomen; inzicht in de centrale principes in de omgang met depressieve ouderen en direct betrokkenen. Tevens kan de cursist de signaleringslijst 'het opsporen van problemen bij oudere cliënten' introduceren bij uitvoerenden en is in staat depressieve ouderen te stimuleren verdere hulp te zoeken.

Methode / inhoud

Het draaiboek beschrijft de organisatie en inhoud van een cursus voor uitvoerende medewerkers, en een variant van deze cursus voor zorgmanagers. Onderwerpen van de cursus: 1) basiskennis over depressie bij ouderen; 2) signaleren van depressies bij ouderen, onderscheid met dementie en normale rouwreacties en eenzaamheid, omgaan met depressieve ouderen; 3) oefenen in rollenspelen of casuïstiekbespreking, mogelijkheden en grenzen van de thuiszorg, behandelings- en verwijsmogelijkheden.

Frequentie en duur

De cursussen voor uitvoerende medewerkers en voor zorgmanagers omvatten elk 3 dagdelen van 2,5 uur, om de 2 weken.

Uitvoerende organisatie / begeleider

De cursussen worden bij voorkeur gegeven door een preventiewerker en een hulpverlener van de GGZ

Wetenschappelijk status

Model of good practice

Materialen

Titel Draaiboek cursussen thuiszorg voor uitvoerenden en zorgmanagers. Depressie bij ouderen: signaleren en begeleiden.

Auteurs Boland G, Theunissen I, Kersten I

Uitgave Riagg's te Den Haag (thans Parnassia), 1996

Besteladres Het draaiboek is uitverkocht en kan geleend worden bij de bibliotheek van het Trimbos-instituut, Da Costakade 45, Utrecht. Tel. (030) 297 11 22. E-mail: biblio@trimbos.nl

Bijlage 2. Twee voorbeelden van een veelgebruikte screeningsinstrumenten voor depressie bij ouderen

VOORBEELD 1. DE CES-D (CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL STUDIES – DEPRESSION SCALE; BOUMA ET AL., 1995)

Omcirkel achter elke uitspraak het cijfer dat het beste uw gevoel of gedrag van de afgelopen week weergeeft.

Tijdens de afgelopen week:	Zelden of nooit (minder dan 1 dag)	Soms of weinig (1-2 dagen)	Regelmatig (3-4 dagen)	Meestal of altijd (5-7 dagen)
1. Stoorde ik me aan dingen, die me gewoonlijk niet storen				
2. Had ik geen zin in eten, was mijn eetlust slecht.				
3. Bleef ik maar in de put zitten, zelfs als familie of vrienden probeerden me er uit te halen.				
4. Voelde ik me even veel waard als ieder ander.				
5. Had ik moeite mijn gedachten bij mijn bezigheden te houden.				
6. Voelde ik me gedeprimeerd.				
7. Had ik het gevoel dat alles wat ik deed me moeite kostte.				
8. Had ik goede hoop voor de toekomst.				
9. Vond ik mijn leven een mislukking.				
10. Voelde ik me bang.				
11. Sliep ik onrustig.				
12. Was ik gelukkig.				
13. Praatte ik minder dan gewoonlijk.				
14. Voelde ik me eenzaam.				
15. Waren de mensen onaardig.				
16. Had ik plezier in het leven.				
17. Had ik huilbuien.				
18. Was ik treurig.				
19. Had ik het gevoel dat mensen me niet aardig vonden.				
20. Kon ik maar niet op gang komen.				

VOORBEELD 2. DE GDS (GERIATRIC DEPRESSION SCALE)

Vertaling J.A.C. Bleeker, M.L. Frohn-de Winter, E. Cornelissen (1985).

Naam:

Geboortedatum:

Datum onderzoek:

Instructie

Deze vragenlijst bestaat uit vragen waarop u met 'ja' of 'nee' kunt antwoorden. Het is de bedoeling dat u de vragen leest en bedenkt welk antwoord u hierop geeft. U geeft het antwoord dat het best weergeeft hoe u zich de afgelopen week, met vandaag erbij gevoeld heeft. Om het door u gekozen antwoord zet u dan een cirkel.

Voorbeeld: vind u het mooi weer vandaag?

Ja

Neen

In dit voorbeeld vindt diegene die de vraag beantwoordt dat het mooi weer is.

Het is belangrijk dat u alle 30 vragen beantwoordt

1. Bent u innerlijk tevreden met uw leven?	Ja	Neen
2. Bent u met veel activiteiten en interesses opgehouden?	Ja	Neen
3. Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is?	Ja	Neen
4. Verveelt u zich vaak?	Ja	Neen
5. Hebt u hoop op de toekomst?	Ja	Neen
6. Piekert u over dingen die u niet uit uw hoofd kunt zetten?	Ja	Neen
7. Hebt u meestal een goed humeur?	Ja	Neen
8. Bent u bang dat u iets naars zal overkomen?	Ja	Neen
9. Voelt u zich meestal wel gelukkig?	Ja	Neen
10. Voelt u zich vaak hopeloos?	Ja	Neen
11. Bent u vaak rusteloos of zenuwachtig?	Ja	Neen
12. Blijft u liever thuis dan uit te gaan en nieuwe dingen te doen?	Ja	Neen
13. Piekert u vaak over de toekomst?	Ja	Neen
14. Hebt u het gevoel dat u meer moeite heeft met het geheugen dan anderen?	Ja	Neen
15. Vindt u het fijn om te leven?	Ja	Neen
16. Voelt u zich vaak down en in de put?	Ja	Neen
17. Voelt u zich nogal waardeloos op het ogenblik?	Ja	Neen
18. Piekert u veel over het verleden?	Ja	Neen
19. Vindt u het leven opwindend?	Ja	Neen
20. Is het voor u moeilijk om met nieuwe dingen te beginnen?	Ja	Neen
21. Voelt u zich energiek?	Ja	Neen
22. Hebt u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?	Ja	Neen
23. Denkt u dat de meeste mensen het beter hebben dan u?	Ja	Neen

24. Windt u zich vaak op over kleinigheden?	Ja	Neen
25. Hebt u vaak het gevoel dat u zou willen huilen?	Ja	Neen
26. Kost het u moeite om ergens uw aandacht bij te houden?	Ja	Neen
27. Staat u 's ochtends met plezier op?	Ja	Neen
28. Geeft u er de voorkeur aan gezelschap te vermijden?	Ja	Neen
29. Is het gemakkelijk voor u om beslissingen te nemen?	Ja	Neen
30. Voelt u zich even helder als gewoonlijk?	Ja	Neen



