

# VU Research Portal

## Prevention of Depression and Anxiety in Residential Homes for the Elderly

Dozeman, E.

2011

### **document version**

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

### **citation for published version (APA)**

Dozeman, E. (2011). *Prevention of Depression and Anxiety in Residential Homes for the Elderly*. [PhD-Thesis - Research and graduation internal, Vrije Universiteit Amsterdam].

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)

# **Chapter 12**

**Summary in Dutch**

## **Preventie van depressie en angst bij bewoners van verzorgingshuizen**

Bewoners van verzorgingshuizen vormen een hoog risicogroep voor het ontwikkelen van een depressie en/of een angststoornis. Deze stoornissen hebben een grote impact op het welzijn en functioneren van bewoners, komen veel voor en worden vaak slecht herkend. Er is daarom grote behoefte aan effectieve interventies om deze stoornissen te behandelen en te voorkomen. Preventie is extra belangrijk omdat deze stoornissen grote aantallen mensen treffen, en de verwachting is dat dit in de komende jaren alleen maar zal toenemen.

Dit proefschrift beschrijft een onderzoek naar de haalbaarheid en de effectiviteit van een stapsgewijs preventief programma bij bewoners van verzorgingshuizen die een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een depressie en/of angststoornis. We hebben tevens bekeken wat de kosten zijn van een dergelijke aanpak. In tien hoofdstukken worden de verschillende aspecten van dit onderzoek besproken. Deze Nederlandse samenvatting is bestemd voor lezers zonder medische of wetenschappelijke achtergrond.

### **Hoofdstuk 1. De aanleiding voor het onderzoek.**

Het aantal mensen in Nederland dat in een verzorgingshuis woont is de afgelopen jaren afgenomen, vooral omdat het overheidsbeleid er op gericht is om ouderen zo lang mogelijk in hun eigen woning te kunnen laten wonen. Tegelijkertijd is het aantal ouderen van 75 jaar en ouder toegenomen. Dat betekent dat in toenemende mate de bewoners van verzorgingshuizen tot de meest kwetsbare groep ouderen horen. Het verschil tussen een verzorgingshuis (voorheen “het bejaardenhuis”) en een verpleeghuis is daarmee ook aan het verdwijnen.

In het eerste hoofdstuk wordt met behulp van een interview met een van de bewoners de complexiteit en de impact van depressie en angst voor bewoners van verzorgingshuizen toegelicht. Zowel bewoners, familieleden, verzorgend personeel als huisartsen zijn geneigd de kenmerken die kunnen wijzen op een (beginnende) depressie of angststoornis te beschouwen als iets dat normaal is gezien de fysieke problemen en de (leef)omstandigheden van de bewoner. Vaak gaat veel zorg uit naar deze fysieke problemen, maar wordt te weinig aandacht gegeven aan de tekenen van een psychische stoornis. Een Nederlands onderzoek bij mensen van 75 jaar en ouder die thuis wonen, heeft recent laten zien dat een preventieve benadering met een stapsgewijze inzet van verschillende interventies heel effectief kan zijn. Bij de ouderen die de stapsgewijze interventie kreeg werd de kans dat zij een depressie of een angststoornis ontwikkelden met de helft verminderd. Wij hebben dit programma als uitgangspunt genomen om te onderzoeken of een dergelijke

aanpak ook mogelijk en effectief is voor de meer kwetsbare groep ouderen die in verzorgingshuizen woont.

## **Hoofdstuk 2. De opzet van het onderzoek naar een stapsgewijze preventieve aanpak van depressie en angst bij bewoners van verzorgingshuizen.**

Bij aanvang van het onderzoek worden alle bewoners van verschillende verzorgingshuizen in en in de omgeving van Amsterdam, uitgezonderd de bewoners van de Psycho Geriatrische afdeling voor bewoners met ernstige cognitieve problemen, onderzocht op het bestaan van symptomen van depressie of angst. Hiervoor wordt een vragenlijst, de Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), gebruikt. Bewoners die boven het vastgestelde afkappunt scoren wordt gevraagd of ze mee willen doen aan het onderzoek. Om mee te kunnen doen wordt vervolgens met behulp van een diagnostisch interview vastgesteld of de klachten niet reeds zo ernstig zijn dat we kunnen spreken van een stoornis. Ook wordt gekeken of de bewoners voldoende cognitief vermogen hebben om te kunnen profiteren van de preventieve interventies. Wanneer bewoners al te ernstige klachten hebben op cognitief of mentaal gebied, worden zij verwezen naar hun huisarts en komen ze niet in aanmerking voor het onderzoek.

Het stapsgewijze programma bestaat vervolgens uit vier stappen. De eerste stap bestaat uit afwachten of de klachten vanzelf overgaan, omdat bekend is dat dit in de helft van de gevallen gebeurt. Na drie maanden wordt de ernst van de klachten opnieuw beoordeeld met behulp van de CES-D. Wanneer de klachten dan niet zijn afgenomen (of zijn toegenomen) wordt de eerste interventie aangeboden, een zelfhulp boek. Met behulp van de uitleg en de oefeningen uit dit boek kan de bewoner, in samenwerking met de daarvoor toegewezen verzorgende, zelf de klachten aanpakken. De uitleg en de opdrachten zijn gericht op het vermeerderen van plezierige en zinvolle activiteiten. Uit eerder onderzoek is gebleken dat dit een effectieve aanpak is om klachten van somberheid en gespannenheid te verminderen. Tegelijkertijd wordt een signaal aan de huisarts afgegeven dat de bewoner meedoet aan het onderzoek en op dit moment lichte klachten van somberheid en/of angst heeft. Wanneer de klachten na het werken met dit boekje niet zijn afgenomen wordt de volgende interventie aangeboden, het “dierbare herinneringen interview”. Dit is een viertal individuele gesprekken met een verpleegkundige, gericht op het heractiveren van specifieke positieve herinneringen. Ook wordt een advies aan de bewoner gegeven om de huisarts te bezoeken om mogelijke somatische oorzaken van de klachten te laten uitsluiten. Wanneer de klachten na deze stap weer niet voldoende zijn verminderd wordt de bewoner

doorverwezen naar de huisarts om te overleggen of een specialistisch consult of medicatie noodzakelijk is. Elke keer wanneer de CES-D wordt afgenomen, wordt ook het diagnostisch interview afgenomen om te onderzoeken of de bewoner een stoornis heeft ontwikkeld. Wanneer dit het geval is wordt de bewoner onmiddellijk doorverwezen naar de huisarts en stopt daarmee de deelname aan het onderzoek.

De belangrijkste uitkomst van ons onderzoek is de vergelijking tussen het aantal mensen dat een stoornis ontwikkelt gedurende het preventieve programma en het daaropvolgende jaar, in vergelijking met de bewoners die het programma niet volgen. We verwachten, op basis van eerder onderzoek, dat na twee jaar 35% van de bewoners met lichte klachten van somberheid of angst, die het programma niet kregen aangeboden een depressie of een angststoornis krijgt. We beschouwen het preventieprogramma als effectief als van de bewoners die het wel volgden niet meer dan 20% een stoornis heeft ontwikkeld.

### **Hoofdstuk 3. Verkennende studie naar de methode om mensen met lichte stemmings- en angstklachten te identificeren.**

Verschillende verzorgingshuizen in Amsterdam hebben zich bereid verklaard om de stapsgewijze preventieve aanpak te toetsen op haalbaarheid en effectiviteit.

Vanzelfsprekend dient het opsporen en motiveren van de bewoners vooraf te gaan aan deelname aan het preventie programma. In januari 2007 startten wij een verkennende studie in een van de huizen om de door ons voorgestelde opsporingsmethode te toetsen. Het opsporen van bewoners met een verhoogd risico bleek gecompliceerder te verlopen dan we verwacht hadden, vooral vanwege de grote zorgzwaarte van de bewoners. Ten tijde van de proefperiode woonden 177 bewoners in het betreffende verzorgingshuis, verspreid over acht afdelingen. 99 (56%) bewoners vulden de vragenlijst niet in: zeven bewoners (4%) overleden in deze periode, 56 (32%) bewoners toonden zich direct niet bereid, of waren niet in staat om mee te doen en 36 bewoners (20%) wilden niet deelnemen nadat ze de vragenlijst in ontvangst hadden genomen en hadden gelezen. 24 van hen gaven aan dat zij "geen zin" hadden in een dergelijk onderzoek. Bij doorvragen werden verschillende aspecten hiervan benoemd: men vond zichzelf te oud om nog te veranderen, men had geen behoefte aan bemoeienis, maar ook vond men een dergelijke confrontatie belastend of werd men er nerveus van. Van de 78 bewoners waarvan wel een score op de vragenlijst kon worden vastgesteld (44% van het totaal) hadden 29 (37%) bewoners klachten van somberheid of angst. De meerderheid van deze bewoners gaf echter aan af te zien van deelname vanwege hun slechte mentale en fysieke conditie. Een belangrijke vinding van deze verkennende studie is dat de meest kwetsbare groep moeilijk te bereiken is met onze methode. Het is nog de vraag op welke wijze deze groep mensen, die dicht tegen de zorgzwaarte van

verpleeghuisbewoners zit, of al een verpleeghuisindicatie heeft, wel bereikt kunnen worden en welke interventies dan haalbaar zijn. Op basis van deze verkennende studie hebben wij een aantal aanpassingen gedaan in het onderzoeksprotocol. Zo hebben onze onderzoeksmedewerkers alle bewoners individueel benaderd en de vragenlijst mondeling afgenomen met behulp van antwoordkaarten. Tevens hebben we ook de bewoners die minder hoog scoorden op de vragenlijst gevraagd om mee te doen met het onderzoek, waardoor ook bewoners met lichtere klachten van somberheid of angst in aanmerking kwamen voor het preventieve onderzoek. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het aanvankelijk de bedoeling was het meten van de klachten voor het onderzoek (gedeeltelijk) door medewerkers van de verzorgingshuizen zelf te laten doen, met gebruik van bestaande observatie-instrumenten. Dit bleek echter niet haalbaar in dit verzorgingshuis in verband met de onderbezetting en overbelasting van het verzorgend personeel.

#### **Hoofdstuk 4. De toepasbaarheid van de CES-D in het verzorgingshuis.**

De vragenlijst die wij in dit onderzoek hebben gebruikt om bewoners te selecteren die meer risico lopen op het ontwikkelen van een depressie en/of een angststoornis is de CES-D. Deze vragenlijst wordt veel gebruikt om depressies op te sporen en is ook geschikt gebleken voor het opsporen van depressies bij ouderen. Het is nog niet eerder onderzocht of de vragenlijst ook geschikt is om te gebruiken bij ouderen die in verzorgingshuizen wonen. Hoewel de vragenlijst ontwikkeld is voor het opsporen van depressie, wordt de CES-D ook gebruikt voor het opsporen van angst. Omdat het minder belastend is om voor het opsporen van beide stoornissen 1 vragenlijst te gebruiken, willen we ook graag weten of dit bij verzorgingshuisbewoners ook met deze lijst kan. Op basis van onze meetresultaten kunnen we zeggen dat de CES-D ook geschikt is om depressie op te sporen bij bewoners van verzorgingshuizen, maar dat de waarde op de lijst waarbij er sprake is van een stoornis (het "afkappunt") hoger ligt bij deze meer kwetsbare ouderen dan bij ouderen die thuis wonen (22 ipv 16). Ook blijkt de CES-D inderdaad geschikt om depressie en angst samen op te sporen, daarbij is het afkappunt ook iets hoger, te weten 18 ipv 16. Voor het opsporen van angststoornissen alleen is de CES-D minder geschikt.

#### **Hoofdstuk 5. Het ontstaan van depressieve klachten bij ouderen met een kwetsbare gezondheidstoestand.**

Bewoners van verzorgingshuizen hebben vaak een meer kwetsbare gezondheidstoestand dan ouderen die thuis wonen. Er is nog niet veel bekend over de omvang van het ontstaan

van depressieve klachten bij ouderen die een kwetsbare gezondheid hebben. Het uitgangspunt van onze preventieve aanpak was dat bij kwetsbare ouderen vaker depressieve klachten optreden dan in de gemiddelde oudere bevolking. Daarnaast vroegen wij ons af of er bij het ontstaan van depressieve klachten andere risico factoren een rol spelen dan in de gemiddelde oudere bevolking. In dit hoofdstuk beschrijven we een aanvullend onderzoek dat we hebben uitgevoerd met gegevens uit een studie naar ouderen met een kwetsbare gezondheidstoestand. Hierbij werden 651 ouderen van 75 jaar en ouder 1,5 jaar gevolgd en werd zowel na zes maanden als na 1,5 jaar gemeten of deze ouderen last hadden gekregen van depressieve klachten. We onderzochten daarbij ook of we specifieke risicofactoren konden vaststellen die in deze groep de kans op het ontstaan van depressieve klachten bepaalden. We keken daarbij onder andere naar leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, hoogte van de klachten bij de eerste meting, aantal chronische ziekten, problemen met horen of zien, pijn, eenzaamheid, sociale steun en angst om te vallen. Geen van deze mogelijke risico factoren bleek in deze groep een specifieke bijdrage te leveren aan het ontstaan van depressieve klachten. Wel vonden we dat na 1,5 jaar 48% van de kwetsbare ouderen last had gekregen van depressieve klachten. Dat is aanmerkelijk meer dan eerder gevonden percentages in de gemiddelde oudere bevolking (7 – 24.5%). Bovendien vonden we dat in de geselecteerde groep van 651 ouderen met een kwetsbare gezondheid al 58% depressieve klachten had bij de eerste meting. Op basis van deze cijfers concludeerden wij dat het hebben van een kwetsbare gezondheid bij ouderen inderdaad een hoog risico met zich meebrengt op het krijgen van depressieve klachten.

## **Hoofdstuk 6. Het effect van een stapsgewijze preventieve aanpak van depressie en angst bij bewoners van verzorgingshuizen.**

185 bewoners van 14 verzorgingshuizen in en om Amsterdam deden mee aan het onderzoek naar het effect van een stapsgewijze preventieve aanpak van depressie en angst. 93 van hen kregen de interventies aangeboden (de “interventie groep”), de andere 92 kregen dat niet (de “controle groep”). De controle groep kreeg dezelfde zorg als altijd, maar werd net als de mensen die de interventies kregen, wel elke drie maanden geïnterviewd om te kunnen meten welke veranderingen in de gemoedstoestand hadden plaatsgevonden. Na 1 jaar waren 55 bewoners (30%) gestopt met het onderzoek. 11 van hen waren overleden, 18 weigerden verdere deelname en 26 bewoners werden te ziek om nog langer mee te doen. Het viel hierbij op dat er meer bewoners die de interventies kregen verdere deelname weigerden dan bewoners die in de controle groep zaten (14 in de interventie groep en 4 in de controle groep). Het is mogelijk dat de interventies voor sommige bewoners te belastend

werden gevonden, waardoor ze niet langer mee wilden doen in het onderzoek. Op basis van onze statistische analyses stelden wij vast dat er na 1 jaar geen verschil was tussen het percentage bewoners in de interventie groep die een stoornis ontwikkelde en het percentage in de controle groep. Het programma was dus niet effectief om depressie en angststoornissen te voorkomen. Bij nadere analyses ontdekten we echter dat het programma wel effectief was om depressie te voorkomen, maar dat het niet werkte om angst te voorkomen. Dat is een verrassende bevinding omdat de verschijnselen van depressie en angst gedeeltelijk overlappen, vaak tegelijkertijd voorkomen en vergelijkbare behandelingen vaak zowel voor depressie als voor angst effect hebben. In ons onderzoek was dat niet het geval. Men zou zich zelfs kunnen afvragen of bewoners in verzorgingshuizen misschien angstig worden van dit programma. De resultaten van ons onderzoek kunnen hier geen duidelijk antwoord opgeven. We weten wel dat het op deze manier mogelijk is om depressies te voorkomen. Om het programma ook geschikt te maken om in de praktijk toe te passen moeten de interventies ook gericht zijn op het voorkomen van angst.

## **Hoofdstuk 7. Het effect van een zelfhulpboek, gericht op het vermeerderen van plezierige en zinvolle activiteiten, op depressieve- en angstklachten.**

In het zevende hoofdstuk beschrijven we de evaluatie van het effect van de eerste interventie in het stapsgewijze preventie programma. De eerste interventie is een zelfhulpboek wat de bewoner met ondersteuning van een verzorgende doorneemt. Het boek geeft de bewoner uitleg over het ontstaan van depressieve- en spanningsklachten en beschrijft vier stappen waarmee men deze klachten kan aanpakken. Eerst wordt gevraagd om gedurende een week de stemming bij te houden door een cijfer te geven voor de gemoedstoestand in de ochtend, middag en avond. Dan wordt een lijst met 48 verschillende plezierige en zinvolle activiteiten aangeboden, die de bewoner doorneemt met als doel in kaart te brengen welke activiteiten passend zijn. Op basis daarvan wordt een activiteitenlijst opgesteld die gedurende een week wordt bijgehouden, om meer inzicht te krijgen in de samenhang tussen de aard en het aantal activiteiten en de stemming. Wanneer hiermee duidelijk wordt welke activiteiten bijdragen aan een betere gemoedstoestand wordt gevraagd een plan te maken om deze activiteiten in voldoende mate te blijven uitvoeren. Het bleek voor bewoners aan wie we dit boek aanboden erg moeilijk om alle stappen van het boek uit te voeren. We vonden dat het uiteindelijk lukte bij 21% (14 van de 67) van de bewoners. We stelden vast dat bij de bewoners die het lukte om het boek helemaal door te nemen wel een groot effect was op de afname van de klachten. We konden echter niet statistisch vaststellen



of dit effect meer dan toeval was, waarschijnlijk omdat het aantal bewoners hiervoor te klein was. We concludeerden daarom dat het aanbieden van een zelfhulpboek aan bewoners van verzorgingshuizen geen effect heeft op het verminderen van stemmings- en angstklachten, vooral omdat het niet voldoende lukt om ook daadwerkelijk met de oefeningen aan de gang te gaan. Voor die bewoners die gemotiveerd zijn om het hele boek door te nemen en de oefeningen uit te voeren, kan het mogelijk wel helpen om de klachten te verminderen.

## **Hoofdstuk 8. Het effect van het stapsgewijze preventie programma op het voorkomen van depressie na 2 jaar.**

Twee jaar na de start van het onderzoek hebben we de deelnemers opnieuw geïnterviewd. We wilden weten of de positieve effecten die we na 1 jaar hadden gevonden op het voorkomen van depressie ook na twee jaar nog aanhielden. Een probleem bij het analyseren van de gegevens was het feit dat bijna de helft van de bewoners na 2 jaar niet meer geïnterviewd kon worden. Van de 185 bewoners die begonnen aan het onderzoek, konden we 82 niet meer interviewen na twee jaar. 27 van hen waren tussentijds verwezen naar de huisarts omdat ze een depressie of een angststoornis of beide hadden gekregen, bovendien waren na 2 jaar 24 van de oorspronkelijke deelnemers overleden. De anderen stopten er om diverse redenen mee. Net als in het onderzoek naar de effecten van het programma na 1 jaar hebben we bij onze analyses gebruik gemaakt van statistische methoden die de gegevens aanvulden van deelnemers die tijdens het onderzoek stopten. Daarnaast hebben we ook aparte analyses gedaan bij die bewoners die ook na 2 jaar nog geïnterviewd konden worden. Met behulp van de analyses met aangevulde gegevens bleek dat het positieve effect op depressie wat na 1 jaar werd aangetoond, na 2 jaar niet meer bestond. Wel bleek dat bij geen van de bewoners die het hele onderzoek volhielden een nieuwe depressie was ontstaan in het tweede jaar. De bewoners die na twee jaar nog meededen kunnen we beschouwen als de relatief gezondste bewoners. Voor hen houdt het effect van het preventieve programma wel aan na 2 jaar. Je zou echter net zo goed kunnen concluderen dat deze bewoners ook zonder preventief programma depressie vrij waren gebleven.

## **Hoofdstuk 9. De economische kosten van het stapsgewijze preventie programma.**

We hebben in dit onderzoek bekeken of een preventieve aanpak kan helpen bij het voorkomen van een depressie of angststoornis bij ouderen die in een verzorginghuis wonen. We konden het effect van deze aanpak wel aantonen voor depressie, maar niet voor angst. Om beide stoornissen samen te voorkomen werkte deze aanpak onvoldoende. Wanneer een

dergelijke aanpak ook in de praktijk zou worden uitgevoerd is het van belang om te weten hoeveel dat kost. Het gaat er hierbij immers om schaarse middelen vrij te maken voor zorg, die ook op een andere manier zou kunnen worden ingezet. We vonden dat de kosten van de preventieve aanpak gemiddeld €838 hoger waren dan wanneer mensen deze niet kregen. We konden niet aantonen dat de kosten-baten analyse van deze aanpak voordelig zou uitvallen voor de preventieve aanpak. De grootste beperking bij ons onderzoek is het aantal mensen dat mee wil en kan doen aan een dergelijk programma. Ook het aantal mensen dat niet in staat is om een dergelijk programma in voldoende mate af te ronden vormt een beperking voor het mogelijk succes van deze aanpak. Deze aanpak zou dan ook alleen kostendekkend kunnen zijn als de deelname voor meer mensen haalbaar en aanvaardbaar wordt.

## **Hoofdstuk 10. Algemene discussie.**

In het laatste hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen en de gebruikte methodologie in de voorgaande hoofdstukken besproken.

De uitvoering van het preventieve programma in de dagelijkse praktijk bleek een grote uitdaging. De geringe mogelijkheden om het personeel in de verzorgingshuizen voldoende te betrekken was daarbij een belemmering, evenals de kwetsbare conditie van de bewoners. Toch waren over het algemeen de reacties van het personeel en van de deelnemers heel bemoedigend. We merkten dat veel verzorgenden het belangrijk vonden om uitleg over depressie en angst te krijgen, samen met een eenvoudig boek waarmee ze met een bewoner konden proberen de klachten aan te pakken. Aan enthousiasme ontbrak het de meeste verzorgenden niet, maar wel bleek dat het (blijven) motiveren van de bewoners en het vrijmaken van voldoende tijd hiervoor vaak lastiger was dan gedacht. De SPVen die de gesprekken over dierbare herinneringen uitvoerden, vertelden dat ze het prettig vonden om met bewoners op zoek te gaan naar positieve verhalen. Dit vormde een grote tegenstelling met de probleem georiënteerde gesprekken die ze over het algemeen met hun patiënten voeren. In tegenstelling tot het zelfhulpboek, waar slechts 24% de oefeningen afmaakte, maakten alle bewoners die aan de gesprekken over positieve herinneringen begonnen deze gesprekken ook af. De bewoners die meededen aan het onderzoek gaven in meerderheid aan dat ze het prettig vonden dat er met een duidelijke regelmaat iemand bij hen langskwam om te informeren naar hun welbevinden. De tijd die de interviewer uittrok voor het afnemen van de vragenlijsten en de houding en rust van de interviewers werd hogelijk gewaardeerd. Aangezien veel bewoners tevens aangaven dat ze met enige regelmaat gevoelens van eenzaamheid kenden leek de aandacht van de

interviewers te voldoen aan een diepgevoelde behoefte. Het feit dat het hierbij “slechts” ging om het afnemen van gevalideerde vragenlijsten, heeft mij regelmatig geraakt.

We hebben in dit onderzoek de grote effecten van een preventieve aanpak bij ouderen die thuis wonen niet kunnen bevestigen voor ouderen die in een verzorgingshuis wonen. Het meest verrassende resultaat is dat we tegengestelde effecten vonden voor de preventie van depressie en voor die van angststoornissen. Omdat we op basis van dit onderzoek niet kunnen aantonen waardoor dit komt, is mijn aanbeveling om in toekomstig onderzoek nauwkeuriger te kijken naar het optreden van angststoornissen bij bewoners van verzorgingshuizen. Hoewel het onderzoek naar angststoornissen bij ouderen de laatste jaren toeneemt, loopt onze kennis hierover bij ouderen nog ver achter in vergelijking tot de kennis over depressie. Het is mogelijk dat juist bij deze hele kwetsbare groep mensen een preventieve aanpak tegengestelde effecten uitlokt. Het is belangrijk om te weten dat we met een preventieve aanpak ook bij bewoners van verzorgingshuizen depressie kunnen voorkomen. Om het programma te kunnen invoeren zal er meer gericht moeten worden gekeken naar het voorkomen van angst. Een brede aanpak, zoals die bij ouderen die thuis wonen wel werkt, is niet voldoende.

Een ander belangrijk aspect is de lage deelname graad van de bewoners aan een dergelijk programma. Bij preventie is dit een veel voorkomend fenomeen; het blijft ingewikkeld om mensen te motiveren om nu iets te doen of laten waardoor er in de toekomst iets *niet* zal gebeuren. Bij bewoners van verzorgingshuizen wordt de mogelijkheid om aandacht te geven aan het voorkomen van psychische klachten nog eens extra belemmerd door een kwetsbare fysieke en cognitieve conditie. Dit zijn nu juist ook risicofactoren voor het ontstaan van depressie en angst. Daarnaast hadden veel bewoners grote moeite met het erkennen van depressie of angstklachten. Over het algemeen erkenden de meesten dat dit in hun omgeving veel voorkomt, maar was er een grote weerstand om deze klachten bij zichzelf te benoemen. Ook kregen we op basis van gesprekken met bewoners de indruk dat er binnen de muren van het verzorgingshuis sociale mechanismes optreden, waarbij bewoners bang waren om door medebewoners als zwakkeling te worden gezien. Aandacht voor het bestrijden van deze stigma's en extra aandacht voor motiverende gespreksvoering zijn aan te bevelen bij toekomstig onderzoek naar preventieve programma's in deze setting.

Ons onderzoek heeft bevestigd dat klachten van depressie en angst in Nederlandse verzorgingshuizen veel voorkomen. Zowel het management, het personeel als veel bewoners erkennen dat er meer aandacht voor nodig is. De preventieve aanpak zoals wij die in ons onderzoek hebben vormgegeven kent nog teveel tekortkomingen om het programma in de huidige vorm in te voeren. Het feit dat het mogelijk is om depressie te voorkomen is een bemoedigende vaststelling. De komende jaren ligt er een grote uitdaging voor ons om de aandacht voor psychisch welbevinden van ouderen in verzorgingshuizen te verbeteren.

