

MEMO



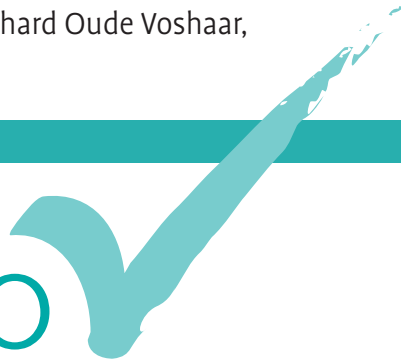
Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen

Resultaten Meetronde 2



Marjolein Veerbeek, Richard Oude Voshaar,
Anne Margriet Pot

MEMO



Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen

Resultaten Meetronde 2

Colofon

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Projectgroep

Drs. Marjolein Veerbeek

Drs. Iris van Asch

Prof. dr. Richard Oude Voshaar

Prof. dr. Anne Margriet Pot

Begeleidingscommissie

Dr. Ton Dhondt, ouderenpsychiater, directeur divisie Ouderenpsychiatrie (GGZ Noord-Holland Noord)

Drs. Noud Engelen, klinisch psycholoog, directeur divisie Ouderen (Mondriaan Zorggroep)

Dick van Etten, GGZ-verpleegkundig specialist (Centrum Maliebaan)

Drs. Jan de Keijzer, sociaal geriater, directeur behandelmogelijkheden Dignis (Lentis)

Drs. Rosalien Wiltink, klinisch psycholoog en psychotherapeut, programmaleider Ouderenpsychiatrie (GGZ Eindhoven)

Dr. Suzan Oudejans, senior onderzoekspsycholoog (Arkin)

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1116**.

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-2971100

F: 030-2971111

www.trimbos.nl

© december 2011 Trimbos-instituut, Utrecht, Nederland

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Voorwoord

In 2007 zijn wij met de Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen (MEMO) gestart om landelijk uitspraken te kunnen doen over de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg (GGz) voor ouderen. Inmiddels is de GGz zelf begonnen met het verzamelen van gegevens hierover, mede op aanmoediging van de zorgverzekeraar. Deze data worden verzameld door de Stichting Benchmark GGZ (SBG). De huidige rapportage is daarmee de laatste die zal verschijnen op basis van MEMO-gegevens. Wel zijn er nog een aantal wetenschappelijke artikelen in voorbereiding, onder andere over de HoNOS 65+, het gebruik van het web-based systeem, determinanten van kortdurende (curatieve) zorg ten opzichte van langer durende zorg en cliënttevredenheid.

De ervaring die wij de afgelopen jaren binnen MEMO hebben opgebouwd, zullen wij omzetten in een aantal activiteiten die een zinvolle aanvulling zijn op de landelijke ROM-activiteiten voor SBG, zoals teambegeleiding op basis van ROM-gegevens en trainingen in het gebruik van de HoNOS 65+. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met ondergetekenden.

Marjolein Veerbeek (mveerbeek@trimbos.nl), Richard Oude Voshaar
en Anne Margriet Pot (ampot@trimbos.nl)

Utrecht, 18 december 2011

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1 MEMO: aanleiding en opzet	7
1.1 Aanleiding voor MEMO	7
1.2 Opzet van MEMO	7
1.3 Opbouw van dit rapport	8
2 Methode	9
2.1 Design	9
2.2 Populatie	9
2.3 Setting	10
2.4 Steekproef	10
2.5 Uitkomstmaten	10
2.6 Procedure	12
2.7 MEMO Depressie	13
2.8 Dataverzameling	13
2.9 Privacy en medisch-ethische toetsing	14
2.10 Analyse	14
3 Wie komt er in zorg bij de afdeling ouderen?	19
3.1 Steekproef	19
3.2 Demografische gegevens	19
3.3 Diagnose volgens de DSM-IV	20
3.4 Cliënten die niet in MEMO zijn geïncludeerd	23
3.5 Vergelijking met meetronde 1	25
3.6 Samenvatting van de resultaten	26
4 Wat levert de zorg op bij cliënten die in behandeling zijn geweest?	27
4.1 Type behandeling dat is ontvangen	27
4.1.1 Afgeronde en niet afgeronde cliënten	27
4.1.2 Demografische verschillen	28
4.1.3 Locaties	29
4.1.4 Vergelijking met meetronde 1	30
4.2 Vooruitgang op de HoNOS 65+	30
4.2.1 Afgeronde en niet afgeronde cliënten	30
4.2.2 Invloed van mogelijk versturende variabelen en behandeling	34
4.2.3 Locaties	37
4.2.4 Vergelijking met meetronde 1	37

4.3	Tevredenheid met de zorg	38
4.3.1	Afgeronde en niet afgeronde cliënten	38
4.3.2	Demografische verschillen	39
4.3.3	Locaties	39
4.4	Samenvatting van de resultaten	40
5	Wat levert de zorg op bij cliënten met een depressie?	41
5.1	Steekproef	41
5.2	Type behandeling	41
5.2.1	Afgeronde en niet afgeronde cliënten	41
5.3	Vooruitgang op de HoNOS 65+	43
5.3.1	Afgeronde en niet afgeronde cliënten	43
5.4	Vooruitgang op de GDS-15	46
5.4.1	Afgeronde en niet afgeronde cliënten	46
5.4.2	Invloed van mogelijk verstorende variabelen	47
5.4.3	Locaties	49
5.4.4	Vergelijking met HoNOS 65+	50
5.5	Cliënttevredenheid	50
5.5.1	Afgeronde en niet afgeronde cliënten	50
5.5.2	Demografische verschillen	51
5.5.3	Locaties	51
5.6	Samenvatting van de resultaten	52
6	Discussie	53
6.1	Discussie	53
6.2	Beperkingen	55
6.3	Conclusie	55
7	Referenties	57

1 MEMO: aanleiding en opzet

1.1 Aanleiding voor MEMO

Uit de 'Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen; rapportage 2006' (MGO 2006) bleek dat het niet mogelijk was inzicht te krijgen in de kwaliteit en effectiviteit van de psychische hulpverlening aan ouderen (Veerbeek e.a., 2007). De bestaande registratiesystemen in de geestelijke gezondheidszorg bleken de benodigde gegevens niet te registreren. Naar aanleiding daarvan is onderzocht hoe deze informatie wel verzameld zou kunnen worden. Hieruit is de huidige 'Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen' (MEMO) ontstaan.

1.2 Opzet van MEMO

MEMO is opgezet naar analogie van de huisartsenpeilstations van het Nivel (Donker, 2006). Bij deze peilstations verzamelen een aantal huisartsenpraktijken verspreid over het land extra informatie die niet in de standaardregistratie van de huisartsen is opgenomen. Welke extra informatie de peilstations registreren verschilt per jaar.

MEMO volgt hetzelfde principe. Alle GGz-instellingen, aangesloten bij GGZ Nederland, zijn benaderd om als peilstation voor MEMO te fungeren. Bij aanvang van MEMO hebben veertien GGz-instellingen, verspreid over Nederland, hieraan gehoor gegeven. In verschillende meetrondes is informatie over de kwaliteit van de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor ouderen verzameld. De informatie die met MEMO verzameld is, bestaat per meetronde uit een vaste basisset (MEMO Basis), waarbij op vaste tijdstippen het psychisch en sociaal functioneren van alle nieuwe cliënten in kaart is gebracht. Tevens is de tevredenheid van cliënten met de zorg en het soort behandeling dat cliënten krijgen in kaart gebracht. Met deze basisset kunnen trends over de jaren worden vastgesteld. Naast de basisset is iedere meetronde een specifieke cliëntengroep belicht. De groep die we in meetronde 1 en 2 nader hebben belicht zijn cliënten met een depressie (MEMO Depressie) en in meetronde 3 en 4 cliënten met een angststoornis (MEMO Angst). In meetronde 5 is alcoholgebruik nader in kaart gebracht (MEMO Alcohol).

De resultaten van de eerste meetronde van MEMO zijn reeds gepubliceerd (Veerbeek e.a., 2011). Inmiddels is ook de tweede meetronde van MEMO geheel afgerond en kan opnieuw een landelijk beeld over de kwaliteit van de psychische hulpverlening aan ouderen verkregen worden. In deze rapportage beantwoorden wij op basis van de gegevens uit meetronde 2 de volgende vragen:

1. Wie komt er in zorg bij de afdeling ouderen?
 - a. Welke veranderingen zijn hierin opgetreden tussen meetronde 1 en 2?
2. Wat levert de zorg op bij cliënten die in behandeling zijn geweest?
 - a. Welk type behandeling hebben cliënten ontvangen?
 - b. Welk percentage cliënten is opgeknapt volgens de HoNOS 65+?
 - c. Hoe tevreden zijn cliënten met de ontvangen zorg?
 - d. Welke veranderingen zijn opgetreden tussen meetronde 1 en 2?

Op basis van de gegevens uit meetronde 1 en 2 beantwoorden wij de vraag:

3. Wat levert de zorg op bij cliënten met een depressie?
 - a. Welk type behandeling hebben cliënten ontvangen?
 - b. Welk percentage cliënten is opgeknapt volgens de HoNOS 65+?
 - c. Welk percentage cliënten is opgeknapt volgens de GDS-15?
 - d. Hoe tevreden zijn cliënten met de ontvangen zorg?

1.3 Opbouw van dit rapport

In hoofdstuk 2 gaan we verder in op de wijze waarop wij de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen in deze studie hebben onderzocht. Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk 3 tot en met 5 de bovengenoemde onderzoeksvragen. Aan het eind van een hoofdstuk zal telkens een korte vergelijking worden gemaakt met de gegevens uit de eerste meetronde. In hoofdstuk 6 zullen de belangrijkste conclusies worden besproken en in perspectief geplaatst.

2 Methode

In de eerste rapportage van MEMO is de opzet van de monitor reeds uitvoerig beschreven (Veerbeek e.a., 2011). Opdat de huidige rapportage op zichzelf gelezen kan worden, wordt de beschrijving hieronder nogmaals weergegeven. De beschrijving zal worden toegespitst op meetronde 2, die plaatsvond in de periode juni 2009-maart 2001.

2.1 Design

Om een landelijk beeld te krijgen van de kwaliteit van de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor ouderen, kregen alle cliënten die voldeden aan de inclusiecriteria (zie 'populatie') een beginmeting bij de intake van de behandeling. Vervolgens werden de cliënten gedurende de behandeling elke vier maanden gemonitord met dezelfde vragenlijsten. De eindmeting vond plaats bij afronding van de behandeling, of na 12 maanden als de behandeling nog niet was afgerond (MEMO Basis). Omdat de dataverzameling voor MEMO verspreid is over verschillende meetrondes, die elk ongeveer 18 maanden duren (zes maanden inclusieperiode en een nameting uiterlijk na 12 maanden), is het mogelijk uitspraken te doen over trends in de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. In de huidige rapportage over meetronde 2 kan daarom vergelijking plaatsvinden met de gegevens uit meetronde 1. In meetronde 1 en 2 is een extra vragenlijst toegevoegd om cliënten met een depressieve stoornis nader te kunnen bestuderen.

2.2 Populatie

Voor MEMO Basis zijn alle cliënten gemonitord die nieuw werden aangemeld bij de ambulante afdeling ouderenpsychiatrie van een deelnemende instelling voor geestelijke gezondheidszorg en die na intake verdere behandeling ontvingen. Mochten cliënten gedurende de behandeling klinisch worden opgenomen, dan is het monitoren voortgezet. Cliënten met een cognitieve stoornis of dementie als hoofddiagnose werden uitgesloten van deelname, omdat deze problematiek niet kan verbeteren en andere meetinstrumenten vereist. Daarnaast is de zorg voor deze groep met cliënten vaak anders georganiseerd.

2.3 Setting

In meetronde 2 namen elf GGz-instellingen, verspreid over het land, deel aan MEMO. De deelnemende instellingen ontvingen een financiële tegemoetkoming om te compenseren voor de beschikbaarheid van een onderzoeksassistent (zie 'dataverzameling').

2.4 Steekproef

Om landelijk een schatting te geven van het percentage cliënten dat klinisch relevant opknapt van de GGz-behandeling, dienden voor MEMO Basis minimaal 333 cliënten geïncludeerd te worden, gebaseerd op een statistische power (1-beta) van 0.80, een tweezijdige alpha van 0.05, waarbij rekening is gehouden met systematische verschillen tussen instellingen (zogenaamd cluster effect) en een uitval van 40% (power berekening in Stata 9.0). We beschouwen cliënten klinisch verbeterd indien zij meer dan $d > 0.32$ pre-post veranderen. Een effect-grootte van 0.32 correspondeert met de ondergrens van een klinisch middelgroot effect (Cohen, 1988) en kleinere effecten beschouwen we in klinisch opzicht onvoldoende.

2.5 Uitkomstmaten

MEMO Basis

De primaire uitkomstmaten in MEMO Basis waren mentaal en sociaal functioneren, cliënttevredenheid en type behandeling dat de cliënten ontvingen. Om MEMO werkbaar te houden zijn alleen meetinstrumenten geselecteerd die een breed beeld van het functioneren geven en die snel ingevuld zijn.

Mentaal en sociaal functioneren

Het mentaal en sociaal functioneren van de cliënt werd in kaart gebracht middels de Health of the Nation Outcome Scales 65+ (HoNOS 65+). Met de HoNOS 65+ (Burns et al., 1999) kan worden weergegeven hoe het geestelijk en sociaal functioneren van een cliënt op een bepaald ogenblik is. Door deze lijst meerdere malen af te nemen kan de verandering in klachten in kaart gebracht worden en het doel is dan ook het evalueren van de behandeling of begeleiding. De HoNOS 65+ bestaat uit 12 schalen, waarbij telkens 6 antwoordmogelijkheden zijn: 0 geen probleem, 1 gering probleem – vereist geen actie, 2 licht probleem maar duidelijk aanwezig, 3 matig probleem, 4 ernstig probleem, 9 geen gegevens. De twaalf schalen meten: Gedragsstoornissen, Opzettelijke zelfverwonding, Problemen met alcohol- of drugsgebruik, Cognitieve problemen, Problemen met lichamelijke ziekten/handicap, Problemen hallucinaties / wanen, Problemen met depressieve symptomen, Andere geestelijke en gedragsproblemen, Problemen sociale/ondersteunende relaties, Problemen met ADL-activiteiten, Algemene problemen met woonomstandigheden en Problemen vrijetijdsbesteding/daginvulling.

Hoe hoger de totaalscore of de score per item, hoe meer problematiek aanwezig is. Het invullen van de HoNOS 65+ kost hulpverleners minder dan 10 minuten tijd. De hulpverleners hebben vooraf training gekregen in het invullen van de HoNOS 65+ en deze training is jaarlijks herhaald om de kwaliteit van de metingen te kunnen waarborgen.

Cliënttevredenheid

Cliënttevredenheid is gemeten met de GGZ Cliëntenthermometer. In 2003 hebben GGZ Nederland en het Trimbos-instituut de GGZ Cliëntenthermometer ontwikkeld, met medewerking van de Cliëntenbond en de LPR. De Cliëntenthermometer is een beknopt instrument waarmee instellingen in de GGZ kunnen onderzoeken hoe cliënten de geboden zorg waarderen op vier subdomeinen: 1. waardering van de informatie, 2. waardering van de inspraak, 3. waardering van de hulpverlener en 4. waardering van het behandelresultaat. De uitkomst van de thermometer geeft een instelling een indicatie van de sterke en zwakke kanten in het zorgproces. Deze informatie kan vervolgens worden gebruikt voor de verbetering van de zorg. Doordat de inhoud en procedure uniform is voor alle instellingen die een dergelijk waarderingsonderzoek doen, kunnen de instellingen hun gegevens ook vergelijken met de landelijke gegevens. Na evaluatie heeft de Thermometer in 2005 een paar kleine aanpassingen ondergaan en van deze verbeterde versie wordt gebruikt in MEMO (Kok & Mulder, 2005).

Behandeling

Om globaal iets te kunnen zeggen over de behandeling die ouderen in de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg aangeboden kregen, is in overleg met de begeleidingscommissie van MEMO, waarin zes vooraanstaande experts in de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen zitting hebben, een lijst samengesteld van de meest voorkomende globale categorieën. Dit zijn gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling individueel, gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling groep, relatie/systeemtherapie, ECT, activerende technieken, ondersteunende begeleiding cliënt, ondersteunende begeleiding systeem, psychofarmaceutische behandeling. Om de invloed van type ontvangen behandeling op de behandeluitkomst te berekenen, zijn gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling individueel, gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling groep, relatie/systeemtherapie samengevoegd tot een categorie psychologische behandeling en activerende technieken, ondersteunende begeleiding cliënt, ondersteunende begeleiding systeem samengevoegd tot een categorie begeleidingscontacten.

Confounders

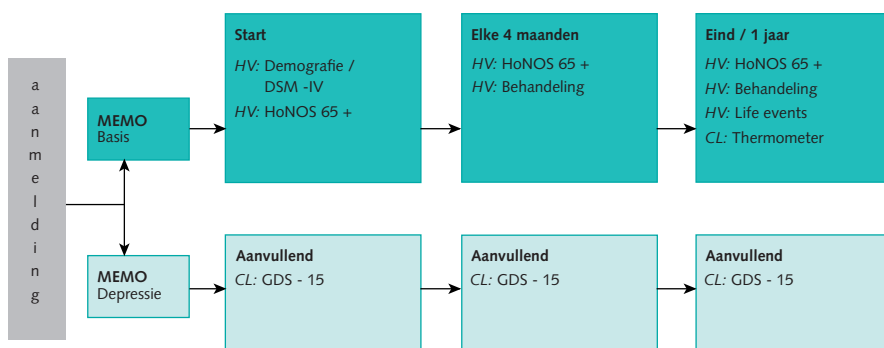
De volgende variabelen zijn meegenomen die van invloed kunnen zijn op het resultaat van de behandeling: demografische variabelen (geslacht, leeftijd, nationaliteit, hoogste opleiding, samenstelling huishouden), psychische of somatische comorbiditeit en ingrijpende levensgebeurtenissen (life events) die zich gedurende de behandelperiode hebben voorgedaan (zoals het overlijden van een kind of partner, verhuizing, het krijgen van

een ernstige lichamelijke ziekte). De gemeten levensgebeurtenissen zijn gehaald uit de lijst met life events die in de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) gebruikt zijn, aangevuld met een aantal gebeurtenissen die door de begeleidingscommissie klinisch relevant werden geacht.

2.6 Procedure

Bij het begin van de behandeling werden demografische variabelen en de DSM-IV diagnose per cliënt vastgelegd door de hulpverlener. Daarnaast werd de HoNOS 65+ bij het begin van de behandeling ingevuld door de hulpverlener. De HoNOS 65+ werd vervolgens elke vier maanden ingevuld, zodat tussentijds feedback kon worden verkregen over de voortgang van een cliënt. Daarnaast werd elke vier maanden informatie gegeven over de behandeling die de cliënt ontving. Na het laatste behandelcontact, of na één jaar behandeling, werden de HoNOS 65+ en gegevens over de behandeling voor de laatste maal ingevuld door de hulpverlener. Daarnaast werd ook aangegeven door de hulpverlener of er ingrijpende gebeurtenissen in het leven van de cliënten hebben plaatsgevonden gedurende de behandelperiode. Door de cliënt zelf werd alleen aan het einde van de behandeling de GGZ Cliëntenthermometer ingevuld, om aan te geven hoe tevreden hij of zij was met de ontvangen zorg. In het geval van de aanvullende vragenlijst voor depressie (zie 'MEMO Depressie') werd deze toegevoegd bij intake en de vervolgmetingen (zie figuur 1).

Figuur 1 Stroomschema welke vragenlijsten per groep (MEMO Basis of MEMO Depressie) wanneer (aanvang behandeling, elke vier maanden, 1 jaar/einde behandeling) dienden te worden ingevuld en door wie. HV = ingevuld door hulpverlener, CL = ingevuld door cliënt



2.7 MEMO Depressie

De specifieke cliëntengroep die we in meetronde 1 en twee eruit gelicht hebben, zijn cliënten met een depressie (MEMO Depressie). We hebben voor depressie gekozen, omdat uit bevolkingsonderzoek bleek dat dit de meest voorkomende psychische stoornis is onder ouderen. De prevalentie van de depressieve stoornis ligt ongeveer bij 2% en de zogenoemde beperkte depressie komt bij ongeveer 10% van de ouderen voor (Beekman e.a., 1999). Verder bleek onderzoek gebleken dat stemmingsstoornissen met 17,8% de hoogste prevalentie hebben onder ouderen die bij GGz-instellingen in behandeling zijn en die psychische hulpverlening krijgen (Depla e.a., 2005). Cliënten met de volgende primaire diagnose hebben de extra vragenlijst ingevuld voor MEMO Depressie: 291.89 Stemmingsstoornis door alcohol, 292.84 Stemmingsstoornis door cocaïne, hallucinogeen, vluchtige stof, opioïde, fencyclidine, sedativum, hypnoticum, anxiolyticum of door een ander (of onbekend) middel, 293.83 Stemmingsstoornis door (vermeld somatische aandoening), 296.2x Depressieve stoornis, eenmalige episode, 296.3x Depressieve stoornis, recidiverend, 296.90 Stemmingsstoornis NAO, 300.4 Dysthyme stoornis. In de loop van meetronde 2 betroffen dit ook cliënten met de diagnose 309.0, aanpassingsstoornis met depressie.

De extra vragenlijst die cliënten met bovenstaande diagnoses hebben ingevuld betreft de Geriatric Depression Scale (GDS). De GDS stelt depressieve symptomen vast (Yesavage, 1983). De lijst is oorspronkelijk ontwikkeld als screeningsinstrument voor depressieve klachten bij ouderen, maar is geschikt gebleken om het effect van een behandeling te evalueren (Kok, 2006). Inmiddels is de GDS de meest gebruikte zelfinvulvragenlijst in medicatietrials voor de ouderdomsdepressie. Bovendien is de correlatie met ernstigsten zoals de MADRS (Montgomery e.a., 1979) en de Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960) die door de behandelaar moeten worden ingevuld erg hoog. De oorspronkelijke GDS bestaat uit 30 items die met 'ja' of 'nee' beantwoord moeten worden. In dit onderzoek gebruiken we echter de verkorte versie van 15 items welke een oudere in maximaal 10 minuten kan invullen en welke vergelijkbare testeigenschappen laat zien als de oorspronkelijke 30-item versie (Sheikh & Yesavage, 1986).

2.8 Dataverzameling

Om de dataverzameling te bevorderen is een web-based computersysteem¹ ontwikkeld dat toegankelijk was vanaf elke computer met een internetverbinding. Vertrouwelijkheid van de gegevens was gewaarborgd middels een beveiligde omgeving en login procedure en elke instelling had zijn eigen omgeving, zodat er geen uitwisseling van cliëntgegevens plaatsvond. Direct nadat de vragenlijstgegevens waren ingevoerd genereerde het systeem een

1 Gedurende meetronde 2 hebben wij de mogelijkheid onderzocht het systeem te koppelen aan het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). De kosten hiervoor waren dusdanig groot dat binnen het huidige project dit financieel niet haalbaar was.

grafiek, zodat de vooruitgang van een cliënt op een vragenlijst direct zichtbaar was voor de hulpverlener. Als hulpverleners er de voorkeur voor hadden niet direct in het systeem te werken, maar de vragenlijsten op papier in te vullen, werden de gegevens door de onderzoeksassistent in het systeem gezet. Dit vertraagde wel het moment dat de feedback voor de hulpverlener zichtbaar was. Cliënten vulden hun vragenlijsten sowieso op papier in, omdat een groot deel van de cliënten niet gewend was om met een computer te werken. De onderzoeksassistent voerde deze vragenlijsten ook in het systeem in. De onderzoeksassistent, meestal een secretaresse of psychodiagnostisch medewerker, was door elke deelnemende instellingen zelf aangewezen en daarna door ons geïnstrueerd. Na toevoeging van een cliënt, bepaalde het systeem zelf welke vragenlijsten er ingevuld moesten worden; alleen de vragenlijsten behorende bij MEMO Basis, of ook de aanvullende vragenlijst behorende bij MEMO Depressie. Na intake gaf het systeem zelf aan wanneer er weer vier, acht of 12 maanden verstreken waren bij een cliënt en welke vervolgvragenlijsten er op dat moment ingevuld moesten worden. Wekelijks werd een e-mail naar de hulpverleners en/of onderzoeksassistent gestuurd waarin de cliënten die een nieuwe meting behoeften stonden weergegeven.

2.9 Privacy en medisch-ethische toetsing

Het computersysteem werd niet door de onderzoekers zelf beheerd, maar door een aparte afdeling binnen het Trimbos-instituut, 'interview en datamanagement' (IDM) genaamd. Vanuit het computersysteem maakte IDM een export met de data naar SPSS, waarin alleen de registratienummers van de cliënten te zien waren, de namen waren weggelaten. Op deze manier zijn de verzamelde gegevens anoniem verwerkt, geanalyseerd en gerapporteerd door het Trimbos-instituut. Cliëntnamen blijven in het systeem opgeslagen totdat de dataverzameling is afgerond. Daarna worden deze vernietigd. De onderzoeksopzet van MEMO is aan de medisch-ethische commissie METIGG (erkend door CCMO) ter toetsing voorgelegd. Deze heeft beoordeeld dat cliënten niet onderworpen zijn aan interventies of gedragsregels in het kader van MEMO. Daarom is de Wet Medisch Onderzoek niet op MEMO van toepassing en behoeft geen ethische goedkeuring.

Desalniettemin zijn cliënten geïnformeerd over MEMO middels een folder. Als cliënten er niet mee instemden dat hun anonieme gegevens gebruikt zouden worden voor wetenschappelijk onderzoek, zijn deze cliënten niet in het web-based systeem ingevoerd.

2.10 Analyse

Demografie

Om zicht te krijgen op wie er in zorg komt bij de ambulante GGz voor ouderen, zijn frequenties berekend voor de desbetreffende variabelen.

Behandeling

Om in kaart te brengen welke behandeling cliënten hebben ontvangen zijn frequenties berekend voor de verschillende typen behandeling.

HoNOS 65+

Voor het bepalen van de vooruitgang van cliënten op de HoNOS 65+ kunnen we van twee methodes uitgaan: In het eerste geval worden tot de eindmeting alleen die vragenlijsten gerekend, die ook daadwerkelijk op het tijdstip van de eindmeting zijn ingevuld. Dit kan een gunstiger beeld van de werkelijkheid tot gevolg hebben, bijvoorbeeld omdat hulpverleners bij 'lastige' cliënten er bewust voor hebben gekozen geen eindmeting in te vullen. In het tweede geval wordt de laatst aanwezige vervolgmeting als eindmeting genomen. Dit kan dus ook een tussenmeting zijn op het moment dat de behandeling nog niet was afgerond. Deze methode kan een minder positief beeld van de werkelijkheid tot gevolg hebben, omdat cliënten bij een tussenmeting naar verwachting minder goed zijn opgeknapt dan bij een eindmeting. De daadwerkelijke waarheid zal tussen beide methodes in liggen. Bij het presenteren van de gegevens hebben wij ervoor gekozen om van de laatste methode gebruik te maken, omdat uit onderzoek blijkt dat deze methode de werkelijkheid beter benadert dan wanneer alleen van eindmetingen wordt uitgegaan (Hamer & Simpson, 2009).

De verbetering op de HoNOS 65+ is op de volgende manieren berekend:

1. Middels de gepaarde t-test is het verschil tussen begin- en eindmeting op de totaalscore van de HoNOS 65+ berekend. De invloed van confounders is berekend aan de hand van univariate Repeated Measures ANOVA. Verschillen tussen begin-en eindmeting per afzonderlijke schaal zijn berekend middels de Wilcoxon-toets.
2. Middels de McNemar-toets zijn per afzonderlijke schaal de verschillen in het percentage cliënten dat bij de eindmeting problematiek vertoonde (score van 2 of hoger) ten opzichte van het percentage cliënten dat bij aanvang problematiek vertoonde berekend. Verschillen tussen afgeronde en niet afgeronde cliënten in percentage cliënten met relevante problematiek zijn berekend met Chi-kwadraat
3. Frequenties zijn berekend van het percentage cliënten dat, gezien de primaire diagnose, op de meest belangrijke schaal vooruitgang heeft laten zien (bij beginmeting een score ≥ 2 en bij eindmeting een score < 2), geen vooruitgang heeft laten zien (bij eindmeting een score ≥ 2) of überhaupt geen problematiek vertoonde (bij begin- en eindmeting een score < 2). Tabel 1 toont de indeling van meest belangrijke schaal naar primaire diagnose
4. Middels de effectsize is het percentage cliënten berekend dat een klinisch significante verbetering laat zien. De effectsize bepaalt de mate van de verbetering aan de hand van de formule: gemiddelde beginscore-gemiddelde eindscore / standaarddeviatie beginscore. Een effectsize van 0-.32 is klein, een effectsize van .33-.55 is middelgroot en een effectsize tussen de .56-1.2 is groot (Cohen, 1988). Cliënten met een effectsize groter dan 0.32 beschouwen we als opgeknapt. Voor het berekenen van verschillen in gemiddelde effectsize tussen instellingen zijn middels regressie potentiële confounders onderzocht.

Cliënttevredenheid

Wat betreft de tevredenheid van cliënten met de ontvangen zorg, is de gemiddelde totaalscore op de GGZ Cliëntenthermometer berekend, evenals de gemiddelde score op de te onderscheiden domeinen 'informatie', 'inspraak', 'hulpverlener' en 'resultaat'. Deze scores zijn omgerekend naar een schaal die loopt van 0 tot 1, waarbij 0 betekent dat op alle vragen 'nee' is geantwoord, dus meest negatief en een score 1 betekent dat op alle vragen met 'ja' is geantwoord, dus meest positief. Verschillen tussen afgeronde en niet afgeronde cliënten op de totaalscore en subschaalscores zijn berekend middels onafhankelijke t-tests.

Cliënten met een depressie

Ter beantwoording van de vraag wat de zorg oplevert bij cliënten met een depressie, zijn middels het doen van gepaarde t-tests en het berekenen van de effectsizes de resultaten met betrekking tot de HoNOS 65+ en GDS-15 berekend.

Verschillen tussen meetronde 1 en 2

Verschillen in percentages tussen meetronde 1 en 2 zijn berekend aan de hand van Chi-kwadraat of logistische regressie.

Voor de analyses geldt dat, waar mogelijk, voor missende waarden is geïmputeerd middels regressie.

Tabel 1 Indeling van meest belangrijke schaal op de HoNOS 65+ naar primaire diagnose

Schaal HoNOS 65+	Primaire diagnose
Gedragsstoornissen	<ul style="list-style-type: none"> - Aanpassingsstoornis met stoornis in het gedrag - Aanpassingsstoornis met gemengde stoornis in emoties/gedrag - Stoornis in de impulsbeheersing - Aandachtstekortstoornis
Problemen met alcohol/drugs	<ul style="list-style-type: none"> - Aan alcohol gebonden stoornis - Aan een middel gebonden stoornis
Cognitieve problemen	<ul style="list-style-type: none"> - Dissociatieve stoornis
Lichamelijke ziekte/handicap	<ul style="list-style-type: none"> - Psychische stoornis door een somatische aandoening - Delirium
Problemen met hallucinaties/wanen	<ul style="list-style-type: none"> - Schizofrenie of andere psychotische stoornis
Depressieve symptomen	<ul style="list-style-type: none"> - Depressieve stoornis - Aanpassingsstoornis met depressie - Aanpassingsstoornis met gemengde angst/depressie - Bipolaire stoornis, laatste episode depressief - Bipolaire stoornis NAO
Andere geestelijke en gedragsproblemen	<ul style="list-style-type: none"> - Angststoornis - Aanpassingsstoornis met angst - Aanpassingsstoornis met gemengde angst/depressie - Aanpassingsstoornis niet gespecificeerd - Bipolaire stoornis, laatste episode manisch - Bipolaire stoornis, eenmalige manische episode - Bipolaire stoornis NAO - Somatoforme stoornis - Genderidentiteitsstoornis - Eetstoornis
Problemen met sociale/ondersteunende relaties	<ul style="list-style-type: none"> - Aanpassingsstoornis met gemengde stoornis in emoties/gedrag - Persoonlijkheidsstoornis - Relatieproblemen - Bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn - Pervasieve ontwikkelingsstoornis

3 Wie komt er in zorg bij de afdeling ouderen?

3.1 Steekproef

De voorliggende rapportage heeft betrekking op cliënten die in meetronde 2 zijn geïnccludeerd. Alleen cliënten met een startdatum behandeling tussen 1 juni 2009 en 1 maart 2010 zijn meegenomen in de analyses.

In totaal zijn in de tweede meetronde 580 cliënten geïnccludeerd.

Zoals in tabel 2 is te zien werd bij 274 cliënten (59%) de behandeling binnen een jaar afgesloten. In het merendeel van de gevallen omdat de behandeling daadwerkelijk was afgerond (wederzijds overleg), maar bij 58 cliënten (12%) werd de behandeling eenzijdig afgebroken door de cliënt (inclusief overlijden) of hulpverlener. De cliënten waarvan de behandeling binnen een jaar was afgerond, waren gemiddeld vijf maanden in zorg. Bij 214 cliënten (44%) vond de eindmeting plaats omdat de cliënten een jaar in behandeling waren en daarmee de monitoring voor MEMO beëindigd kon worden. Tweeënnegentig cliënten (16%) blijken na de eerste meting niet verder te zijn gemonitord. Van deze cliënten is niet bekend hoelang ze na intake in zorg zijn geweest en wat de reden is dat zij uit zorg zijn gegaan.

Tabel 2 Redenen voor afsluiting van de dataverzameling

Reden afsluiting dataverzameling	Aantal (%)
Eenzijdige beëindiging behandeling cliënt	32 (6,6)
Eenzijdige beëindiging behandeling hulpverlener	8 (1,6)
Overlijden cliënt	18 (3,7)
Beëindiging behandeling in wederzijds overleg	216 (44,3)
Beëindiging in verband met jaar behandeling	214 (43,9)
Totaal*	488 (100)

* 92 cliënten bleken na de intake niet verder te zijn gemonitord.

3.2 Demografische gegevens

Van de cliënten die in meetronde 2 zijn geïnccludeerd is de gemiddelde leeftijd 75 jaar (spreiding 53 – 98 jaar). De helft van de cliënten is ouder dan 75 jaar (tabel 3). Bijna tweederde van de cliënten die in zorg is gekomen is vrouw en bijna iedereen heeft de Nederlandse nationaliteit. De ouderen die in zorg zijn gekomen hebben een laag

opleidingsniveau: 35% heeft geen opleiding of alleen de basisschool afgemaakt en nog eens 50% heeft maximaal MBO. Iets meer dan de helft van de cliënten is alleenstaand.

Tabel 3 demografische gegevens van de cliënten die in MEMO zijn geïncludeerd (N = 577)

Demografische gegevens	Aantal (%)
Leeftijdverdeling:	
• < 65 jaar	74 (13,1)
• 65-74 jaar	211 (37,3)
• 75-84 jaar	195 (34,5)
• >= 85 jaar	86 (15,2)
Mannelijk geslacht	217 (37,6)
Nationaliteit:	
• Nederlands	552 (95,5)
• Westers allochtoon	2 (0,3)
• Niet-westerse allochtoon	23 (4,0)
Hoogste opleiding:	
• Geen/maximaal basisschool	204 (35,4)
• Maximaal MBO	288 (49,9)
• Maximaal WO	70 (12,1)
• Onbekend	15 (2,6)
Samenstelling huishouden:	
• Alleenstaand	300 (52,0)
• Met partner	267 (46,3)
• Met anderen dan partner	10 (1,7)

3.3 Diagnose volgens de DSM-IV

Primaire diagnose

De primaire diagnose betreft de aandoening die hoofdzakelijk verantwoordelijk is voor het veroorzaken van de reden voor contact met de geestelijke gezondheidszorg.

Het merendeel van de ouderen is in behandeling gekomen voor een depressie (37%), gevolgd door een aanpassingsstoornis (26%) of een angststoornis (11%).

Daarna zijn de meest voorkomende diagnostische groepen 'bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn' (zoals een rouwreactie of levensfaseproblematiek) (7%) en relatieproblemen (5%) (tabel 4). Alle andere stoornissen – psychotische stoornissen of aan alcohol gebonden stoornissen - komen minder frequent voor bij de ouderen die in zorg zijn gekomen.

Tabel 4 primaire diagnose van de cliënten die in MEMO zijn geïncludeerd (N = 577)

Primaire diagnose	Aantal (%)
Depressieve stoornis	212 (36,7)
Aanpassingsstoornis	151 (26,2)
Angststoornis	65 (11,3)
Bijkomende problemen	39 (6,8)
Relatieproblemen	28 (4,9)
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	18 (3,1)
Bipolaire stoornis	16 (2,8)
Somatoforme stoornis	12 (2,1)
Aan alcohol gebonden stoornis	11 (1,9)
Persoonlijkheidsstoornis	9 (1,6)
Overig	16 (2,8)

Bijkomende problematiek op as I

Op as I wordt de aanwezigheid van klinische stoornissen en andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn vastgelegd.

Naast de primaire diagnose had bijna 3 op de tien cliënten nog een of meerdere andere psychische aandoeningen op as I (tabel 5). Het gaat bij deze cliënten vooral om bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn (zoals rouwreactie en levensfase-problematiek) (24%), delirium/dementie/amnestische stoornis (20%), relatieproblemen (17%), een depressieve stoornis (14%), of een angststoornis (11%).

Tabel 5 Comorbiditeit op as I van cliënten die in MEMO zijn geïncludeerd (N = 577)

Aantal diagnoses op as I	Aantal (%)
0	411 (71,2)
1	146 (25,3)
≥2	20 (3,4)

Bijkomende problematiek op as II

Op as II worden persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid vastgelegd.

Ongeveer een kwart van de ouderen die in behandeling zijn gekomen heeft een bijkomende persoonlijkheidsstoornis of klinisch relevante trekken hiervan (tabel 6). Onder deze cliënten zijn de meest voorkomende comorbide diagnoses op as II: trekken van een afhankelijke persoonlijkheid (19%), trekken van een persoonlijkheidsstoornis NAO (17%), trekken van een ontwijkende persoonlijkheid (16%), trekken van een obsessief-compulsieve persoonlijkheid (14%) en een persoonlijkheidsstoornis NAO (13%).

Tabel 6 Comorbiditeit op as II van cliënten die in MEMO zijn geïncludeerd (N = 577)

Aantal diagnoses op as II	Aantal (%)
0	426 (73,8)
1	130 (22,5)
≥2	21 (3,6)

As III

Op as III worden actuele somatische aandoeningen vastgelegd, die potentieel relevant zijn voor het begrijpen of behandelen van een psychische stoornis.

Ruim tweederde van de cliënten die in zorg komen heeft een of meer bijkomende lichamelijke aandoeningen (tabel 7).

Tabel 7 Comorbiditeit op as III van cliënten die in MEMO zijn geïncludeerd (N = 577)

Aantal diagnoses op as III	Aantal (%)
0	175 (30,3)
1	174 (30,2)
≥2	228 (39,5)

As IV

Op as IV worden psychosociale en omgevingsproblemen vastgelegd die de diagnose, behandeling en prognose van psychische stoornissen kunnen beïnvloeden.

Van de cliënten heeft 8 op de 10 te maken met minimaal één psychosociaal of omgevingsprobleem (tabel 8). Van deze cliënten heeft 77% te maken met problemen binnen de primaire steungroep, 26% met problemen met de sociale omgeving en 5% met woonproblemen.

Tabel 8 Comorbiditeit op as IV van cliënten die in MEMO zijn geïncludeerd (N = 577)

Aantal diagnoses op as IV	Aantal (%)
0	106 (18,4)
1	383 (66,4)
≥2	88 (15,3)

As V

Op as V wordt het algemeen functioneren van de cliënt vastgelegd.

Het merendeel van de cliënten heeft bij binnenkomst een GAF-score tussen de 51-60 (42%). 31% van de cliënten scoorde lager dan deze GAF-score en 26% van de cliënten hoger (tabel 9).

Tabel 9 GAF-score bij intake op as V van cliënten die in MEMO zijn geïncludeerd (N = 577)

GAF-score op As V (intake)	Aantal (%)
0 – 10	0 (0,0)
11 – 20	0 (0,0)
21 – 30	6 (1,0)
31 – 40	34 (5,9)
41 – 50	145 (25,1)
51 – 60	241 (41,8)
61 – 70	106 (18,4)
71 – 80	43 (7,5)
81 – 90	2 (0,3)
91 – 100	0 (0,0)

GAF staat voor *Global Assessment of Functioning* en geeft het niveau van functioneren van de cliënt aan op een schaal van 1 tot 100, waarbij 100 perfect is en 1 vrijwel nihil.

3.4 Cliënten die niet in MEMO zijn geïncludeerd

Naar aanleiding van de eerste meetronde van MEMO bestond het vermoeden dat niet alle cliënten die voor MEMO in aanmerking kwamen, ook daadwerkelijk in MEMO geïncludeerd werden. Om te onderzoeken of er sprake was van selectieve inclusie in MEMO is in de loop van meetronde 2 aan instellingen verzocht om alle cliënten die bij hun deelnemende teams worden aangemeld in te voeren in het systeem van MEMO. Bij cliënten die niet verder gemonitord werden, moest de reden hiervoor worden aangegeven, evenals hun leeftijd, geslacht en primaire diagnose.

In totaal zijn in de tweede meetronde 180 aangemelde cliënten geregistreerd die niet verder gemonitord zouden worden in het kader van MEMO (tabel 10). Bij 121 cliënten (67%) komt dit doordat zij buiten de doelgroep van MEMO vallen, hetzij omdat zij cognitieve problematiek als hoofddiagnose hebben, hetzij omdat zij na intake geen verdere behandeling behoeven. Van de 59 cliënten die daadwerkelijk in aanmerking kwamen voor deelname aan MEMO, hebben 43 cliënten (73%) niet toegestaan dat de gegevens over hun behandeling voor MEMO gebruikt zouden worden en vijf cliënten (8%) hebben geweigerd verder te worden behandeld in de instelling. Redenen die genoemd zijn bij de categorie 'anders' zijn verdere behandeling in een andere instelling, of geestelijke beperkingen bij de cliënt.

Tabel 10 Redenen waardoor cliënten die zijn aangemeld niet worden gemonitord in het kader van MEMO (N = 180)

Reden geen deelname MEMO	Aantal (%)
Cliënt heeft verdere behandeling geweigerd	5 (2,8)
Cliënt heeft deelname aan MEMO geweigerd	43 (23,9)
Cliënt ontvangt geen verdere behandeling na intake	35 (19,4)
Cognitieve problematiek als hoofddiagnose	86 (47,8)
Anders	11 (6,1)

Van de 59 aangemelde cliënten die niet geïnccludeerd zijn in MEMO, terwijl zij wel voor monitoring in aanmerking zouden zijn gekomen, is de gemiddelde leeftijd 77,6 jaar (spreiding 61 - 92 jaar). Het merendeel van de cliënten is ouder dan 75 jaar (61%) (tabel 11) en ruim 71% is vrouw. Het merendeel van deze cliënten had een depressieve stoornis als primaire diagnose (49%), gevolgd door een aanpassingsstoornis (24%) of angststoornis (8,5%). De cliënten die niet zijn gemonitord verschillen niet van de cliënten die wel zijn gemonitord wat betreft leeftijd en geslacht. Ook het percentage cliënten met een primaire diagnose aanpassingsstoornis en angststoornis verschilt in beide groepen niet van elkaar. Er is een trend dat het percentage cliënten met een depressieve stoornis als primaire diagnose hoger ligt in de groep cliënten die niet in MEMO terecht is gekomen, in vergelijking met de groep cliënten die wel gemonitord is ($p = .07$). Al met al lijkt het er niet op dat er een selectie van cliënten in MEMO terecht is gekomen.

Tabel 11 Leeftijd, geslacht en primaire diagnose van de cliënten die niet gemonitord zijn voor MEMO (N = 59) afgezet tegen de cliënten die wel gemonitord zijn voor MEMO (N = 577)

Variabelen	Niet gemonitord n (%)	Gemonitord n (%)
Leeftijdsverdeling:		
• < 65 jaar	3 (5,1)	74 (13,1)
• 65-74 jaar	20 (33,9)	211 (37,3)
• 75-84 jaar	25 (42,4)	195 (34,5)
• \geq 85 jaar	11 (18,6)	86 (15,2)
Mannelijk geslacht	17 (28,8)	217 (37,6)
Primaire diagnose:		
• depressieve stoornis	29 (49,2)	212 (36,7)
• aanpassingsstoornis	14 (23,7)	151 (26,2)
• angststoornis	5 (8,5)	65 (11,3)
• bipolaire stoornis	4 (6,8)	16 (2,8)
• schizofrenie en andere psychotische stoornissen	3 (5,1)	18 (3,1)
• aan alcohol gebonden stoornis	1 (1,7)	11 (1,9)
• relatieproblemen	1 (1,7)	28 (4,9)
• bijkomende problemen	1 (1,7)	28 (4,9)
• delirium	1 (1,7)	3 (0,5)

3.5 Vergelijking met meetronde 1

In de huidige meetronde verschilt het percentage cliënten dat langer dan 1 jaar in zorg was niet met meetronde 1. Tevens ligt het percentage cliënten waarbij de behandeling eenzijdig is beëindigd in beide meetrondes gelijk.

Demografie

Het percentage mannen ligt in de huidige meetronde hoger dan in meetronde 1 ($p = .02$). Wat betreft de overige demografische kenmerken is er geen verschil. Het percentage cliënten dat ouder is dan 75 jaar ligt in beide meetrondes gelijk, evenals het percentage cliënten dat alleenstaand is, het percentage cliënten dat laag is opgeleid en het percentage cliënten met de Nederlandse nationaliteit.

DSM-IV

As I

Het percentage cliënten met een primaire diagnose depressie ligt in de huidige meetronde lager dan in meetronde 1 ($p = .04$). Het percentage cliënten met een aanpassingsstoornis, angststoornis, relatieproblemen, bijkomende problemen die een reden tot zorg kunnen zijn, persoonlijkheidsstoornis, aan een middel gebonden stoornis, schizofrenie of andere psychotische stoornis, bipolaire stoornis of somatoforme stoornis als primaire diagnose ligt in beide meetrondes gelijk.

Wat betreft comorbiditeit op as I verschilt het percentage cliënten met comorbiditeit in beide meetrondes niet. Wel zijn er in de huidige meetronde meer cliënten met 2 of meer comorbide aandoeningen in vergelijking met de voorgaande meetronde (Wald = 19.32, $p = .02$).

As II

Het percentage cliënten met comorbide persoonlijkheidsproblematiek ligt in de huidige meetronde hoger dan in meetronde 1 ($p = .00$).

As III

Met betrekking tot lichamelijke comorbiditeit verschilt het percentage cliënten met comorbiditeit op as III in beide meetrondes niet. Wel zijn er in de huidige meetronde meer cliënten met 2 of meer comorbide aandoeningen in vergelijking met meetronde 1 (Wald = 6.93, $p = .01$).

As IV

Er is tussen beide meetrondes geen verschil in het percentage cliënten dat psychosociale of omgevingsproblemen heeft, evenals in hoeveelheid aandoeningen.

As V

Ook wat betreft het niveau van functioneren van cliënten bij intake volgens de GAF-score is geen verschil tussen beide meetrondes.

3.6 Samenvatting van de resultaten

In meetronde 2 hebben elf GGZ-instellingen in totaal 580 cliënten geïncludeerd. Op basis van leeftijd, geslacht en de primaire diagnoses aanpassingsstoornis en angststoornis lijkt het er niet op dat een selectie van cliënten in MEMO terecht is gekomen. Wel is er een aanwijzing dat het percentage cliënten met een depressieve stoornis als hoofddiagnose hoger ligt in de groep die niet in MEMO terecht is gekomen.

Het merendeel van de cliënten die in zorg komen op de ambulante afdeling ouderenpsychiatrie is vrouw, heeft de Nederlandse nationaliteit, is alleenstaand en laag opgeleid. Cliënten komen voornamelijk in zorg vanwege een depressieve stoornis, aanpassingsstoornis of angststoornis. Ongeveer een derde van de cliënten heeft naast de hoofddiagnose nog een of meerdere andere psychische aandoeningen (as I), een kwart heeft te maken met bijkomende persoonlijkheidsproblematiek (as II), tweederde heeft een of meer bijkomende lichamelijke aandoeningen (as III) en acht op de tien heeft nog minimaal één psychosociaal of omgevingsprobleem (as IV). Tweederde van de cliënten heeft bij intake een Global Assessment of Functioning-score van 51 of hoger. Dit betekent dat het functioneren van deze cliënten bij intake beoordeeld wordt in een range van matige symptomen of matige problemen bij het sociaal functioneren tot geen symptomen en uitstekend functioneren.

In vergelijking met de door ons verzamelde gegevens in meetronde 1 zijn er in meetronde 2 meer mannelijke cliënten in zorg gekomen en ligt het percentage cliënten met een primaire diagnose depressie lager, terwijl er een aanwijzing is dat het percentage cliënten met een aanpassingsstoornis hoger ligt. Wat betreft comorbide problematiek is er in de huidige meetronde meer sprake van persoonlijkheidsproblematiek en is het aantal cliënten met twee of meer bijkomende aandoeningen op as I en as III toegenomen.

4 Wat levert de zorg op bij cliënten die in behandeling zijn geweest?

De resultaten zullen per onderdeel uitgesplitst worden naar cliënten waarbij de behandeling binnen een jaar was afgerond en cliënten die na 1 jaar nog in zorg waren (afgerond/niet afgerond), relevante demografische variabelen en deelnemende locaties. Vervolgens zal een vergelijking worden gemaakt met meetronde 1.

4.1 Type behandeling dat is ontvangen

4.1.1 Afgeronde en niet afgeronde cliënten

Bij 185 van de 274 cliënten waarbij de behandeling binnen een jaar was afgerond (68%) is aangegeven welke behandeling zij hebben ontvangen gedurende de behandelperiode. Ditzelfde is het geval bij 206 van de 214 cliënten waarbij de eindmeting plaats vond omdat ze een jaar in behandeling waren (96%). Zoals in tabel 12 is te zien hebben cliënten waarvan de behandeling binnen een jaar is afgerond minder verschillende typen behandeling ontvangen dan cliënten waarbij de behandeling langer dan een jaar duurde.

Tabel 12 Totaal aantal behandelingen die cliënten hebben ontvangen gedurende de behandelperiode, uitgesplitst naar cliënten waarvan de behandeling binnen 12 maanden was afgerond en cliënten die langer dan een jaar in zorg waren.

Aantal behandelingen	Afgeronde cliënten	Niet afgeronde cliënten
1	82 (44,3%)*	29 (14,1%)
2	68 (36,8%)	69 (33,5%)
3	23 (12,4%)	52 (25,2%)*
≥4	12 (6,5%)	56 (27,2%)*

* $p < .01$

Hieruit voortvloeiend zijn alle typen behandeling vaker ingezet geweest gedurende de behandelperiode bij cliënten die langer dan een jaar in zorg waren, dan bij cliënten die binnen een jaar waren afgerond, op ondersteunende begeleiding systeem, opname in een kliniek en ect na (tabel 13).

Het percentage psychofarmaceutische behandeling bij niet afgeronde cliënten ligt hoger dan bij afgeronde cliënten en derhalve ook het percentage artsen dat bij de behandeling betrokken was (tabel 14). Maatschappelijk werkenden zijn vaker betrokken geweest bij de behandeling van afgeronde cliënten.

Bij de 44% van de cliënten waarvan de behandeling binnen een jaar was afgerond en één type behandeling hebben ontvangen blijken met name sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (45%) en psychologen (43%) de behandelaar te zijn geweest. Het type behandeling dat deze cliënten hebben ontvangen blijkt dan ook met name individuele gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling (57%) of individuele ondersteunende begeleiding (32%) te betreffen.

Tabel 13 Type behandeling dat cliënten hebben ontvangen gedurende de behandelperiode, uitgesplitst naar cliënten waarvan de behandeling binnen 12 maanden was afgerond en cliënten die langer dan een jaar in zorg waren

Type behandeling	Afgeronde cliënten	Niet afgeronde cliënten
Ondersteunende begeleiding cliënt	100 (54,1%)	151 (73,3%)*
Gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling - individueel	99 (53,5%)	143 (69,4%)*
Psychofarmaceutische behandeling	62 (33,5%)	126 (61,2%)*
Ondersteunende begeleiding systeem	41 (22,2%)	54 (26,2%)
Activerende technieken	16 (8,6%)	39 (18,9%)*
Gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling - groep	6 (3,2%)	29 (14,1%)*
Relatie/systeemtherapie	15 (8,1%)	32 (15,5%)*
Opname in kliniek	13 (7,0%)	12 (5,8%)
ECT	0 (0,0%)	0 (0,0%)

$p < .05$

Tabel 14 Functie van behandelaars die behandelingslijst hebben ingevuld

Functie	Afgeronde cliënten	Niet afgeronde cliënten
Verpleegkundige	58,1%	55,4%
Psycholoog / psychotherapeut	28,5%	29,9%
Psychiater / arts	3,5%	10,3%*
Maatschappelijk werkende	9,9%*	4,4%

$p < .05$

4.1.2 Demografische verschillen

Zoals kan worden verwacht ontvangen cliënten met een partner meer relatietherapie ($p = .00$) en is er een trend dat zij meer ondersteunende begeleiding van het systeem ontvangen ($p = .06$) dan alleenstaande cliënten. Daarentegen ontvangen alleenstaanden meer individuele ondersteunende begeleiding ($p = .01$). Cliënten met een laag oplei-

dingsniveau (maximaal MBO) hebben meer farmacologische behandeling ontvangen dan cliënten die hoger zijn opgeleid ($p = .01$), evenals meer ondersteunende begeleiding van het systeem ($p = .00$). Verder blijken cliënten jonger dan 75 jaar meer individuele psychologische behandeling ($p = .03$) en relatietherapie ($p = .01$) te ontvangen dan cliënten ouder dan 75 jaar. Cliënten ouder dan 75 zijn dan ook vaker alleenstaand dan cliënten jonger dan 75 ($p = .00$), maar hebben geen lager opleidingsniveau. Omgekeerd ontvangen cliënten ouder dan 75 jaar significant meer ondersteunende begeleiding van het systeem ($p = .02$).

Wat betreft comorbiditeit blijkt er een trend dat cliënten met comorbide problematiek op as I meer ondersteuning van het systeem ontvangen ($p = .06$) en vaker zijn opgenomen geweest in de kliniek ($p = .08$). Cliënten met comorbide lichamelijke aandoeningen hebben meer individuele ondersteunende begeleiding ontvangen dan cliënten zonder lichamelijke problematiek ($p = .05$).

4.1.3 Locaties

Zoals tabel 15 laat zien zijn er verschillen tussen instellingen in de typen behandeling die ingezet worden bij de behandeling van cliënten, in het bijzonder op het gebied van ondersteunende begeleiding, individuele psychologische behandeling en de inzet van psychofarmaca.

Tabel 15 Spreiding tussen locaties in het type behandeling dat cliënten hebben ontvangen gedurende de behandelperiode

Type behandeling	Spreiding tussen locaties
Ondersteunende begeleiding cliënt	40,0% -85,2%
Gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling - individueel	29,6% -100%
Psychofarmaceutische behandeling	28,3% -93,5%
Ondersteunende begeleiding systeem	3,8% -44,4%
Activerende technieken	5,6% -22,4%
Gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling - groep	0,0% -17,9%
Relatie/systeemtherapie	0,0% -24,4%
Opname in kliniek	0,0% -16,3%
ECT	0,0%

Er is ook een grote spreiding tussen het type behandelaar dat betrokken is bij de behandeling van cliënten (tabel 16).

Tabel 16 Functie van behandelaars die behandelingenlijst hebben ingevuld

Functie	Spreiding tussen locaties
Verpleegkundige	29,0%-73,5%
Psycholoog / psychotherapeut	6,5%-55,6%
Psychiater / arts	0,0%-58,1%
Maatschappelijk werkende	0,0%-46,3%

4.1.4 Vergelijking met meetronde 1

In vergelijking met meetronde 1 komt het bij afgeronde cliënten in de huidige meetronde minder vaak voor dat zij 3 typen behandeling hebben ontvangen (respectievelijk 18,7% en 12,4%) (Wald = 4.03; $p = .045$). Tevens is er minder gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling in een groep geboden aan cliënten in de huidige meetronde (respectievelijk 8,3% en 3,2%) ($p = .02$).

4.2 Vooruitgang op de HoNOS 65+

Van de 580 cliënten die in meetronde 2 zijn geïnccludeerd, is bij 374 cliënten (65%) zowel een begin- als een eindmeting op de HoNOS 65+ ingevuld. Wat betreft de primaire diagnose is de spreiding over de verschillende diagnostische groepen bij deze cliënten nagenoeg gelijk aan de onder paragraaf 3.3 genoemde percentages in de totale populatie: depressie 37%, aanpassingsstoornis 27%, angststoornis 10%, bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn 6% en relatieproblemen 5%.

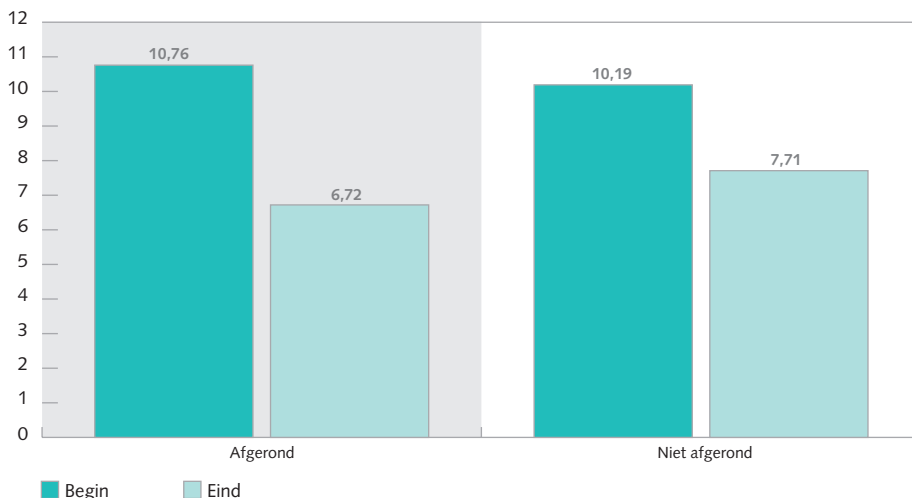
4.2.1 Afgeronde en niet afgeronde cliënten

Gemiddelde score

Bij 173 van de 274 cliënten (63%) waarvan de behandeling binnen een jaar was afgerond is zowel een begin- als een eindmeting op de HoNOS 65+ aanwezig. Ditzelfde geldt voor 201 van de 214 cliënten (94%) die na een jaar nog in behandeling waren.

Cliënten die binnen een jaar waren afgerond, scoorden bij het begin van de behandeling gemiddeld 10,76 punten op de HoNOS 65+ en bij afronding van de behandeling 6,72 punten (zie figuur 2). Dit is een significante verbetering van de problematiek ($t = 11.36$; $df = 172$; $p = .00$). Cliënten die langer dan een jaar in zorg waren, hadden bij aanvang van de behandeling een gemiddelde score van 10,19 en bij de eindmeting een score van 7,71 (zie figuur 2). Ook dit is een significante verbetering van problematiek ($t = 6.18$; $df = 200$; $p = .00$).

Figuur 2 Gemiddelde totaalscore op de HoNOS 65+ bij begin- en eindmeting, uitgesplitst naar cliënten waarbij de behandeling binnen 1 jaar was afgerond en cliënten die langer dan 1 jaar in zorg waren.



Kijkend naar de scores per afzonderlijke schaal blijkt bij afgeronde cliënten de meeste problematiek bij aanvang van de behandeling zich te bevinden op de schalen depressieve symptomen (gemiddelde score 1,72), problemen met lichamelijke ziekten/handicap (1,71) en andere geestelijke en gedragsproblemen (1,70). Bij de laatste schaal zijn onder meer 'angst en paniek' en 'geestelijke stress en spanning' veelgenoemde problemen. Daarna behalen de schalen met betrekking tot problemen met sociale/ondersteunende relaties (1,47) en problemen met kwaliteit van de daginvulling/ vrijetijdsbesteding (1,10) gemiddeld de hoogste scores. Met uitzondering van lichamelijke ziekte zijn de cliënten op al deze schalen significant verbeterd bij de eindmeting ($p = .00$).

Bij cliënten die langer dan 1 jaar in zorg waren bevond de meeste problematiek zich op dezelfde schalen als hierboven genoemd, zij het in een iets andere volgorde: depressieve symptomen (1,76), andere geestelijke en gedragsproblemen (1,69), problemen met sociale/ondersteunende relaties (1,48), lichamelijke ziekten/handicap (1,34) en problemen met kwaliteit van de daginvulling/ vrijetijdsbesteding (1,06). Met uitzondering van lichamelijke ziekte zijn de cliënten op al deze schalen significant verbeterd bij de eindmeting ($p = .00$).

Als we de totaalscore van de twee groepen met elkaar vergelijken blijken cliënten waarvan de behandeling daadwerkelijk was afgerond op het moment van de eindmeting meer te zijn verbeterd dan cliënten die nog in behandeling waren ($F = 8.48$; $df = 1, 370$; $p = .00$).

Percentage cliënten met problematiek

Gemiddeld hadden afgeronde cliënten bij aanvang van de behandeling op 3,5 schalen duidelijk aanwezige problematiek (een score van 2 of hoger). Ten tijde van de eindmeting was bij cliënten gemiddeld op 1,8 schalen klinisch relevante problematiek aanwezig. Dit is een significante daling van het aantal schalen waarop afgeronde cliënten problematiek hebben ($t = 12.56$; $df = 172$; $p = .00$).

Cliënten die langer dan 1 jaar in zorg waren hadden bij aanvang van de behandeling eveneens gemiddeld op 3,3 schalen duidelijk aanwezige problematiek. Ten tijde van de eindmeting was gemiddeld op 2,3 schalen problematiek aanwezig. Ook dit is een significante daling van het aantal schalen waarop deze cliënten problematiek hebben ($t = 6.73$; $df = 200$; $p = .00$).

Zoals in tabel 17 is te zien, had het merendeel van de cliënten waarbij de behandeling binnen een jaar was afgerond andere geestelijke en gedragsproblemen aan het begin van de behandeling (61%), gevolgd door depressieve symptomen (57%), lichamelijke problemen (57%) en problemen met sociale relaties (49%). Op lichamelijke aandoeningen na, waren er bij de eindmeting significant minder cliënten die nog relevante klachten hadden op deze schalen. Naast lichamelijke aandoeningen waren er nog vijf schalen waar bij eindmeting niet minder cliënten relevante problematiek hadden: opzettelijke zelfverwonding, problemen met alcohol of drugsgebruik, cognitieve problemen, problemen met ADL-activiteiten en algemene problemen met woonomstandigheden.

Cliënten die na een jaar nog in zorg waren, laten een vergelijkbaar patroon zien: bij beginmeting hadden cliënten relevante problematiek op de schalen andere geestelijke en gedragsproblemen (62%), depressieve symptomen (58%), sociale relaties (51%) en lichamelijke problemen (46%), en bij nameting waren er, op lichamelijke aandoeningen na, significant minder cliënten met deze problematiek. De schalen waarop het percentage cliënten met problematiek niet significant was afgenomen komen ook nagenoeg overeen: problemen met alcohol of drugsgebruik, cognitieve problemen, problemen met hallucinaties/wanen, problemen met ADL-activiteiten en algemene problemen met woonomstandigheden.

Als we afgeronde en niet afgeronde cliënten met elkaar vergelijken, lag het percentage cliënten dat bij beginmeting relevante problematiek had op de schaal lichamelijke ziekten significant hoger in de afgeronde groep ($p = .01$). Er was een trend dat bij beginmeting het percentage cliënten met problematiek op de schaal opzettelijke zelfverwonding hoger lag in de groep niet afgeronde cliënten ($p = .08$).

Bij eindmeting lag op de volgende schalen het percentage cliënten met relevante problematiek significant hoger bij niet afgeronde cliënten: gedragsstoornissen ($p = .05$), depressieve symptomen ($p = .00$), andere geestelijke en gedragsproblemen ($p = .00$), problemen met sociale relaties ($p = .03$). Een trend werd gevonden op de schalen cognitieve problemen ($p = .07$) en lichamelijke ziekten ($p = .08$).

Tabel 17 Percentage cliënten dat bij de eindmeting problematiek had in vergelijking met het aantal cliënten dat bij aanvang van de behandeling problematiek had, uitgesplitst naar de afzonderlijke schalen van de HoNOS 65+ en uitgesplitst naar afgeronde en niet afgeronde cliënten

Schaal	Afgeronde cliënten		Niet afgeronde cliënten	
	begin (%)	eind (%)	begin (%)	eind (%)
1. Gedragsstoornissen	24,3	5,8*	20,4	11,9*■
2. Opzettelijke zelfverwonding	5,2	1,7	8,5■■	1,0*
3. Problemen met alcohol- of drugsgebruik	6,4	3,5	5,0	5,5
4. Cognitieve problemen	9,8	8,1	9,0	13,9■■
5. Problemen met lichamelijke ziekten/handicap	56,6■	52,0	45,8	42,8■■
6. Problemen hallucinaties / wanen	9,2	3,5*	6,0	6,0
7. Problemen met depressieve symptomen	56,6	20,8*	57,7	35,8*■
8. Andere geestelijke en gedragsproblemen	60,7	22,5*	62,2	39,8*■
9. Problemen sociale/ondersteunende relaties	49,1	22,0*	51,2	32,3*■
10. Problemen met ADL-activiteiten	22,5	19,1	23,4	19,4
11. Algemene problemen met woonomstandigheden	12,1	7,5	9,0	6,0
12. Problemen met de kwaliteit van vrijetijdsbesteding/daginulling	37,0	15,6*	35,3	16,9*

* McNemar Test $p < .05$

■ Chi-kwadraat $p < .05$

■■ Chi-kwadraat $p < .10$

Problematiek met betrekking tot de primaire diagnose

Een andere manier om de vooruitgang te bepalen is door te kijken of cliënten zijn opgeknapt op die schaal van de HoNOS 65+ die als meest belangrijk bij hun primaire diagnose kan worden aangemerkt. Het blijkt dat 46,5% van de afgeronde cliënten verbeterd is op de, gezien de primaire diagnose, meest belangrijke schaal van de HoNOS 65+ (tabel 18). Bij 28,5% van de cliënten was bij de eindmeting nog steeds sprake van problematiek op deze schaal, of was juist problematiek opgetreden. Bij 25% van de cliënten was bij aanvang van de behandeling geen sprake van problematiek op de meest voor de hand liggende schaal, maar was dit bij de eindmeting ook niet het geval. Bij cliënten die langer dan 1 jaar in behandeling waren was 34% opgeknapt, maar bleek 48% nog steeds relevante problematiek te hebben op de meest belangrijke schaal van de HoNOS 65+ gezien de primaire diagnose.

Tabel 18 Percentage cliënten dat is opgeknapt op de belangrijkste schaal van de HoNOS 65+ behorend bij de primaire diagnose, uitgesplitst naar cliënten die korter en langer dan 1 jaar in behandeling waren.

Vooruitgang	Afgerond (%)	Niet afgerond (%)
Opgeknapt	46,5	33,8
Niet opgeknapt	28,5	47,8
Geen problematiek	25,0	18,4

Effectsize

Bij afgeronde cliënten ligt het percentage cliënten dat klinisch significant is verbeterd door de behandeling op 70% en bij niet afgeronde cliënten op 56% (zie tabel 19). Het percentage cliënten dat is opgeknapt verschilt significant van elkaar tussen beide groepen ($p = .00$).

Tabel 19 Mate waarin cliënten klinisch significant zijn opgeknapt bij de vervolgmeting, uitgesplitst naar afgeronde en niet afgeronde cliënten

Effectsize	Afgeronde cliënten	Niet afgeronde cliënten
Klein ($\leq .32$)	46 (26,6%)	88 (43,8%)
Middelgroot (.33 - .55)	12 (6,9%)	12 (6,0%)
Groot ($\geq .56$)	115 (63,1%)	101 (50,2%)

4.2.2 Invloed van mogelijk verstorende variabelen en behandeling

Eerst zullen de life events nader toegelicht worden. Vervolgens zal de invloed van de mogelijk verstorende variabelen worden besproken.

Life events

Bij 140 van de 274 cliënten (51%) die korter dan 1 jaar in zorg waren is aangegeven welke life events zij hebben meegemaakt gedurende de behandelperiode. Ditzelfde geldt voor 189 van de 214 cliënten (88%) die na een jaar nog in zorg waren. Het percentage cliënten dat een of meerdere life events heeft meegemaakt gedurende de behandelperiode in beide groepen (respectievelijk 53% en 50%) verschilt niet significant van elkaar ($p = .58$). Bij cliënten waarbij de behandeling binnen een jaar was afgerond kwam de life event verhuizing ($p = .01$) significant vaker voor dan bij cliënten die na een jaar nog in behandeling waren en is er een trend dat de life event ernstige ziekte vaker voorkomt ($p = .051$) (zie tabel 20). Onder de categorie 'anders' valt bijvoorbeeld stopzetting dagopvang, echtscheiding, financiële of relatieproblemen van een kind, het weer inwonen van een kind.

Tabel 20 Life events die cliënten hebben meegemaakt gedurende de behandelperiode

Life event	Afgerond (%)	Niet afgerond (%)
ernstige ziekte of sterke lichamelijke achteruitgang	23,6	13,8
verhuizing	15,7	5,8
ernstige ruzie of conflict met iemand die belangrijk is voor de cliënt	7,1	7,9
ernstige ziekte of ernstig ongeluk <u>van de partner</u> van de cliënt	3,6	6,9
de partner is overleden	2,9	7,9
één of beide ouder(s) is overleden	2,9	0,5
een kind is overleden	2,9	2,1
ernstige financiële problemen	2,1	1,6
een dierbaar familielid is overleden	2,1	3,7
opname in een verzorgingshuis of verpleeghuis <u>van de partner</u> van de cliënt	1,4	1,1
ernstige ziekte of een ernstig ongeluk <u>van een kind</u> van de cliënt	0,7	2,1
slachtoffer van een ernstig misdrijf	0,7	0,0
ernstige ziekte of een ernstig ongeluk <u>van een dierbaar familielid</u> van de cliënt	0,0	2,1
anders	8,6	11,6

Invloed van demografie, life events en behandeling

Onder cliënten waarbij de behandeling binnen 1 jaar was afgerond, blijkt dat cliënten die alleenstaand zijn over het geheel genomen hoger scoren op de HoNOS 65+ in vergelijking met cliënten die samenwonen ($F = 4.19$; $df = 1, 171$; $p = .04$). Ditzelfde geldt voor cliënten met somatische comorbiditeit in vergelijking met cliënten zonder somatische comorbiditeit ($F = 4.05$; $df = 1, 171$; $p = .046$) en cliënten die life events hebben meegemaakt gedurende de behandelperiode in vergelijking met cliënten die geen life events hebben meegemaakt ($F = 13.90$; $df = 1, 125$; $p = .00$). Met betrekking tot de behandeling blijkt dat cliënten die geen psychologische behandeling hebben ontvangen hoger scoren in vergelijking met cliënten die wel psychologische behandeling hebben ontvangen ($F = 6.31$; $df = 1, 167$; $p = .01$) en cliënten die psychofarmaca hebben gekregen hoger scoren in vergelijking met cliënten die geen psychofarmaca hebben gekregen ($F = 9.18$; $df = 1, 167$; $p = .00$).

Deze factoren zijn echter niet van invloed op de mate waarin cliënten opknappen. Zoals in tabel 21 te zien blijkt opname in de kliniek wel van invloed te zijn op de mate van verbetering: cliënten die niet opgenomen zijn geweest, zijn meer verbeterd dan cliënten

die wel opgenomen zijn geweest gedurende de behandelperiode ($F=5.11$; $df=1, 167$; $p=.03$). Tevens is er een trend dat vrouwen meer verbeteren dan mannen ($F=2.94$; $df=1, 171$; $p=.09$) en dat cliënten die geen begeleidingscontacten hebben ontvangen gedurende de behandelperiode meer verbeteren dan cliënten die wel begeleidingscontacten hebben ontvangen ($F=3.76$; $df=1,167$; $p=.054$).

Bij cliënten die na een jaar nog in behandeling waren geldt dat alleenstaande cliënten meer problematiek op de HoNOS 65+ laten zien dan cliënten die samenwonen ($F = 7.07$; $df = 1, 199$; $p = .01$). Dit is ook het geval bij cliënten met lichamelijke comorbiditeit in vergelijking met cliënten zonder lichamelijke comorbiditeit ($F = 12.02$; $df = 1, 199$; $p = .00$) en cliënten die life events hebben meegemaakt in vergelijking met cliënten die geen life events hebben meegemaakt ($F = 9.17$; $df = 1, 199$; $p = .00$).

Deze factoren zijn echter niet van invloed op de mate waarin cliënten opknappen. Zoals in tabel 21 te zien is er een trend dat cliënten met persoonlijkheidsproblematiek minder goed verbeteren dan cliënten zonder persoonlijkheidsproblematiek ($F=3.51$; $df=1, 199$; $p=.06$). Daarnaast is er een trend dat cliënten die geen begeleidingscontacten hebben ontvangen meer verbeteren dan cliënten die wel begeleidingscontacten hebben ontvangen ($F=3.04$; $df=1, 198$; $p=.08$).

Tabel 21 De invloed van demografische variabelen, psychische of somatische comorbiditeit, life events en type behandeling op de mate waarin afgeronde en niet afgeronde cliënten verbeteren op de HoNOS 65+ door de behandeling.

Variabele	Afgeronde cliënten	Niet afgeronde cliënten
Geslacht (man/vrouw)	$F=2.94$; $df=1, 171$; $p=.09$	$F=.56$; $df=1, 199$; $p=.45$
Leeftijd (jonger/ouder 75 jaar)	$F=.00$; $df=1, 167$; $p=.96$	$F=.48$; $df=1, 196$; $p=.49$
Samenstelling huishouden (alleen/ met partner of anderen)	$F=1.10$; $df=1, 171$; $p=.29$	$F=.51$; $df=1, 199$; $p=.48$
Opleidingsniveau (hoger of lager dan MBO)	$F=.01$; $df=1, 169$; $p=.91$	$F=1.29$; $df=1, 197$; $p=.26$
Nationaliteit (autochtoon / allochtoon)	$F=.50$; $df=1, 171$; $p=.48$	$F=.98$; $df=1, 199$; $p=.33$
Psychische comorbiditeit as I (geen / 1 of meer)	$F=.63$; $df=1, 171$; $p=.43$	$F=.29$; $df=1, 199$; $p=.59$
Psychische comorbiditeit as II (geen / 1 of meer)	$F=.30$; $df=1, 171$; $p=.59$	$F=3.51$; $df=1, 199$; $p=.06$
Somatische comorbiditeit as III (geen / 1 of meer)	$F=.89$; $df=1, 171$; $p=.35$	$F=.04$; $df=1, 199$; $p=.84$
Life events (geen / 1 of meer)	$F=1.37$; $df=1, 125$; $p=.24$	$F=.35$; $df=1, 181$; $p=.55$
Psychologische behandeling (nee/ja)	$F=.94$; $df=1, 167$; $p=.33$	$F=2.11$; $df=1, 198$; $p=.15$
Begeleidingscontact (nee/ja)	$F=3.76$; $df=1,167$; $p=.054$	$F=3.04$; $df=1, 198$; $p=.08$
Psychofarmaca (ja/nee)	$F=.89$; $df=1,167$; $p=.35$	$F=1.31$; $df=1, 198$; $p=.25$
Opname (ja/nee)	$F=5.11$; $df=1, 167$; $p=.03$	$F=.16$; $df=1, 198$; $p=.69$

4.2.3 Locaties

In tabel 22 is te zien dat in sommige instellingen cliënten meer zijn opgeknapt dan in andere instellingen (verschil in effectsize). Ondanks dat rekening is gehouden met verschillen in cliëntenpopulatie (bijkomende persoonlijkheidsproblematiek en al dan niet langer dan een jaar in behandeling) lijken cliënten in sommige instellingen in grotere mate op te knappen dan in andere instellingen.

Tabel 22 Gemiddelde effectsize per instelling², gecorrigeerd voor bijkomende persoonlijkheidsproblematiek en cliëntgroep (afgerond/niet afgerond)

Instelling	Gemiddelde effectsize
Instelling 1 (n = 59)	.90
Instelling 2 (n = 24)	.94
Instelling 3 (n = 75)	.33
Instelling 4 (n = 14)	.94
Instelling 5 (n = 53)	.73
Instelling 6 (n = 47)	.63
Instelling 7 (n = 40)	.68
Instelling 8 (n = 52)	.21

4.2.4 Vergelijking met meetronde 1

Totaalscore

Bij cliënten waarvan de behandeling binnen een jaar is afgerond is er tussen beide meetrondes geen significant verschil in de hoogte van de gemiddelde totaalscore op de HoNOS 65+ bij begin- en eindmeting. Evenmin is er een significant verschil in de mate waarin cliënten opknappen in beide meetrondes.

Bij cliënten waarbij de eindmeting plaatsvond omdat ze een jaar in behandeling waren wordt eveneens geen significant verschil gevonden in de mate waarin cliënten verbeteren in beide meetrondes.

Wel blijken cliënten in meetronde 1 gemiddeld hoger te scoren bij begin- en eindmeting dan cliënten in de huidige meetronde ($F = 3.98$; $df 1, 459$; $p = .047$).

Percentage cliënten met problematiek

Bij afgeronde cliënten ligt het percentage cliënten met problematiek op de schaal depressieve symptomen in meetronde 1 hoger in vergelijking met cliënten uit de huidige meetronde (respectievelijk 66,6% en 56,6%) ($p = .047$).

2 Bij drie instellingen is de gemiddelde effectsize niet berekend, omdat minder dan tien cliënten een begin- en eindmeting hadden.

Ditzelfde verschil wordt gevonden bij cliënten die nog in behandeling waren op het moment van de eindmeting (respectievelijk 67,7% en 57,7%) ($p = .03$). Tevens is er een trend dat in meetronde 1 meer cliënten problematiek hadden op de schaal hallucinaties/wanen in vergelijking met cliënten uit meetronde 2 (respectievelijk 11,2% en 6,0%) ($p = .07$).

Problematiek met betrekking tot primaire diagnose

In vergelijking met meetronde 1 ligt het percentage afgeronde cliënten dat is opgeknapt op de meest belangrijke schaal van de HoNOS 65+ volgens de primaire diagnose significant hoger dan in de huidige meetronde (respectievelijk 59,9% en 46,5%) (Wald = 7.31; $p = .01$).

Er wordt geen verschil gevonden bij cliënten die nog in behandeling waren op het moment van de eindmeting tussen beide meetrondes.

Effectsize

Bij zowel afgeronde als niet afgeronde cliënten is er geen verschil tussen beide meetrondes in het percentage cliënten dat klinisch significant is opgeknapt na de behandeling.

4.3 Tevredenheid met de zorg

4.3.1 Afgeronde en niet afgeronde cliënten

Door 81 cliënten waarvan de behandeling binnen een jaar was afgerond (30%) is een GGZ Cliëntenthermometer ingevuld. 66 cliënten (24%) hadden voldoende vragen ingevuld om een totaalscore te kunnen berekenen. Van de cliënten die na een jaar nog in behandeling waren hebben 143 cliënten (67%) een GGZ Cliëntenthermometer ingevuld. Bij 110 cliënten (51%) kon een totaalscore worden berekend.

Over het algemeen waren de cliënten zeer tevreden over de ontvangen zorg (zie tabel 23). De tevredenheid over de inspraak werd relatief het minst goed gewaardeerd en cliënten waren relatief het meest tevreden over de hulpverlener. Tevredenheid over de verkregen informatie en het resultaat van de behandeling lag hier tussen in.

Afgeronde en niet afgeronde cliënten verschilden significant van elkaar wat betreft tevredenheid over de verkregen informatie ($t = -2.11$; $df = 201$; $p = .04$). Op de overige subschalen werd geen verschil gevonden.

Tabel 23 Score op de GGZ Cliëntenthermometer, uitgesplitst naar cliënten waarvan de behandeling binnen een jaar was afgerond en cliënten die langer dan 1 jaar in zorg waren.

Onderdeel	Afgeronde cliënten	Niet afgeronde cliënten
subschaal informatie, m (range)	0,96 (0-1)	0,89* (0-1)
subschaal inspraak, m (range)	0,87 (0-1)	0,80 (0-1)
subschaal hulpverlener, m (range)	0,98 (0-1)	0,97 (0-1)
subschaal resultaat, m (range)	0,89 (0-1)	0,82 (0-1)
totaalscore, m (range)	0,92 (0,19- 1)	0,87 (0,13-1)
rapportcijfer, m (range)	7,9 (4-10)	7,7 (2-10)

$p < .05$

4.3.2 Demografische verschillen

Alleen onder niet afgeronde cliënten is er een trend dat hoog opgeleide cliënten minder tevreden zijn met het resultaat van de behandeling dan laag opgeleide cliënten (score respectievelijk 0.84 en 0.69) ($t = 1.77$; $df = 99$; $p = .08$).

Zowel bij afgeronde, als niet afgeronde cliënten hangt de tevredenheid niet samen met geslacht, leeftijd en samenstelling huishouden.

4.3.3 Locaties

Met name op het gebied van de inspraak en het resultaat verschilt de tevredenheid van cliënten tussen de deelnemende instellingen (zie tabel 24).

Tabel 24 Variabiliteit tussen instelling op de score op de GGZ Cliëntenthermometer

Onderdeel	Variabiliteit tussen locaties
subschaal informatie	0,76 - 0,98
subschaal inspraak	0,56 - 0,90
subschaal hulpverlener	0,93 - 1,00
subschaal resultaat	0,68 - 0,90
totaalscore	0,79 - 0,93
rapportcijfer	6,9 - 8,2

4.3.4 Vergelijking met meetronde 1

Onder cliënten die op het moment van de eindmeting nog in behandeling waren is er een trend dat het rapportcijfer in de voorgaande meetronde (7.9) hoger was dan in de huidige meetronde (7.5) ($t = 1.92$; $df = 243$; $p = .06$). Op de overige gebieden is geen verschil in mate van tevredenheid gevonden tussen beide meetrondes.

4.4 Samenvatting van de resultaten

Behandeling

Bij 72% van de cliënten (56% bij afgeronde en 86% bij niet afgeronde cliënten) bestaat de ontvangen behandeling uit minimaal twee typen behandeling. Individuele ondersteunende begeleiding, individuele gesprekstherapie en psychofarmaca zijn de typen behandeling die het meest zijn ingezet op enig moment gedurende de behandeling. In vergelijking met meetronde 1 werd er in de huidige meetronde minder gesprekstherapie in een groep geboden.

Mentaal en sociaal functioneren

Bij aanvang van de behandeling hebben de meeste cliënten problematiek met betrekking tot de gebieden andere geestelijke en gedragsproblemen (zoals angst en paniek of geestelijke stress en spanning), depressieve symptomen, lichamelijke ziekte, sociale relaties en kwaliteit van de daginvulling. Aan het eind van de behandeling hebben significant minder cliënten problematiek op deze gebieden, met uitzondering van lichamelijke problematiek. Bij 64% van de cliënten (70% bij afgeronde cliënten en 56% bij niet afgeronde cliënten) is een klinisch relevante verbetering zichtbaar.

Alleenstaanden, cliënten met lichamelijke comorbiditeit, cliënten die life events hebben meegemaakt gedurende de behandelperiode functioneren over het algemeen slechter dan samenwonenden, cliënten zonder lichamelijke comorbiditeit of cliënten die geen life events hebben meegemaakt. Deze factoren zijn echter niet van invloed op de mate van verbetering. Bij cliënten waarbij de behandeling binnen een jaar was afgerond draagt opgenomen zijn geweest in een kliniek bij aan een minder goed behandelresultaat. Bij cliënten die na een jaar nog in zorg waren speelt de aanwezigheid van persoonlijkheidsproblematiek hierbij een rol.

Er is geen verschil tussen meetronde 1 en 2 in het percentage cliënten dat klinisch significant is opgeknapt.

Tevredenheid

Cliënten zijn over het algemeen zeer tevreden met de ontvangen behandeling. De hulpverlener waarderen zij relatief het beste en de inspraak in de behandeling relatief het minst goed.

5 Wat levert de zorg op bij cliënten met een depressie?

5.1 Steekproef

Dit hoofdstuk heeft betrekking op de cliënten die voor MEMO Depressie zijn geïncludeerd in de periode 1 juni 2008 - 1 maart 2010. Het betreft dus cliënten met een primaire diagnose depressie die zowel meetronde 1 als meetronde 2 zijn gemonitord. In totaal gaat het om 613 cliënten met de volgende kenmerken: 70% is vrouw, de gemiddelde leeftijd is 76 jaar, 98% heeft de Nederlandse nationaliteit, 53% is alleenstaand en 87% is laag opgeleid (maximaal MBO). Wat betreft de DSM-IV diagnose heeft 39% comorbiditeit op as I. Het betreft met name <bijkomende problematiek die een reden voor zorg kunnen zijn> (zoals levensfaseproblematiek of rouwreactie) (11%), angststoornissen (10%) of relatieproblemen (7,5%). Bij 18% van de cliënten is sprake van comorbide persoonlijkheidsproblematiek op as II en 68% heeft bijkomende lichamelijke problematiek op as III. Daarnaast heeft 79% minimaal één psychosociaal of omgevingsprobleem. Het betreft hier met name problemen met de primaire steungroep (59,5%), problemen verbonden aan de sociale omgeving (23%) en woonproblemen (5%). Bij 64% van de cliënten is de GAF-score hoger dan 50.

Bij 57% van de cliënten werd de behandeling binnen een jaar afgesloten en zij waren gemiddeld zes maanden in zorg. De resultaten met betrekking tot cliënten met een depressie zullen hieronder telkens worden uitgesplitst naar cliënten waarvan de behandeling daadwerkelijk was afgerond op het moment van de eindmeting (afgerond) en cliënten waarvan de eindmeting plaatsvond omdat zij een jaar in zorg waren (niet afgerond).

5.2 Type behandeling

5.2.1 Afgeronde en niet afgeronde cliënten

Van de 297 afgeronde cliënten, is bij 212 cliënten (71%) aangegeven welk type behandeling zij gedurende de behandelperiode hebben ontvangen. Van de 240 niet afgeronde cliënten is dit bij 220 cliënten (92%) het geval. In tabel 25 is te zien dat tweederde van de afgeronde cliënten met een depressie (69%) meer dan een type behandeling heeft ontvangen gedurende de behandelperiode. Dit percentage ligt bij niet afgeronde cliënten aanzienlijk hoger (89%).

Tabel 25 Totaal aantal behandelingen dat cliënten met een depressie hebben ontvangen gedurende de behandelperiode

Aantal behandelingen	Afgeronde cliënten	Niet afgeronde cliënten
1	69 (32,5%)*	25 (11,4%)
2	76 (35,8%)	68 (30,9%)
3	45 (21,2%)	77 (35,0%)*
≥4	22 (10,4%)	50 (22,7%)*

* $p = .00$

Zoals in tabel 26 is te zien heeft 58% van de afgeronde cliënten met een depressie op enig moment gedurende de behandeling individuele gesprekstherapie ontvangen, 57% individuele ondersteunende begeleiding en 51% psychofarmaca. Onder de niet afgeronde cliënten met een depressie heeft driekwart (74%) op enig moment psychofarmaca ontvangen, 71% individuele ondersteunende begeleiding en 65% individuele gesprekstherapie. In vergelijking met afgeronde cliënten zijn bij niet afgeronde cliënten bijna alle typen behandeling vaker ingezet geweest gedurende de behandelperiode, met uitzondering van individuele psychologische behandeling, activerende technieken, opname in een kliniek en ect. Wat betreft het type behandelaar dat op enig moment bij de behandeling betrokken was, is de psychiater vaker ingezet bij niet afgeronde cliënten dan bij afgeronde cliënten (zie tabel 27). Er is geen verschil gevonden voor de overige disciplines.

Tabel 26 Type behandeling dat cliënten met een depressie hebben ontvangen gedurende de behandelperiode

Type behandeling	Afgeronde cliënten	Niet afgeronde cliënten
Psychofarmaceutische behandeling	109 (51,4%)	162 (73,6%)*
Ondersteunende begeleiding cliënt	120 (56,6%)	155 (70,5%)*
Gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling - individueel	123 (58,0%)	142 (64,5%)
Ondersteunende begeleiding systeem	37 (17,5%)	57 (25,9%)*
Activerende technieken	32 (15,1%)	39 (17,7%)
Gespreks/psychologische/psychotherapeutische behandeling - groep	17 (8,0%)	35 (15,9%)*
Relatie/systeemtherapie	7 (3,3%)	15 (6,3%)*
Opname in kliniek	12 (5,7%)	18 (8,2%)
ECT	0 (0,0%)	1 (0,4%)

* $p < .05$

Tabel 27 Functie van behandelaars die behandelingenlijst hebben ingevuld

Functie	Afgeronde cliënten	Niet afgeronde cliënten
Verpleegkundige	52,1%	52,5%
Psycholoog / psychotherapeut	32,0%	25,8%
Psychiater / arts	9,3%	18,0%*
Maatschappelijk werkende	7,6%	3,7%

* $p < .05$

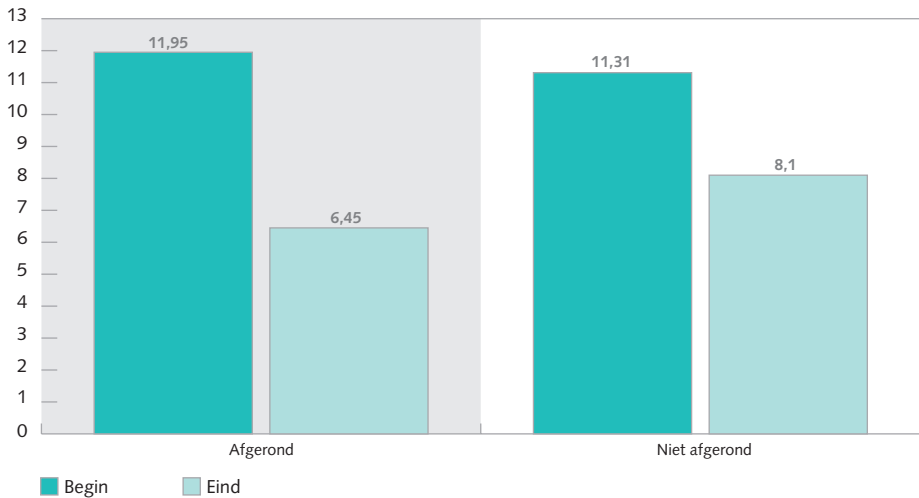
5.3 Vooruitgang op de HoNOS 65+

5.3.1 Afgeronde en niet afgeronde cliënten

Bij 196 van de 297 depressieve cliënten (66%) waarvan de behandeling binnen een jaar was afgerond is zowel een begin- als een eindmeting op de HoNOS 65+ aanwezig. Ditzelfde geldt voor 212 van de 220 cliënten (96%) die na een jaar nog in behandeling waren.

Cliënten die binnen een jaar waren afgerond, scoorden bij het begin van de behandeling gemiddeld 11,95 punten op de HoNOS 65+ en bij afronding van de behandeling 6,45 punten (zie figuur 3). Dit is een significante verbetering van de problematiek ($t = 14.40$; $df = 195$; $p = .00$). Cliënten die langer dan een jaar in zorg waren, hadden bij aanvang van de behandeling een gemiddelde score van 11,31 en bij de eindmeting een score van 8,10 (zie figuur 2). Ook dit is een significante verbetering van problematiek ($t = 7.38$; $df = 211$; $p = .00$). Afgeronde cliënten zijn in sterkere mate verbeterd dan niet afgeronde cliënten ($F = 15.56$; $df = 1, 406$; $p = .00$).

Figuur 3 Gemiddelde totaalscore op de HoNOS 65+ bij begin- en eindmeting, uitgesplitst naar cliënten waarbij de behandeling binnen 1 jaar was afgerond en cliënten die langer dan 1 jaar in zorg waren.



Zoals verwacht had het grootste percentage van de afgeronde cliënten bij aanvang van de behandeling relevante problematiek op het gebied van depressieve symptomen (87%) (zie tabel 28), gevolgd door problemen met lichamelijke ziekte (56%), problemen met sociale relaties (54%), overige geestelijke en gedragsproblemen (53%) en problemen met de kwaliteit van de daginvulling (45%). Onder overige geestelijke en gedragsproblemen zijn met name angst en paniek en geestelijke stress en spanning geregistreerd. Bij de eindmeting is op al deze schalen het percentage cliënten dat nog problematiek heeft significant lager. Alleen op de schalen problemen met alcohol- of drugsgebruik, cognitieve problemen en problemen met woonomstandigheden is het percentage cliënten met relevante problematiek bij eindmeting niet significant lager dan bij beginmeting.

Bij cliënten die na een jaar nog in behandeling waren had eveneens het grootste percentage van de cliënten bij aanvang van de behandeling relevante problemen met depressieve symptomen (84%), gevolgd door andere geestelijke en gedragsproblemen (59%), problemen met sociale relaties (51%), problemen met lichamelijke ziekte (44%) en problemen met de kwaliteit van de daginvulling (40%). Onder andere geestelijke en gedragsproblemen zijn angst en paniek, geestelijke stress en spanning en slaapproblemen veel geregistreerd. Bij de eindmeting is op al deze schalen het percentage cliënten met relevante problematiek significant lager, met uitzondering van lichamelijke problematiek. Andere schalen waarbij het percentage bij eindmeting niet significant lager is zijn problemen met alcohol- of drugsgebruik, cognitieve problemen, problemen met ADL en problemen met woonomstandigheden.

Vergelijking tussen afgeronde en niet afgeronde cliënten laat zien dat het percentage cliënten met relevante problematiek op de schaal lichamelijke aandoeningen significant

hoger lag bij beginmeting bij afgeronde cliënten. Daarentegen lag bij de eindmeting het percentage cliënten met problematiek op de schalen depressieve symptomen en andere geestelijke en gedragsproblemen hoger bij niet afgeronde cliënten.

Tabel 28 Percentage depressieve cliënten dat bij de eindmeting problematiek had in vergelijking met het aantal cliënten dat bij aanvang van de behandeling problematiek had, uitgesplitst naar de afzonderlijke schalen van de HoNOS 65+ en uitgesplitst naar afgeronde en niet afgeronde cliënten

Schaal	Afgeronde cliënten		Niet afgeronde cliënten	
	begin (%)	eind (%)	begin (%)	eind (%)
1. Gedragsstoornissen	23,0	6,6*	15,6	9,0*
2. Opzettelijke zelfverwonding	9,7	3,1*	12,3	2,8*
3. Problemen met alcohol- of drugsgebruik	5,1	3,1	4,7	3,3
4. Cognitieve problemen	8,2	7,7	7,5	10,8
5. Problemen met lichamelijke ziekten/handicap	56,1 [■]	45,4*	44,3	43,9
6. Problemen hallucinaties / wanen	7,1	2,0*	8,5	2,8*
7. Problemen met depressieve symptomen	86,7	25,0*	84,0	42,9* [■]
8. Andere geestelijke en gedragsproblemen	53,1	24,0*	59,4	37,3* [■]
9. Problemen sociale/ondersteunende relaties	53,6	21,9*	50,9	28,8*
10. Problemen met ADL-activiteiten	27,6	17,9*	21,2	19,3
11. Algemene problemen met woonomstandigheden	9,2	7,1	8,0	7,1
12. Problemen met de kwaliteit van vrijetijdsbesteding/daginvulling	45,4	15,8*	40,1	19,8*

* McNemar Test $p < .05$ (vergelijking tussen begin- en eindmeting)

■ Chi-kwadraat $p < .05$ (vergelijking tussen afgeronde en niet afgeronde cliënten)

Daarnaast is 76,5% van de afgeronde cliënten met een depressie klinisch significant verbeterd (effectsize $> .32$) volgens de HoNOS 65+ (zie tabel 29). Ditzelfde geldt voor 61% van de niet afgeronde cliënten. Het percentage afgeronde cliënten is opgeknapt is significant groter dan het percentage niet afgeronde cliënten dat is opgeknapt ($p = .00$).

Tabel 29 Mate waarin cliënten klinisch significant zijn opgeknapt op de HoNOS 65+ bij de vervolgmeting, uitgesplitst naar afgeronde en niet afgeronde cliënten

Effectsize	Afgeronde cliënten	Niet afgeronde cliënten
Klein ($\leq .32$)	46 (23,5%)	82 (38,7%)
Middelgroot (.33 - .55)	11 (5,6%)	13 (6,1%)
Groot ($\geq .56$)	139 (70,9%)	117 (55,2%)

5.4 Vooruitgang op de GDS-15

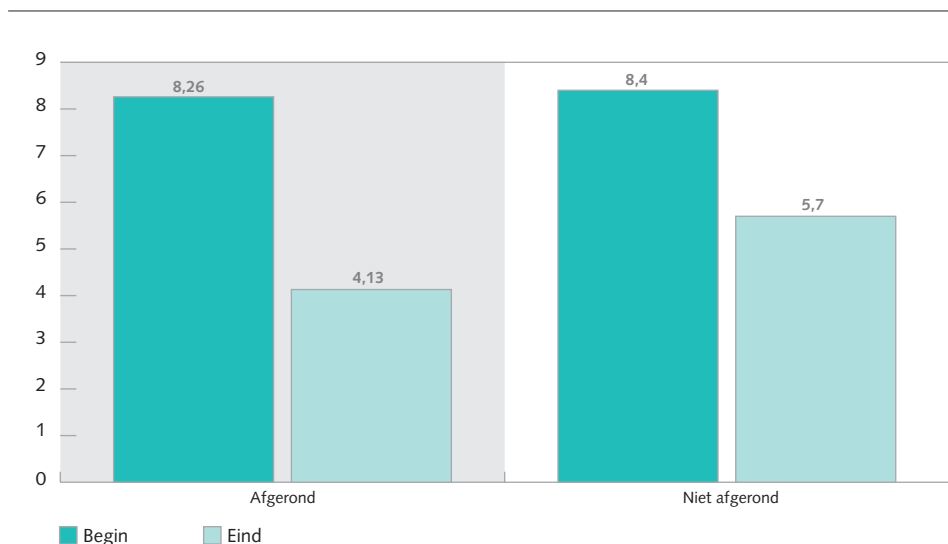
5.4.1 Afgeronde en niet afgeronde cliënten

Van de 297 cliënten waarbij de behandeling binnen een jaar was afgerond hebben 154 cliënten (52%) zowel een begin- als een eindmeting op de GDS-15 ingevuld. Ditzelfde geldt voor 179 van de 220 cliënten (81%) die na een jaar nog in zorg waren.

Bij aanvang van de behandeling hadden afgeronde cliënten een gemiddelde score van 8,3 punten, wat duidt op een middelmatige depressie. Bij de eindmeting scoorden de cliënten gemiddeld 4,1 punten, wat geen indicatie meer geeft voor depressiviteit (zie figuur 4). De totaalscore op de GDS-15 is daarmee significant verbeterd ($F = 181.70$; $df = 1, 153$; $p = .00$). Cliënten die na een jaar nog in zorg waren scoorden 8,4 punten bij aanvang van de behandeling. Bij eindmeting was dit gedaald naar 5,7 punten, een significante afname tot net onder de cut-off score van 6 ($F = 65.22$; $df = 1, 178$; $p = .00$).

Afgeronde cliënten zijn in grotere mate opgeknapt dan niet afgeronde cliënten ($F = 9.90$; $df = 1, 331$; $p = .00$).

Figuur 4 Gemiddelde score op de GDS-15 bij begin- en eindmeting, uitgesplitst naar afgeronde en niet afgeronde cliënten



Daarnaast is 75% van de afgeronde cliënten klinisch significant verbeterd volgens de GDS-15 (effectsize $> .32$) en 57,5% van de cliënten die na een jaar nog in behandeling waren (zie tabel 30). Het percentage afgeronde cliënten dat is opgeknapt ligt significant hoger dan het percentage niet afgeronde cliënten dat is opgeknapt ($p = .00$).

Tabel 30 Mate waarin cliënten klinisch significant zijn opgeknapt op de GDS-15 bij de vervolgmeting, uitgesplitst naar afgeronde en niet afgeronde cliënten

Effectsize	Afgeronde cliënten	Niet afgeronde cliënten
Klein ($\leq .32$)	39 (25,3%)	76 (42,5%)
Middelgroot (.33 - .55)	1 (0,6%)	4 (2,2%)
Groot ($\geq .56$)	114 (74,0%)	99 (55,3%)

5.4.2 Invloed van mogelijk verstorende variabelen

Eerst zullen de life events nader toegelicht worden. Vervolgens zal de invloed van de mogelijk verstorende variabelen worden besproken.

Life events

Bij 172 van de 297 depressieve cliënten (58%) die korter dan 1 jaar in zorg waren is aangegeven welke life events zij hebben meegemaakt gedurende de behandelperiode. Ditzelfde geldt voor 185 van de 220 cliënten (84%) die na een jaar nog in zorg waren.

Het percentage cliënten dat een of meerdere life events heeft meegemaakt gedurende de behandelperiode in beide groepen (respectievelijk 53,5% en 55%) verschilt niet significant van elkaar ($p = .91$). Bij cliënten die na een jaar nog in behandeling waren kwam de life event overlijden van de partner significant vaker voor dan bij cliënten waarvan de behandeling binnen een jaar was afgerond ($p = .02$) (zie tabel 31). Tevens is er een trend dat de life event overlijden van een dierbaar familielid vaker voorkomt bij niet afgeronde cliënten dan bij afgeronde cliënten ($p = .055$). Onder de categorie 'anders' valt bijvoorbeeld echtscheiding, relatieproblemen van kinderen, of ziekte van kleinkinderen.

Tabel 31 Life events die cliënten met een depressie hebben meegemaakt gedurende de behandelperiode

Life event	Afgerond (%)	Niet afgerond (%)
ernstige ziekte of sterke lichamelijke achteruitgang	23,8	20,5
verhuizing	12,2	7,6
ernstige ruzie of conflict met iemand die belangrijk is voor de cliënt	7,6	5,9
ernstige ziekte of ernstig ongeluk <u>van de partner</u> van de cliënt	5,8	7,0
de partner is overleden	2,9	8,6
één of beide ouder(s) is overleden	2,9	2,7
een kind is overleden	1,7	0,5
ernstige financiële problemen	0,6	1,6
een dierbaar familielid is overleden	1,7	5,9
opname in een verzorgingshuis of verpleeghuis van de partner van de cliënt	1,7	1,1
ernstige ziekte of een ernstig ongeluk <u>van een kind</u> van de cliënt	0,6	2,2
slachtoffer van een ernstig misdrijf	0,0	0,0
ernstige ziekte of een ernstig ongeluk <u>van een dierbaar familielid</u> van de cliënt	1,2	2,2
anders	14,0	19,5

Invloed van demografie, life events en behandeling

Onder cliënten waarbij de behandeling binnen 1 jaar was afgerond, blijkt dat cliënten met somatische comorbiditeit over het geheel genomen hoger scoren op de GDS-15 in vergelijking met cliënten zonder somatische comorbiditeit ($F = 6.67$; $df = 1, 152$; $p = .01$). Er is een trend dat cliënten die life events hebben meegemaakt gedurende de behandelperiode hoger scoren op de GDS-15 dan cliënten die geen life events hebben meegemaakt ($F = 3.21$; $df = 1, 122$; $p = .08$).

Zowel somatische comorbiditeit, als life events zijn niet van invloed op de mate waarin cliënten opknappen. Zoals in tabel 32 is te zien blijkt het krijgen van psychofarmaca wel van invloed te zijn op de mate van verbetering: cliënten die psychofarmaca hebben gekregen zijn meer verbeterd dan cliënten geen psychofarmaca hebben gekregen gedurende de behandelperiode.

Ook voor cliënten die na een jaar nog in behandeling waren geldt dat cliënten die life events hebben meegemaakt bij begin- en eindmeting hoger scoren op de GDS-15 dan cliënten die geen life events hebben meegemaakt ($F = 4.96$; $df = 1, 152$; $p = .03$). Life

events hebben geen invloed op de mate waarin cliënten opknappen. Zoals in tabel 32 te zien is geslacht wel van invloed: mannen verbeteren meer dan vrouwen ($p = F = 4.47$; $df = 1, 177$; $p = .04$).

Tabel 32 De invloed van demografische variabelen, psychische of somatische comorbiditeit, life events en type behandeling op de mate waarin afgeronde en niet afgeronde cliënten verbeteren op de GDS-15 door de behandeling.

Variabele	Afgeronde cliënten	Niet afgeronde cliënten
Geslacht (man/vrouw)	$F=.03$; $df=1, 152$; $p=.86$	$F=4.47$; $df=1, 177$; $p=.04$
Leeftijd (jonger/ouder 75 jaar)	$F=.58$; $df=1, 151$; $p=.45$	$F=.02$; $df=1, 176$; $p=.87$
Samenstelling huishouden (alleen/ met partner of anderen)	$F=.65$; $df=1, 152$; $p=.42$	$F=.99$; $df=1, 177$; $p=.32$
Opleidingsniveau (hoger of lager dan MBO)	$F =.25$; $df = 1,149$; $p=.62$	$F=.05$; $df=1, 172$; $p=.82$
Nationaliteit (autochtoon / allochtoon)	$F=.06$; $df=1, 152$; $p=.81$	$F=.15$; $df=1, 177$; $p=.69$
Psychische comorbiditeit as I (geen / 1 of meer)	$F=.05$; $df=1, 152$; $p=.82$	$F=.02$; $df=1, 177$; $p=.88$
Psychische comorbiditeit as II (geen / 1 of meer)	$F=1.51$; $df=1, 152$; $p=.22$	$F=.04$; $df=1, 177$; $p=.84$
Somatische comorbiditeit as III (geen / 1 of meer)	$F=.15$; $df=1, 152$; $p=.70$	$F=.02$; $df=1, 177$; $p=.88$
Life events (geen / 1 of meer)	$F=1.93$; $df=1, 122$; $p=.17$	$F=2.47$; $df=1, 152$; $p=.12$
Psychologische behandeling (nee/ja)	$F=.36$; $df=1, 150$; $p=.55$	$F=.04$; $df=1, 175$; $p=.85$
Begeleidingscontact (nee/ja)	$F=2.62$; $df=1,150$; $p=.11$	$F=.89$; $df=1, 175$; $p=.35$
Psychofarmaca (ja/nee)	$F=6.38$; $df=1,150$; $p=.01$	$F=.91$; $df=1, 175$; $p=.34$
Opname (ja/nee)	$F=.38$; $df=1, 150$; $p=.54$	$F=.02$; $df=1, 175$; $p=.90$

5.4.3 Locaties

Met uitzondering van een instelling ligt bij alle instellingen het percentage cliënten dat klinisch significant is opgeknapt volgens de GDS-15 hoger onder afgeronde cliënten in vergelijking met niet afgeronde cliënten.

Tabel 33 Variabiliteit tussen de instellingen³ wat betreft het percentage cliënten dat klinisch significant is opgeknapt volgens de GDS-15, uitgesplitst naar afgeronde en niet afgeronde cliënten.

Instelling	Afgeronde cliënten (%)	Niet afgeronde cliënten (%)
Instelling 1	61,5	62,5
Instelling 2	75,0	53,8
Instelling 3	70,0	66,7
Instelling 4	82,6	64,3
Instelling 5	76,5	51,6
Instelling 6	90,5	48,0
Instelling 7	87,5	54,5
Instelling 8	47,1	55,6
Instelling 9	75,0	60,0
Instelling 10	76,7	65,2

5.4.4 Vergelijking met HoNOS 65+

Het percentage afgeronde cliënten dat klinisch significant is opgeknapt volgens de HoNOS 65+ (79,3%) ligt hoger dan het percentage cliënten dat klinisch significant is opgeknapt volgens de GDS-15 (74,7%) ($p = .02$). Bij niet afgeronde cliënten ligt het percentage cliënten dat klinisch significant is opgeknapt volgens de HoNOS 65+ (58,6%) eveneens hoger dan het percentage cliënten dat klinisch significant is opgeknapt volgens de GDS-15 (57,5%) ($p = .00$). Hulpverleners schatten de vooruitgang van sommige cliënten daarmee hoger in dan deze cliënten zelf aangeven.

5.5 Cliënttevredenheid

5.5.1 Afgeronde en niet afgeronde cliënten

Door 80 cliënten waarvan de behandeling binnen een jaar was afgerond (27%) is een GGZ Cliëntenthermometer ingevuld. 70 cliënten (24%) hadden voldoende vragen ingevuld om een totaalscore te kunnen berekenen. Van de cliënten die na een jaar nog in behandeling waren hebben 109 cliënten (45%) een GGZ Cliëntenthermometer ingevuld. Bij 89 cliënten (37%) kon een totaalscore worden berekend.

Ook als we ons specifiek richten op cliënten met een depressieve stoornis blijkt dat cliënten zeer tevreden zijn met de ontvangen behandeling (zie tabel 34). De inspraak wordt relatief het minst gewaardeerd en cliënten zijn relatief het meest tevreden met de hulpverlener. De subschalen informatie en resultaat liggen daar tussen in. Afgeronde en

³ Bij vier instellingen zijn minder dan 5 eindmetingen binnen gekomen, waardoor de effectsize niet is berekend. De schuin gedrukte percentages zijn berekend op basis van minder dan 5 cliënten.

niet afgeronde cliënten verschillen niet significant van elkaar wat betreft tevredenheid over de zorg.

Tabel 34 Score op de GGZ Cliëntenthermometer, uitgesplitst naar cliënten waarvan de behandeling binnen een jaar was afgerond en cliënten die langer dan 1 jaar in zorg waren.

Onderdeel	Afgeronde cliënten	Niet afgeronde cliënten
subschaal informatie, m (range)	0,94 (0-1)	0,90 (0-1)
subschaal inspraak, m (range)	0,82 (0-1)	0,81 (0-1)
subschaal hulpverlener, m (range)	0,97 (0-1)	0,98 (0-1)
subschaal resultaat, m (range)	0,87 (0-1)	0,82 (0-1)
totaalscore, m (range)	0,90 (0,13-1)	0,88 (0,19-1)
rapportcijfer, m (range)	8,0 (4-10)	7,8 (4-10)

* $p < .05$

5.5.2 Demografische verschillen

Onder afgeronde cliënten zijn hoog opgeleide cliënten meer tevreden met het resultaat van de behandeling dan laag opgeleide cliënten (score respectievelijk 1,00 en 0,86) ($t = -5.35$; $df = 62$; $p = .00$). Onder niet afgeronde cliënten is dit andersom: laag opgeleide cliënten zijn meer tevreden met het resultaat van de behandeling dan hoog opgeleide cliënten (score respectievelijk 0,84 en 0,63) ($t = 2.20$; $df = 78$; $p = .03$).

Zowel bij afgeronde, als niet afgeronde cliënten hangt de tevredenheid niet samen met geslacht, leeftijd en samenstelling huishouden.

5.5.3 Locaties

De tevredenheid van cliënten op de verschillende gebieden loopt uiteen tussen de instellingen, relatief het meest met betrekking tot de inspraak en relatief het minst met betrekking tot de hulpverlener (zie tabel 35).

Tabel 35 Variabiliteit tussen instelling op de score op de GGZ Cliëntenthermometer

Onderdeel	Variabiliteit tussen locaties
subschaal informatie	0,80 – 0,97
subschaal inspraak	0,68 – 0,89
subschaal hulpverlener	0,91 – 1,00
subschaal resultaat	0,70 – 0,92
totaalscore	0,79 – 0,94
rapportcijfer	7,4 - 8,4

5.6 Samenvatting van de resultaten

In totaal zijn in de eerste twee meetrondes 613 cliënten geïncludeerd voor MEMO Depressie. Bij 57% van de cliënten werd de behandeling binnen een jaar afgesloten en zij waren gemiddeld zes maanden in zorg. Een eindmeting op de HoNOS 65+ was beschikbaar voor tweederde van de cliënten. Een eindmeting op de GDS-15 was beschikbaar voor iets meer dan de helft van de cliënten.

Ruim tweederde van de cliënten die in zorg kwamen met een depressie was vrouw, iets meer dan de helft alleenstaand en bijna 9 op de 10 laag opgeleid. De gemiddelde leeftijd was 76 jaar. Wat betreft de diagnose had 4 op de 10 bijkomende problematiek as I, een vijfde bijkomende persoonlijkheidsproblematiek en tweederde bijkomende lichamelijke problematiek.

Cliënten waarbij de behandeling binnen een jaar was afgerond ontvingen vaak individuele psychologische behandeling, individuele ondersteunende begeleiding of psychofarmaceutische behandeling op enig moment gedurende de behandeling. Cliënten die na een jaar nog in behandeling waren kregen met name psychofarmaca, ondersteunende begeleiding of individuele psychologische behandeling op enig moment.

Naast depressieve symptomen hadden de meeste cliënten bij aanvang van de behandeling problematiek met betrekking tot de gebieden andere geestelijke en gedragsproblemen (zoals angst en paniek, geestelijke stress en spanning, of slaapproblemen), lichamelijke ziekte, sociale relaties en kwaliteit van de daginvulling. Aan het eind van de behandeling hadden significant minder cliënten problematiek op deze gebieden, met uitzondering van lichamelijke problematiek (bij niet afgeronde cliënten).

Bij 69% van de cliënten was een klinisch relevante verbetering zichtbaar op de HoNOS 65+ (76,5% van de afgeronde en 61% van de niet afgeronde cliënten). Ditzelfde geldt voor 64% van de cliënten volgens de GDS-15 (75% van de afgeronde en 57,5% van de niet afgeronde cliënten).

Cliënten zijn zeer tevreden met de ontvangen behandeling, waarbij de hulpverlener relatief het beste wordt gewaardeerd en de inspraak het minste.

6 Discussie

6.1 Discussie

In de rapportage van meetronde 1 is ingegaan op een aantal resultaten die ook in de huidige meetronde zijn gevonden, zoals: 1) het percentage (comorbide) persoonlijkheidsproblematiek dat in MEMO waarschijnlijk onder gerapporteerd is, doordat hulpverleners direct na intake voorzichtig zijn met het stellen van een diagnose op as II, 2) dat in verband met het hoge percentage lichamelijke comorbiditeit voorzichtigheid met het voorschrijven van medicatie geboden is, 3) de afwezigheid van problematiek op de meest voor de hand liggende schaal van de HoNOS 65+ gezien de primaire diagnose kan betekenen dat deze cliënten korte tijd enige mate van begeleiding nodig hebben om bepaalde zaken weer op de rit te krijgen, maar dat er verder geen sprake is van ernstige problematiek, 4) dat de gegevens met betrekking tot de tevredenheid over de zorg niet betrouwbaar zijn gezien de lage respons.

In aanvulling op het laatst genoemde punt hebben wij een aanvullend onderzoek uitgevoerd, waarbij 27 cliënten zijn geïnterviewd op basis van de GGZ Cliëntenthermometer. Voorlopige bevindingen lijken erop te wijzen dat de terminologie in de vragenlijst door veel ouderen niet begrepen wordt en dat rapportcijfers vaak hoog uitvallen, ondanks dat ze over veel zaken niet tevreden zijn. Dit duidt erop dat cliënttevredenheid onder ouderen op een andere manier gemeten moet worden. Wij zullen met betrekking tot dit aanvullende onderzoek een Nederlandstalig artikel schrijven, met daarin uitgebreide analyses, resultaten en aanbevelingen.

Andere in het oog springende resultaten worden hieronder besproken.

Acht procent van de cliënten die in zorg zijn gekomen, hadden een GAF-score tussen de 71-90. Dit betekent dat het functioneren van deze cliënten vrij goed was bij binnenkomst. Mogelijk zijn deze cliënten onterecht in behandeling gekomen. Dit zou kunnen komen doordat in de GGz (in tegenstelling tot in de somatische zorg) cliënten nauwelijks worden teruggestuurd naar de huisarts met de boodschap dat er geen sprake is van problematiek op dit terrein, of dat er voor een diagnose verdere behandeling wordt geadviseerd in de eerste lijn. Bij deze cliënten is daardoor wellicht sprake van overconsumptie. Van de 45 cliënten die het hier betreft, had het merendeel (20 cliënten) een depressieve stoornis als primaire diagnose, gevolgd door een aanpassingsstoornis, relatieproblematiek of bijkomende problematiek (17 cliënten) of een angststoornis (4 cliënten).

Bijna 40% van de cliënten had een aanpassingsstoornis, relatieproblematiek of bijkomende problematiek als primaire diagnose. Onder deze groep cliënten ligt het percentage met comorbide persoonlijkheidsproblematiek met 56% hoger dan in de totale groep. In de praktijk is dit namelijk vaak de reden waarom mensen met deze primaire diagnoses in zorg komen. In de huidige onderzoeksopzet is een eventuele verandering in de DSM-IV diagnose gedurende de behandeling niet meegenomen, omdat we geïnteresseerd waren

in veranderbare symptomen, vooral behorend bij stoornissen op as I. Het percentage cliënten met deze primaire diagnoses dat persoonlijkheidsproblematiek blijkt te hebben, kan dus hoger liggen. Daarnaast blijkt, zoals in de voorgaande alinea beschreven, slechts 8% van deze groep cliënten een GAF-score tussen de 71-90 te hebben. Bij het merendeel van de cliënten is dus wel degelijk sprake van serieuze problematiek.

Uit de resultaten blijkt dat cliënten die niet opgenomen zijn geweest gedurende de behandelperiode meer verbeteren dan cliënten die wel zijn opgenomen. Ditzelfde geldt voor cliënten die geen begeleidingscontacten hebben ontvangen in vergelijking met cliënten die wel begeleidingscontacten hebben ontvangen. Dit verschijnsel heet "confounding by indication": de meest ernstig gestoorde mensen worden opgenomen, dus het is logisch dat de behandel-effecten minder zijn. Zo ook voor de cliënten die begeleidingscontacten ontvangen.

Onder de cliënten die in zorg komen bevinden zich nauwelijks allochtone ouderen (4,3%), terwijl het aandeel allochtone ouderen in de algemene bevolking van 65 jaar of ouder 12,4% is (CBS, 2011). Eerder onderzoek toonde aan dat bijvoorbeeld onder oudere Turken en Marokkanen relatief veel psychische klachten voorkomen (Van der Wurff e.a., 2005), maar dat deze doelgroep, met name vrouwen, slecht wordt bereikt door de GGZ (Smits & de Vries, 2003). Dit houdt verband met taal- en culturele drempels. Het is van belang dat allochtone ouderen wel bereikt worden door de GGZ, aangezien onbehandelde psychische problematiek tot enorme maatschappelijke kosten leidt (Bolier & Smit, 2009).

Bijna de helft van de cliënten die nieuw in zorg komen op de ambulante afdeling ouderpsychiatrie zijn langer dan een jaar in zorg. Bij meer dan de helft van de cliënten die na een jaar nog in zorg zijn, is een grote mate van verbetering opgetreden (effectsize > .55). Een verklaring zou kunnen zijn dat cliënten inmiddels zijn opgeknapt, maar dat een psychiater ze nog af en toe ziet in verband met onderhoudsmedicatie. Om deze reden is de behandeling dan nog niet afgesloten. Naast medicatiebegeleiding, kan ook laagfrequent contact met de psycholoog voor boostersessies als noodzakelijk worden ingeschat om terugval te voorkomen. Bij 13% van de cliënten was een psychiater degene die de afrondende HONOS 65+ heeft ingevuld en daarmee het meeste contact had met de cliënt op het moment van de eindmeting. Bij 37% van de cliënten was dit een psycholoog. Bij deze cliënten zouden bovengenoemde redenen dus de oorzaak kunnen zijn dat deze cliënten nog in zorg zijn. Anderzijds bevinden zich onder de cliënten waarbij de behandeling wel binnen een jaar was afgerond cliënten met een kleine effectsize (27%), wat betekent dat zij nog niet klinisch significant waren verbeterd. Bij 83% van deze cliënten was de behandeling beëindigd in wederzijds overleg. Wellicht zijn deze cliënten verder behandeld in de eerste lijn. Een gerandomiseerd onderzoek om zicht te krijgen op kosteneffectiviteit van het in zorg houden van cliënten in de tweedelijns versus het terugverwijzen naar de eerste lijn is gewenst.

Uit bevolkingsonderzoek blijkt dat angststoornissen vaker onder ouderen voorkomen dan depressie. Echter, ouderen blijken met name in zorg te zijn gekomen met een depressieve stoornis als hoofddiagnose. Er kunnen verschillende factoren genoemd worden die eraan bijdragen dat angststoornissen minder in zorg komen bij de GGZ, of

daar minder herkend worden, zoals gebrekkige herkenning door de huisarts door de lichamelijke presentatie van klachten, het maskeren van angstklachten door de huidige generatie ouderen, het idee dat angstklachten nu eenmaal horen bij het ouder worden door zowel ouderen zelf als hulpverleners, en fenomenologische verschillen tussen angst bij ouderen en jongere volwassenen, waardoor deze in diagnostische instrumenten gemist worden (Schuurmans e.a., 2008).

Resultaten met betrekking tot cliënten met een depressie laten zien dat volgens de hulpverleners (HoNOS 65+) de cliënten beter vooruit zijn gegaan, dan cliënten zelf aangeven op de GDS-15. Ondanks dat het verschil significant is, liggen de percentages slechts 4% uiteen: respectievelijk 79% om 75% van de cliënten hebben een (middel) grote effectsize. Er is daarom geen reden om aan te nemen dat door hulpverleners zelf geen betrouwbare ROM-gegevens verzameld kunnen worden, omdat ze 'er goed uit willen komen'.

6.2 Beperkingen

In de meetronde 1 hadden we geen zicht op de cliënten die niet in MEMO geïncorporeerd werden. In de huidige meetronde dienden de deelnemende teams daarom alle aanmeldingen in MEMO te registreren met daarbij de reden dat de cliënt niet gemonitord werd voor MEMO. Gezien het aantal van 180 aanmeldingen in negen maanden tijd dat door de elf teams is geregistreerd, is het de vraag of zij daadwerkelijk alle aanmeldingen hebben geregistreerd. Op basis van de data die we wel hebben lijken er geen aanwijzingen te zijn dat er een selectie van cliënten in MEMO terecht is gekomen.

Doordat we in meetronde 1 geen zicht hadden op de cliënten die niet in MEMO terecht kwamen, kunnen wij geen uitspraken doen over de representativiteit van de groep cliënten die in ronde 1 gemonitord is. De in deze rapportage beschreven verschillen tussen meetronde 1 en 2 zouden daaraan te wijten kunnen zijn.

6.3 Conclusie

De resultaten uit de tweede meetronde van MEMO bevestigen het beeld van een effectieve ambulante geestelijke gezondheidszorg voor mensen van 65 jaar en ouder. Bij 64% van de cliënten treedt een klinisch relevante verbetering op in hun functioneren. Daarbij lijken cliënten zelf tevreden te zijn over de zorg die ze ontvangen, met name over de hulpverlener. De resultaten voor cliënten met een depressie leiden tot eenzelfde conclusie.

Een belangrijk aandachtspunt is dat cliënten wellicht langer in zorg blijven dan nodig, aangezien de helft van de cliënten die langer dan een jaar in zorg was, een grote effectsize liet zien bij de eindmeting.

Met het oog op de recente landelijke ontwikkelingen op het gebied van ROM heeft MEMO laten zien dat het bij de doelgroep ouderen belangrijk is ook gegevens mee te

nemen over ingrijpende levensgebeurtenissen. Deze komen veel voor bij ouderen en zijn van invloed op het resultaat van de behandeling. Bij het interpreteren van verschillen tussen instellingen is het van groot belang om naast inzicht in de populatie ook inzicht te hebben in het type behandeling dat is geboden.

7 Referenties

- Beekman, A.T.F., Comepland, J.R.M. & Prince, M.J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*, 174, 307-311.
- Bolier, L. & Smit, F. *Mentaal vermogen en welbevinden*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2009
- Burns, A., Beevor, A. S., Lelliott, P., Wing, J., Blakey, A., Orrell, M., Mulinga, J., & Hadden, S. (1999). Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS 65+). *The British Journal of Psychiatry*, 174, 424-427.
- CBS (01 december 2011).
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=37325&D1=0&D2=0&D3=&D4=0&D5=0-4&D6=14&HDR=G2,G1,G3,T&STB=G4,G5&VW=T>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Depla, M., Pot, A.M., Graaf, R. de, Dorsselaer, S. van, Sonnenberg, C. & Deeg, D. (2005). *Schatting van het gebruik van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg door ouderen in 2010 en 2020*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Donker, G.A. (2006). *Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2005*. Utrecht: Nivel, 2006
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hamer, R.M. & Simpson, P.M. (2009). Last Observation Carried Forward Versus Mixed Models in the Analysis of Psychiatric Clinical Trials. *Am J Psychiatry*, 166 (6), 639-641.
- Kok, R. (2008). *Addendum Ouderen bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie*. www.ggzrichtlijnen.nl
- Kok, I. & Mulder, E. (2005). *Cliëntwaardering in de GGZ: Handleiding bij de diverse Thermometers (versie 2005)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Montgomery, S.A. & Åsberg, M.A. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*, 134, 382-389.
- Schuurmans, J., Hendriks, G.J. & Veerbeek, M.A. (2008). *Addendum Ouderen bij de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen*. www.ggzrichtlijnen.nl.
- Sheikh, R. L. & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5, 165-173.
- Smits C. & Vries W. de. Een som van misverstanden. De GGZ en psychische klachten van oudere Turken en Marokkanen. *Denkbeeld*, 15, (6) 10-13.
- StataCorp: *Stata Statistical Software: Release 9.1*. Texas: Stata Corporation; 2005.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Lum, O. et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, 17, 37-49.

- Veerbeek, M.A., Pot, A.M., Dorland, L.M., Depla, M. & Have, M. ten.
Haalbaarheidsstudie naar peilstations. In: Pot, A.M., Depla, M, Have, M. ten
(red.). *Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen. Rapportage 2006*. Utrecht:
Trimbos-instituut, 2007.
- Veerbeek, M., Oude Voshaar, R., Pot, A.M. *MEMO. Monitor Geestelijke
Gezondheidszorg Ouderen. Resultaten meetronde 1*. Utrecht: Trimbos-instituut,
2011.
- Wurff, F.B. van der; Beekman, A.T.F.; Dijkshoorn, H.; Spijker, J.A.; Smits, C.H.M.; Stek,
M.L.; Verhoeff, A. (2005). Prevalence and risk-factors for depression in elderly
Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*;
83, 33-42 (10) / 2005.

