

Stepped care voor depressieve ouderen

Samenvatting

Van der Weele GM, De Waal MW, Van den Hout WB, De Craen AJ, Spinhoven P, Stijnen T, Assendelft WJ, Van der Mast RC, Gussekloo J. *Stepped care voor depressieve ouderen*. *Huisarts Wet* 2012;55(12):548-52.

DOEL Relatief veel ouderen hebben depressieve symptomen die hun kwaliteit van leven aantasten. Vaak worden de symptomen niet herkend en dus ook niet behandeld, hoewel psychologische interventies bewezen effectief zijn. Wij onderzochten of een screening op depressieve symptomen voor ouderen vanaf 75 jaar in de huisartsenpraktijk, gevolgd door een programma van *stepped care* in de ggz, (kosten)effectief zou zijn.

METHODE Wij verrichtten een pragmatisch, clustergerandomiseerd gecontroleerd onderzoek onder 239 patiënten ouder dan 75 jaar uit 67 huisartsenpraktijken, die bij screening blijf hadden gegeven van depressieve symptomen. In dit onderzoek vergeleken wij de gebruikelijke huisartsenzorg (34 praktijken, 118 ouderen) met een *stepped care*-interventie door de ggz (33 praktijken, 121 ouderen). De interventie bestond uit drie stappen: individuele counseling, de cursus 'In de put, uit de put' en op indicatie terugverwijzing naar de huisarts voor eventuele verdere behandeling. Onze primaire uitkomst was de verandering in depressieve symptomen na zes maanden, gemeten met de Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). De MADRS bevat tien items met een score tussen 0 en 6 punten: een hoge score hangt samen met meer depressieve symptomen.

RESULTATEN De meeste ouderen hadden bij het begin van het onderzoek lichte tot matige depressieve symptomen. Na zes maanden waren de depressieve symptomen in de controlegroep meer verbeterd dan in de interventiegroep (MADRS-score -2,9 versus -1,1, $p = 0,032$), na twaalf maanden was het verschil niet significant meer (-4,6 versus -3,1, $p = 0,084$). Van de deelnemers in de interventiegroep accepteerde 83% een verwijzing naar de ggz voor de *stepped care* interventie, maar nam slechts 19% deel aan de cursus en rondde 13% die ook af.

CONCLUSIE Een aanbod van *stepped care* aan ouderen met depressieve symptomen, opgespoord door screening in de huisartsenpraktijk, is niet effectiever dan de gebruikelijke huisartsenzorg. Mogelijk komt dit doordat slechts weinigen deelnamen aan de kerninterventie, een cursus. Wellicht ook zou een interventie effectiever zijn als de huisarts, die voor veel ouderen een vertrouwenspersoon is, een grotere rol kreeg in de aanpak van de symptomen.

INLEIDING

Depressieve symptomen hebben negatieve gevolgen voor het welbevinden,^{1,2} de kwaliteit van leven,³ het dagelijks functioneren en de overleving van ouderen,⁴ en kunnen zich ontwikkelen tot een depressieve stoornis.⁵ Vaak worden ze niet herkend en dus ook niet behandeld,⁶ hoewel psychologische interventies bewezen effectief zijn.^{7,8} Daarom is er wel voor gepleit ouderen te screenen op depressieve symptomen en ze zo nodig te behandelen.⁶ In de Verenigde Staten zijn twee grote gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT's) gedaan naar zorgmanagementprogramma's voor depressieve ouderen vanaf 60 jaar, van wie een deel werd opgespoord door screening. Deze onderzoeken toonden aan dat suïcidale gedachten⁹ en depressieve symptomen¹⁰ afnamen, en dat de programma's kosteneffectief waren.¹¹ Wij hebben onderzocht of dit ook geldt in de Nederlandse huisartsenpraktijk, en wel voor ouderen vanaf 75 jaar. Ons onderzoek, Proactive Management of Depression in the Elderly (PROMODE) genaamd, bestond uit een screening gevolgd door een pragmatische RCT waarin wij de effecten en kosten van een *stepped care*-interventieprogramma vergeleken met gebruikelijke huisartsenzorg.

Wat is bekend?

- Veel ouderen hebben last van depressieve symptomen die hun kwaliteit van leven aantasten. Zulke symptomen zijn vaak lastig te herkennen.
- Het gunstige effect van psychologische interventies dat bij personen met een hulpvraag is gevonden, is niet aangetoond bij personen die opgespoord zijn via screening.
- De acceptatiegraad van interventies die na screening worden aangeboden is doorgaans laag.

Wat is nieuw?

- In de huisartsenpraktijk werkt een interventie die na screening wordt aangeboden aan ouderen met depressieve symptomen, niet beter dan de gebruikelijke zorg door de huisarts.
- Het overgrote deel (83%) van de positief gescreende ouderen wil zich wel laten counsellen door de ggz, maar slechts 19% gaat daadwerkelijk in op het cursusaanbod 'In de put, uit de put'.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Postzone Vo-P, Postbus 9600, 2300 RC Leiden; dr. G.M. van der Weele, huisarts-onderzoeker; dr. M.W.M. de Waal, epidemioloog; prof.dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; prof.dr. J. Gussekloo, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. LUMC, afdeling Medische beslistkunde; dr. W.B. van den Hout, econometrist. LUMC, afdeling Ouderengeneeskunde; dr. A.J.M. de Craen, klinisch epidemioloog. LUMC, afdeling Medische statistiek en bio-informatica; prof.dr. T. Stijnen, hoogleraar Medische statistiek. LUMC, afdeling Psychiatrie; prof.dr. R.C. van der Mast, hoogleraar Ouderenpsychiatrie. Universiteit Leiden, Instituut Psychologie, Klinische, Gezondheids- en Neuropsychologie; prof.dr. Ph. Spinhoven, hoogleraar Klinische psychologie • Correspondentie: gm.vanderweele@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd financieel mogelijk gemaakt door een subsidie van ZonMW-programma Doelmatigheid (subsidienummer 945-07-502) en een financiële bijdrage van de GGZ-instelling Rivierduinen. De subsidiegevers hadden geen invloed op de opzet, uitvoering, analyse, interpretatie van data en verslaglegging. Trialregistratie: www.controlled-trials.com/ISRCTN71142851.

Het oorspronkelijke onderzoeksartikel is gepubliceerd als: Van der Weele GM, De Waal MW, Van den Hout WB, De Craen AJ, Spinhoven P, Stijnen T, et al. Effects of a stepped-care intervention programme among older subjects who screened positive for depressive symptoms in general practice: the PROMODE randomised controlled trial. *Age Ageing* 2012;41(4):482-8. Delen van dit artikel zijn daarnaast ontleend aan: Van der Weele GM, De Waal MW, Van den Hout WB, Van der Mast RC, De Craen AJ, Assendelft WJ, et al. Yield and costs of direct and stepped screening for depressive symptoms in subjects aged 75 years and over in general practice. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011;26(3):229-38. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

METHODE

Voormeting en onderzoekspopulatie

Tussen april 2007 en juli 2008 hebben wij in 73 huisartsenpraktijken in Leiden en omstreken 12.144 ingeschreven patiënten ouder dan 75 jaar gescreend op depressieve symptomen. In zes praktijken vonden wij geen screenpositieve ouderen, in de overige 67 praktijken, met 11.635 ingeschreven ouderen, hebben wij ons interventieonderzoek uitgevoerd. Voor de RCT excludeerden wij degenen die geen Nederlands spraken, onder behandeling waren voor depressie, dement waren of een MMSE-score van minder dan 19 punten hadden, in de voorafgaande drie maanden partner of kind hadden verloren of een levensverwachting hadden van minder dan drie maanden.

We vergeleken twee screeningsprocedures: directe screening, waarbij alle ouderen thuis werden bezocht, en getrapte screening, waarbij de uitkomst van schriftelijke screening bepaalde of er een huisbezoek werd afgelegd. De deelname aan beide screeningsprocedures was vrijwel gelijk, de geschatte totale kosten van directe screening waren ongeveer tweemaal zo hoog als die van getrapte screening, directe screening spoorde iets meer ouderen op met onbehandelde depressieve symptomen (2,6% versus 1,9%). Van de gecreende populatie werden 707 (5,8%) patiënten reeds behandeld voor depressie.¹²

Bij de screening nam een interviewer de vijftien-item versie van de Geriatrische Depressie Schaal (GDS-15) af.¹³ Van de 264 ouderen (prevalentie 2,2%) die op deze schaal 5 punten of hoger scoorden (hetgeen duidt op depressieve symptomen) stemden er 239 schriftelijk toe in deelname aan het interventieonderzoek.

De Medisch Ethische Toetsingscommissie van het Leids Universitair Medisch Centrum verleende goedkeuring aan het onderzoek.

Randomisatie en interventie

Wij kozen voor een clustergerandomiseerde trial, met de huisartspraktijk als eenheid van randomisatie, om contaminatie te voorkomen.¹⁴ Na de screening en voormetingen werd per regio blokrandomisatie toegepast. De onderzoeksmedewerkers werden niet geïnformeerd over de praktijkkloting.

Wij vroegen de huisartsen in de interventiepraktijken de deelnemers met een GDS-score ≥ 5 te motiveren voor een behandeling door de afdeling Preventie ouderen van de ggz. De daar aangeboden interventie bestond uit drie stappen. De eerste stap was individuele counseling over hulpbehoefte en motivatie in één of twee huisbezoeken door een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige. Als tweede stap volgde de deelnemer de op cognitieve gedragstherapie gebaseerde cursus 'In de put, uit de put', die bewezen effectief is bij ouderen met depressieve symptomen.¹⁵ De cursus bestaat in principe uit tien wekelijkse groepsbijeenkomsten, maar wie de groepsbijeenkomsten niet kon of wilde bijwonen kon hem thuis individueel volgen. De derde stap (op indicatie) was terugverwijzing naar de huisarts om de verdere aanpak te bespreken.

De deelnemers in de controlepraktijken kregen geen in-

formatie over de screeningsuitslag en de praktijkkloting. Om de gebruikelijke zorg niet te beïnvloeden lichtten wij de huisartsen in controlepraktijken pas aan het einde van het onderzoek in over welke ouderen in hun praktijk een positieve screeningsuitslag hadden. Alleen wanneer een patiënt bij de baselinemeting ernstige depressieve symptomen (MADRS-score > 30 punten, zie Metingen) en/of suïcidale gedachten had, nam de onderzoeker contact op met de huisarts.

Metingen

Het cognitief functioneren van de ouderen die op de GDS vijf of meer punten hadden gescoord, bepaalden wij met de Mini-Mental State Examination (MMSE).¹⁶ Ouderen met een MMSE-score onder de 19 punten werden geëxcludeerd omdat de afname van vragenlijsten bij hen onvoldoende betrouwbaar is.

De toe- of afname van depressieve symptomen bepaalden wij met de Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS).¹⁷ De MADRS wordt afgenomen door een interviewer en bestaat uit tien items met scores van 0 tot 6 punten per item, waarbij hogere scores passen bij een ernstiger depressie. De onderzoeksmedewerkers ondergingen een intensieve training zodat zij de MADRS op een uniforme manier konden afnemen en scoren. Alle MADRS-interviews werden op video opgenomen en door twee onderzoeksmedewerkers beoordeeld. De in de analyses gebruikte scores werden bij consensus vastgesteld.

Bij de voormeting namen we de MADRS en de MMSE af, zes maanden na de voormeting namen we opnieuw de MADRS af en twaalf maanden na de voormeting herhaalden we de MADRS en de MMSE.

Onze primaire uitkomstmaat was de verandering in depressieve symptomen (MADRS-score) tussen de voormeting en zes maanden later. Secundaire uitkomstmaten waren onder andere de verandering in MADRS-score na twaalf maanden, het percentage 'MADRS-responders' (deelnemers van wie de MADRS-score na zes maanden meer dan de helft lager was dan bij de voormeting), de kwaliteit van leven en de kosten van de interventie. Een compleet overzicht van alle meetmethoden en uitkomstmaten is elders te vinden.¹⁸

Analyse

Omdat wij ook een uitspraak wilden kunnen doen over eventuele leeftijdsverschillen, berekenden we de statistische power voor twee aparte leeftijdsgroepen, 75-79 jaar en 80 jaar en ouder. Daarbij gingen we ervan uit dat we in elke huisartsenpraktijk drie ouderen met een GDS-score van 5 of meer zouden vinden, dus gemiddeld anderhalve persoon per leeftijdsgroep. Om in beide leeftijdsgroepen een klinisch relevant verschil van ten minste 6 MADRS-punten te kunnen aantonen (standaarddeviatie 10 punten; $p = 80\%$; $\alpha = 0,05$; intracusterrelatiecoëfficiënt (ICC) = 0,2) zou elke onderzoeksarm 33 praktijken moeten bevatten. Om verzekerd te zijn van voldoende power, hebben we de (onbekende) ICC conservatief ingeschat.¹⁹

De statistische analyses werden uitgevoerd met SPSS 16.0 voor Windows. Wij analyseerden de resultaten voor de deelnemerspopulatie als geheel en voor beide leeftijdsgroepen apart.

Veranderingen in de MADRS-score na zes en twaalf maanden analyseerden we volgens het intention-to-treatprincipe.

De eerste analyse vond plaats op individueel niveau. Vervolgens pasten wij op de gegevens een lineair gemengd model toe om de praktijkclustering te verdisconteren en om te corrigeren voor leeftijd, geslacht en MADRS-score bij voormeting. Ook bepaalden we of de interventie effectief was bij bepaalde subgroepen, zoals ouderen met de niet eerder onderkende of behandelde DSM-IV-diagnose depressieve stoornis en deelnemers die bij de voormeting een MADRS-score hoger dan 10 punten hadden. Hiervoor gebruikten we een gestratificeerd lineair gemengd model.

RESULTATEN

Onderzoekspopulatie bij voormeting en follow-up

Na de voormeting lootten 33 praktijken met 121 deelnemers in de interventiearm en 34 praktijken met 118 deelnemers in de controlegroep [figuur]. De controlegroep bevatte 3 en de interventiegroep 2 deelnemers met een MADRS-score boven de 30 punten en/of suïcidale gedachten. Over deze ouderen nam de onderzoeker contact op met de betrokken huisartsen. In de interventiegroep overleden 7 deelnemers, weigerden 10 deelnemers de follow-upbezoeken na 6 of 12 maanden en scoorden 3 deelnemers na 12 maanden te laag op de MMSE. In de controlegroep overleden 17 deelnemers (één van hen had bij de voormeting geen suïcidale gedachten en een MADRS-score onder de 30 punten, maar overleed toch door zelfdoding), weigerden 6 deelnemers de follow-upbezoeken na 6 of 12 maanden, en waren 2 deelnemers na 12 maanden incompetent om de vragenlijsten betrouwbaar te beantwoorden. Daardoor beschikten we voor de zesmaandsanalyse over 210 deelnemers (107 in de interventiegroep, 103 in de controlegroep) en voor de twaalfmaandsanalyse over 194 deelnemers (101 in de interventiegroep, 93 in de controlegroep).

De interventie- en de controlegroep hadden bij de voormeting vergelijkbare demografische en klinische karakteristieken.¹⁹ De mediane MADRS-scores in de interventiegroep (12; 95%-BI 8-18) en in de controlegroep (14; 95%-BI 11-17) pasten bij lichte tot matig ernstige depressieve problematiek.

Interventie

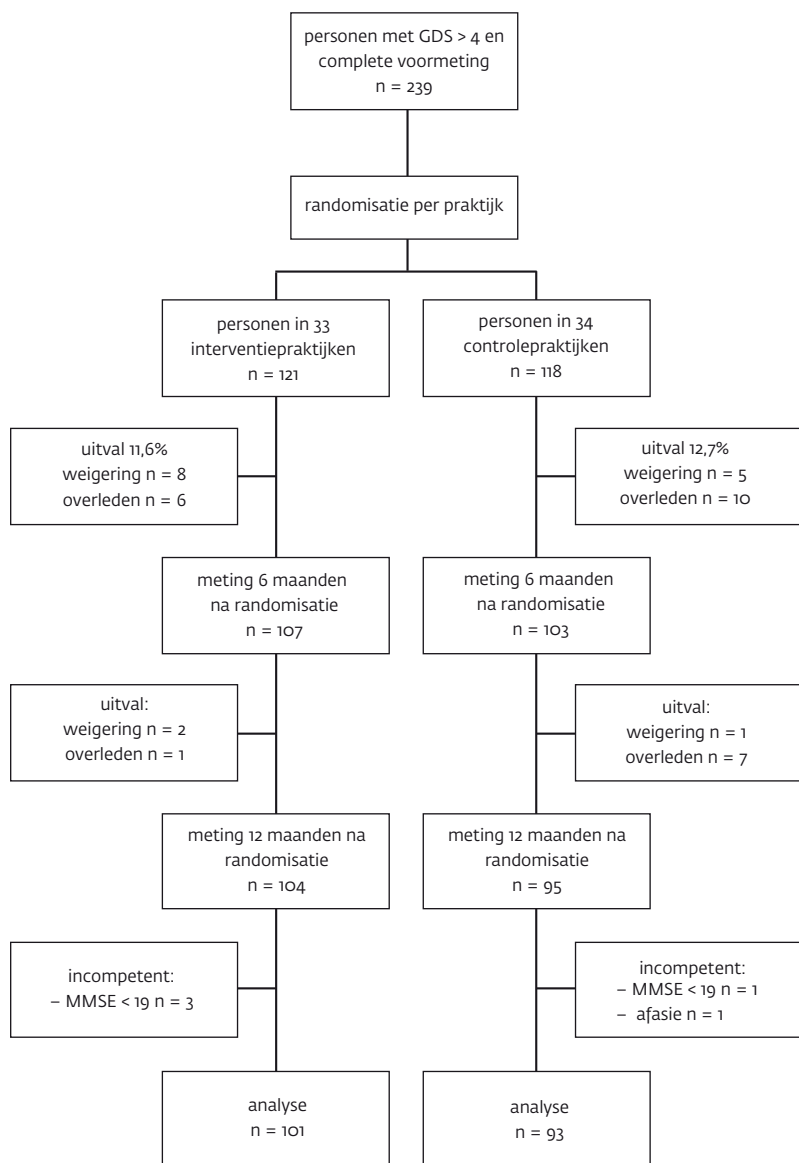
Van de 121 deelnemers in de interventiegroep accepteerden er 101 (83%) de verwijzing voor het *stepped care*-programma, begonnen er 23 (19%) aan de cursus (21 in groepsverband en 2 op individuele basis) en ronden er 16 (13%) de cursus ook af. Vijf ouderen (4%) in de interventiegroep kregen niet de interventie maar een andere, door de huisarts en/of de ggz geïnitieerde vorm van psychologische hulp.

Als men de *stepped care*-interventie niet meerekent, kreeg de leeftijdsgroep 75-79 jaar in de controlegroep vaker psychologische zorg dan die in de interventiegroep (15% versus 2%). Dit gold niet voor de groep van 80 jaar en ouder (4% versus 5%).

Depressieve symptomen

Gedurende de onderzoeksperiode namen de MADRS-scores – en dus de ernst van de depressieve symptomen – in beide groepen af. De scores waren in de controlegroep na zes maanden significant sterker gedaald dan in de interventiegroep, maar na twaalf maanden was dit verschil niet significant meer [tabel]. Rekening houdend met praktijkclustering en verschillen bij voormeting was de MADRS-score na zes maanden in de controlegroep 1,4 punten sterker gedaald dan in de interventiegroep (p = 0,056; ICC = 0) en waren, over twaalf maanden gerekend, de scores in de interventiegroep op alle meetmomenten mogelijk hoger dan in de controlegroep (p = 0,088; ICC = 0,045). In geen van de geanalyseerde subgroepen vonden we een positief effect van de interventie.

Figuur Stroomdiagram van deelnemers aan het PROMODE-interventieonderzoek



Tabel MADRS-uitkomsten na zes en twaalf maanden in de interventiegroep (stepped care) en de controlegroep (gebruikelijke zorg)

	Stepped care		Gebruikelijke zorg		p
Aantal	121		118		
Zesmaandsmeting					
personen, aantal	107		103		
MADRS-score, mediaan (IQR)	12	(7-16)	11	(6-15)	0,22
MADRS-responders, aantal (%)	17	(16)	23	(22)	0,24
MADRS-verandering t.o.v. voormeting, gemiddelde (SEM)	-1,1	(0,61)	-2,9	(0,58)	0,032
Twaalfmaandsmeting					
personen, aantal	101		93		
MADRS-score, mediaan (IQR)	10	(6-14)	10	(5-13)	0,45
MADRS-responders, aantal (%)	21	(21)	31	(33)	0,049
MADRS-verandering t.o.v. voormeting, gemiddelde (SEM)	-3,1	(0,61)	-4,6	(0,64)	0,084

IQR = interkwartielafstand. SEM = standaardfout van het gemiddelde. Continue variabelen zijn vergeleken met de Mann-Whitney-U-test, categorale variabelen met de chikwadrattoets, veranderingen van het gemiddelde met de t-toets voor onafhankelijke groepen.

Leeftijdgestratificeerde resultaten

In geen van beide afzonderlijk geanalyseerde leeftijdsgroepen (75-79 jaar en 80 jaar en ouder) had de interventie een positief effect op MADRS-uitkomsten of mortaliteit.¹⁸ Het percentage deelnemers dat de cursus volgde en het percentage dat deze afrondde was in beide leeftijdsgroepen gelijk.

Kosteneffectiviteit

De kosten van de *stepped care*-interventie waren naar schatting € 333 per verwezen oudere (n = 101). We vonden geen significante verschillen in andere (in)formele zorgkosten of kwaliteit van leven.

BESCHOUWING

Wij hebben geen gunstig effect kunnen zien van een *stepped care*-interventieprogramma in de huisartsenpraktijk onder ouderen vanaf 75 jaar die bij screening onbehandelde depressieve symptomen bleken te hebben. Het programma was dan ook niet kosteneffectief. Deze negatieve bevindingen staan in tegenstelling tot de voornamelijk positieve reviews over het effect van screening of *case finding* met aansluitend behandel-aanbod op depressieve symptomen,²⁰⁻²² ook al is dit gunstige effect soms klein.²³ In vergelijking met ons onderzoek waren deze onderzoeken meestal gericht op ernstiger depressieve problematiek en/of jongere populaties (meestal vanaf 55 of 60 jaar). Ook verschillen de onderzochte interventies en is de 'gebruikelijke zorg' in de controlegroep niet in elk zorgsysteem hetzelfde. In ons Nederlandse gezondheidszorgsysteem heeft de huisarts vaak een langdurige persoonlijke band met (oude-re) patiënten. De daardoor geboden continuïteit van zorg lijkt een belangrijke factor te zijn bij succesvolle interventies, zoals in het Amerikaanse IMPACT-onderzoek.⁹ Het was de bedoeling van de onderzochte interventie de huisartsgeneeskundige zorg te verbeteren. Dat we geen effect vonden, kan erop wijzen dat de 'gebruikelijke zorg' al zo goed is dat de screening en het daaropvolgende behandel-aanbod geen meerwaarde meer hebben. Het kan echter ook zijn dat de relatief kleine rol van de huisarts in ons *stepped care*-programma een nadelig effect had op de zorgcontinuïteit en op de acceptatie van de

interventie.

In een recent Nederlands onderzoek bleek dat *stepped care* bij ouderen vanaf 75 jaar met bij screening gevonden depressie of angstsymptomen het risico op een depressieve of angststoornis significant verminderde. Dit onderzoek includeerde echter alleen ouderen met langdurig bestaande symptomen en bood een uitgebreider interventiepakket dan het onze.⁸ Onze negatieve bevindingen zijn wel in lijn met een recente meta-analyse, waarvan de conclusie was dat psychologische behandeling voor depressieve symptomen in de eerste lijn alleen effectief is bij patiënten (van alle leeftijden) die verwezen werden door hun huisarts en niet bij patiënten die via screening opgespoord waren.²⁴

Een belangrijke aanvulling op eerder onderzoek is dat wij ons richtten op het volledige 'depressieve spectrum', dus naast de depressieve stoornis ook via screening opgespoorde (klinisch relevante) depressieve symptomen. Vooral bij depressieonderzoek onder ouderen, bij wie depressieve symptomen relatief vaak voorkomen, is dit relevant voor de generaliseerbaarheid van de resultaten. Om diezelfde reden kozen we voor een pragmatische onderzoeksopzet, gebruikmakend van het gebruikelijke ggz-interventieaanbod.²⁵

Een mogelijke beperking van ons onderzoek is de keuze voor de MADRS-score als onze primaire uitkomstmaat. Hoewel de MADRS vaak gebruikt wordt en gevalideerd is om (veranderingen in) de ernst van depressieve symptomen te meten onder ouderen met matige tot ernstige depressie, lijkt het voor relatief lichte depressieve symptomen een minder geschikt instrument. De MADRS is daarvoor ook niet gevalideerd. Verder kon ons onderzoek niet volledig worden geblindeerd, en dat kan deelnemers in de controlegroep hebben aangezet tot het zoeken van hulp. Deze *attention bias*²⁶ heeft mogelijk een rol gespeeld (onder de 75- tot 79-jarigen) in ons onderzoek, omdat de controlegroep uiteindelijk iets meer psychologische zorg ontving dan de interventiegroep. Wij konden moeilijk voorkomen dat onderzoeksmedewerkers tijdens interviews te weten kwamen in welke onderzoeksgroep de geïnterviewde zat. Om deze *observer bias* zo veel mogelijk te beperken, gaven we de onderzoeksmedewerkers niet actief informatie over de

randomisatie en lieten we alle op video opgenomen MADRS-interviews onafhankelijk scoren door minstens twee onderzoekersmedewerkers.

Ons onderzoek laat zien dat slechts een klein deel (19%) van de ouderen die na screening naar de ggz verwezen worden vanwege depressieve symptomen uiteindelijk ingaat op het cursusaanbod. Mogelijk hoeft dit niet te verbazen, want deze ouderen zochten uit zichzelf (nog) geen hulp. In een kwalitatief onderzoek parallel aan het interventieonderzoek exploreerden we waarom deelnemers het cursusaanbod afwezen. Zij noemden als belangrijke redenen de afwezigheid van depressieve klachten, negatieve verwachtingen over (het effect van) de cursus en/of over groepsdeelname, en zichzelf te oud vinden om nog nieuwe dingen te leren.²⁷ Dit benadrukt het belang van een uitvoerige verkenning van subjectieve klachten en behoeften, en van de motivatie voor eventuele hulp na screening. Bovendien zou de hulp, zeker op hogere leeftijd, niet alleen gericht moeten zijn op depressieve problematiek maar ook op andere domeinen, zoals functionele beperkingen en chronische pijn. In ons onderzoek kreeg de huisarts, die de meeste ouderen zien als gewaardeerd adviseur, slechts een beperkte rol toebedeeld – vanuit de gedachte dat deze onvoldoende tijd zou hebben om de depressieve symptomen en de hulpbehoefte van alle ouderen die de screening zou opsporen uitgebreid te exploreren. Ons intrigeert de vraag of een programma van screening en interventie meer succes zou hebben als de huisarts een grotere rol zou hebben bij het exploreren van de opgespoorde klachten en de behoefte aan hulp.

CONCLUSIE

Onder ouderen in de huisartsenpraktijk resulteerde een *stepped care*-interventie na een screening op depressieve symptomen niet in betere klinische uitkomsten dan de gebruikelijke huisartsenzorg. Slechts een minderheid ging in op het aanbod deel te nemen aan het kernelement van de interventie, de cursus ‘In de put, uit de put’. Het onderzochte programma van screening en *stepped care* is geen bruikbare strategie bij het bestrijden van depressieve symptomen op hoge leeftijd. ■

DANKBETUIGING

Onze speciale dank gaat uit naar alle deelnemende ouderen en huisartsenpraktijken, en naar de onderzoekersmedewerksters die de interviews voor dit onderzoek afnamen, met name Astrid Cock, Els de Haas en Inge Mooyekind.

LITERATUUR

- 1 Beekman AT, Penninx BW, Deeg DJ, De Beurs E, Geerling SW, Van Tilburg W. The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:20-7.
- 2 Lyness JM, Kim J, Tang W, Tu X, Conwell Y, King DA, et al. The clinical significance of subsyndromal depression in older primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:214-23.
- 3 Unutzer J, Patrick DL, Diehr P, Simon G, Grembowski D, Katon W. Quality adjusted life years in older adults with depressive symptoms and chronic medical disorders. *Int Psychogeriatr* 2000;12:15-33.

- 4 Penninx BW, Geerlings SW, Deeg DJ, Van Eijk JT, Van Tilburg W, Beekman AT. Minor and major depression and the risk of death in older persons. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:889-95.
- 5 Cuijpers P, Smit F. Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:325-31.
- 6 Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;136:765-76.
- 7 Cuijpers P, Smit F, Van Straten A. Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:434-41.
- 8 Van 't Veer-Tazelaar PJ, Van Marwijk HW, Van Oppen P, Van Hout HP, Van der Horst HE, Cuijpers P, et al. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:297-304.
- 9 Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, III, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291:1081-91.
- 10 Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Jr., Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:2836-45.
- 11 Katon WJ, Schoenbaum M, Fan MY, Callahan CM, Williams J, Jr., Hunkeler E, et al. Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:1313-20.
- 12 Van der Weele GM, De Waal MW, Van den Hout WB, Van der Mast RC, De Craen AJ, Assendelft WJ, et al. Yield and costs of direct and stepped screening for depressive symptoms in subjects aged 75 years and over in general practice. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011;26:229-38.
- 13 De Craen AJ, Heeren TJ, Gussekloo J. Accuracy of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) in a community sample of the oldest old. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:63-6.
- 14 Smelt AF, Van der Weele GM, Blom JW, Gussekloo J, Assendelft WJ. How usual is usual care in pragmatic intervention studies in primary care? An overview of recent trials. *Br J Gen Pract* 2010;60:e305-18.
- 15 Haringsma R, Engels GI, Cuijpers P, Spinhoven P. Effectiveness of the Coping With Depression (CWD) course for older adults provided by the community-based mental health care system in the Netherlands: a randomized controlled field trial. *Int Psychogeriatr* 2006;18:307-25.
- 16 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-mental state': a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
- 17 Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134:382-389.
- 18 Van der Weele GM, De Waal MW, Van den Hout WB, De Craen AJ, Spinhoven P, Stijnen T, et al. Effects of a stepped-care intervention programme among older subjects who screened positive for depressive symptoms in general practice: the PROMODE randomised controlled trial. *Age Ageing* 2012;41:482-8.
- 19 Killip S, Mahfoud Z, Pearce K. What is an intraclass correlation coefficient? Crucial concepts for primary care researchers. *Ann Fam Med* 2004;2:204-8.
- 20 Cuijpers P. Psychological outreach programmes for the depressed elderly: a meta-analysis of effects and dropout. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13:41-8.
- 21 Van Citters AD, Bartels SJ. A systematic review of the effectiveness of community-based mental health outreach services for older adults. *Psychiatr Serv* 2004;55:1237-49.
- 22 Skultety KM, Zeiss A. The treatment of depression in older adults in the primary care setting: an evidence-based review. *Health Psychol* 2006;25:665-74.
- 23 Freudenstein U, Jagger C, Arthur A, Donner-Banzhoff N. Treatments for late life depression in primary care: a systematic review. *Fam Pract* 2001;18:321-7.
- 24 Cuijpers P, Van Straten A, Van Schaik A, Andersson G. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2009;59:e51-60.
- 25 Thorpe KE, Zwarenstein M, Oxman AD, Treweek S, Furlong CD, Altman DG, et al. A pragmatic-explanatory continuum indicator summary (PRECIS): a tool to help trial designers. *CMAJ* 2009;180:E47-57.
- 26 Sackett DL. Bias in analytic research. *J Chronic Dis* 1979;32:51-63.
- 27 Van der Weele GM, De Jong R, De Waal MW, Spinhoven P, Rooze HA, Reis R, et al. Response to an unsolicited intervention offer to persons aged ≥ 75 years after screening positive for depressive symptoms: a qualitative study. *Int Psychogeriatr* 2012;24:270-7.