

# 1 Ouderen in de huisartsenpraktijk: over psychische problematiek en zorgverlening tussen 2002-2008

## 1.1 Inleiding

Psychische problemen, zoals depressie, angst en dementie, komen veelvuldig voor bij ouderen (Beekman e.a., 1995; Beekman e.a., 1998; Ott e.a., 1996). De verwachting is dat door de zogenaamde 'dubbele vergrijzing', waarbij het aantal ouderen toeneemt en de ouderen ook steeds ouder worden, de zorgvraag van ouderen naar geestelijke gezondheidszorg (GGZ) flink zal stijgen (Depla e.a., 2005; Depla e.a., 2007). Naar schatting zal er tussen 2010 en 2020 een toename van 18% zijn in het gebruik van GGZ door ouderen met psychische of verslavingsproblemen (Depla e.a., 2005).

Als 'poortwachter' van de specialistische gezondheidszorg, inclusief de tweedelijns GGZ, speelt de huisarts een belangrijke rol in de herkenning van en de zorg voor psychische problemen bij oudere mensen. De meeste ouderen met een depressie of angst die als zodanig herkend worden, worden uitsluitend in de huisartsenpraktijk behandeld; een minderheid wordt doorverwezen naar gespecialiseerde hulpverleners in de eerste lijn (bv. eerstelijnspsycholoog) of tweedelijns GGZ (Ten Have e.a., 2007). Er bestaat ruimte voor verbetering van psychische zorgverlening in de huisartsenpraktijk. Zo wordt dementie dikwijls pas in een laat stadium herkend of gediagnosticeerd (Jansen e.a., 2007). Daarnaast is er in de huisartsenpraktijk enerzijds sprake van onderherkenning en onderbehandeling van depressie en angst, en anderzijds sprake van medicamenteuze overbehandeling (Volkers e.a., 2004; Volkers e.a., 2005; Nuyen e.a., 2008). In de afgelopen jaren zijn veel activiteiten ondernomen om de psychische zorgverlening in de huisartsenpraktijk te verbeteren. In dit hoofdstuk wordt nagegaan of deze inspanningen geresulteerd hebben in veranderingen in de zorg die huisartsen verlenen aan ouderen met psychische problematiek. Alvorens de doelstelling en onderzoeksvragen van dit hoofdstuk te presenteren, zal eerst noodzakelijke achtergrondinformatie gegeven worden.

### 1.1.1 Achtergrond

#### *Versterking eerste lijn*

Afgelopen decennium zijn er vanuit de overheid veel activiteiten ondernomen om de GGZ in de eerste lijn, en in het bijzonder in de huisartsenpraktijk, te versterken. Met het versterken van de eerstelijns GGZ wordt beoogd om psychische problemen waar mogelijk te diagnosticeren en te behandelen in de eerste lijn, en indien noodzakelijk door te verwijzen naar de gespecialiseerde GGZ (Meijer & Verhaak, 2004). Daartoe werd begin deze eeuw vanuit het Ministerie van VWS een pakket aan maatregelen genomen,

waaronder het vergroten van de capaciteit aan algemeen maatschappelijk werk, het bieden van de mogelijkheid aan huisartsen om advies te vragen aan hulpverleners uit de gespecialiseerde GGZ (veelal een sociaal psychiatrisch verpleegkundige), en het subsidiëren van een aantal lokale projecten gericht op een betere samenwerking en afstemming binnen de eerste lijn en met de gespecialiseerde GGZ (Meijer & Verhaak, 2004). Daarnaast werd budget beschikbaar gesteld aan de koepelorganisaties van huisartsen, eerstelijnspsychologen en algemeen maatschappelijk werkers waarmee activiteiten gericht op het verbeteren van de kwaliteit van GGZ-hulpverlening en het bevorderen van deskundigheid op dit gebied zijn bekostigd. Recente overheidsmaatregelen zijn de overheveling van de geneeskundige GGZ van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de opname van de eerstelijnspsychologische zorg in de basisverzekering per 1 januari 2008. Tevens is een nieuwe functie praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ) ingevoerd. Het is de bedoeling dat de POH-GGZ de huisarts ondersteunt bij de zorg voor patiënten met psychische problemen (Ten Have, 2007). Sinds 1 januari 2008 kan de huisarts aanspraak maken op structurele financiering van de functie POH-GGZ.

### ***Doorbraakprojecten***

Naast deze overheidsmaatregelen zijn vanaf 2004 ook landelijke verbeterprojecten uitgevoerd (de zogenaamde doorbraakprojecten) met het oogmerk om deelnemende eerstelijns teams bestaande uit huisartsen en andere hulpverleners meer te laten handelen volgens aanbevelingen uit de NHG-Standaarden (Van Marwijk e.a., 2003; Terluin e.a., 2004) en Multidisciplinaire richtlijnen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2003, 2005) voor depressie en angst. In de Doorbraakprojecten Depressie I (uitgevoerd in de periode 2004-2006), Depressie II (2006-2008), en Angst (2006-2008) is vooral geprobeerd het *stepped care* model, waarbij in eerste instantie voor de lichtst mogelijk behandeling wordt gekozen en bij onvoldoende effect wordt overgestapt op een meer intensieve interventie, te implementeren en zo de kwaliteit van zorg te verbeteren (Meeuwissen, 2004). Het Doorbraakproject Depressie II heeft zich daarbij ook specifiek gericht op het verbeteren van het signaleren, diagnosticeren, en behandelen van depressie bij ouderen. De aanbevelingen uit het addendum voor ouderen bij de Multidisciplinaire richtlijn Depressie vormden hierbij het uitgangspunt (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008a). Het addendum voor ouderen bij de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen is tot op heden nog niet via de doorbraakmethode onder de aandacht gebracht bij huisartsen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008b).

### ***Verbeterprojecten dementiezorg***

Naar aanleiding van een advies van de Gezondheidsraad (Gezondheidsraad, 2002) zijn tussen 2005 en 2008 ook een groot aantal verbeterprojecten omtrent dementiezorg uitgevoerd. Dit gebeurde binnen het kader van het Landelijke Dementie Programma, wat als doelstelling had de zorg en dienstverlening aan de patiënten met dementie en hun mantelzorgers te verbeteren (Meerveld e.a., 2004). De verbeterprojecten betroffen projecten van uiteenlopende soort en hadden vaak ook huisartsen als directe doelgroep

(ZonMw, 2007). Voorbeelden zijn het optimaliseren van de signalering en diagnostiek van dementie en deskundigheidsbevordering van huisartsen. Het Landelijk Dementie Programma heeft een vervolg gekregen, onder meer in de vorm van het programma Ketenzorg Dementie. Dit in 2008 door Alzheimer Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van VWS geïnitieerde programma heeft als doel te komen tot een structureel aanbod van samenhangende dementiezorg die aansluit bij de behoeften en wensen van patiënten met dementie en hun naasten (Kuperus e.a., 2009).

### 1.1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Gegeven alle maatregelen, activiteiten en projecten die het afgelopen decennium ondernomen en uitgevoerd zijn om tot een sterkere en kwalitatief betere eerstelijns GGZ te komen, is de verwachting dat de er in deze periode op landelijk niveau veranderingen in de psychische zorgverlening in de huisartsenpraktijk zichtbaar moeten zijn, ook wat betreft de zorg aan ouderen. Zo kan verwacht worden dat huisartsen relatief vaker ouderen met psychische problemen zijn gaan doorverwijzen naar eerstelijnspsychologen en algemeen maatschappelijk werkers. Daarnaast is de verwachting dat de kwaliteit van huisartsenzorg verbeterd is, wat bijvoorbeeld tot uiting komt door een vroegtijdiger herkenning van dementie en het relatief minder vaak voorschrijven van psychofarmaca bij depressie en angst. Tot nu toe uitgevoerde studies naar veranderingen in de psychische zorgverlening in de huisartsenpraktijk hebben zich gericht op de totale praktijkpopulatie, en niet specifiek op ouderen (Meijer e.a., 2004; Braspenning e.a., 2005; Emmen & Verhaak, 2007).

De doelstelling van dit onderzoek is om na te gaan of er in de periode 2002-2008 veranderingen zichtbaar zijn wat betreft: het relatieve aantal ouderen bij wie huisartsen een psychisch probleem diagnosticeren; het relatieve aantal ouderen bij wie daarnaast een bijkomend psychisch of lichamelijk probleem gediagnosticeerd is; de zorg die vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem verleend wordt door huisartsen; en het verwijsgedrag van huisartsen bij een gediagnosticeerd psychisch probleem.

#### *Onderzoeksvragen*

De volgende onderzoeksvragen zullen beantwoord worden voor de jaren 2002, 2004, 2006 en 2008:

- 1) Met betrekking tot diagnoses:
  - Hoe vaak wordt een psychisch probleem gediagnosticeerd bij ouderen?
  - Bij hoeveel van de ouderen die gediagnosticeerd zijn met een psychisch probleem zijn er bijkomende psychische of lichamelijke problemen gediagnosticeerd?
- 2) Met betrekking tot de verleende zorg:
  - Hoe vaak is er contact vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem, en wat is de aard van dit contact?<sup>1</sup>
  - Hoeveel van de ouderen die gediagnosticeerd zijn met een psychisch probleem krijgen psychofarmaca voorgeschreven?

---

<sup>1</sup> Deze onderzoeksvraag wordt vanwege verandering in registratie binnen LINH alleen beantwoord voor de jaren 2006 en 2008.

### 3) Met betrekking tot het verwijsgedrag:

- Hoeveel van de ouderen die gediagnosticeerd zijn met een psychisch probleem worden doorverwezen, en waar naar toe?

De onderzoeksvragen worden beantwoord voor de algemene groep ouderen ( $\geq 65$  jaar) die gediagnosticeerd zijn met een psychisch probleem (ongeacht welke), en voor de subgroepen van ouderen die gediagnosticeerd zijn met een specifieke psychisch probleem, te weten depressie, angst, dementie, problematisch alcoholgebruik (alleen onderzoeksvraag 1) en psychotische stoornis (alleen onderzoeksvraag 1).<sup>2</sup>

Er wordt ook gekeken naar hoe vaak huisartsen bijkomende (oftewel 'comorbide') problemen diagnosticeren, omdat psychische stoornissen vaak gelijktijdig vóórkomen bij ouderen (Beekman e.a., 2000; Van Balkom e.a., 2000), en ook frequent samengaan met chronische lichamelijke aandoeningen (Bierman e.a., 2007). Psychische en somatische comorbiditeit heeft een ongunstige invloed op het beloop van een psychische stoornis. Omgekeerd, heeft de psychische stoornis een nadelige invloed op de prognose van een bijkomende psychische of lichamelijke aandoening (Verdurmen e.a., 2006; Schoevers e.a., 2008; Scott e.a., 2009). Bijgevolg wordt in het geval van comorbiditeit soms een ander behandelbeleid aanbevolen (Van Marwijk e.a., 2003; Terluin e.a., 2004; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008a, 2008b).

#### 1.1.3 Opbouw hoofdstuk

Dit hoofdstuk bestaat samen met de inleiding uit acht paragrafen. De onderzoeksmethode wordt in paragraaf 1.2 besproken. Daarna worden in de paragrafen 1.3 tot en met 1.7 achtereenvolgens de resultaten met betrekking tot de onderzoeksvragen gepresenteerd. Het hoofdstuk eindigt met slotparagraaf 1.8 waarin de belangrijkste bevindingen samengevat en besproken worden.

## 1.2 Methode

### 1.2.1 Gebruikte gegevens

#### *LINH*

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is gebruik gemaakt van gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) (Verheij e.a., 2009). LINH is een netwerk van (in 2007) 89 geautomatiseerde huisartspraktijken bij wie bijna 340.000 patiënten staan ingeschreven. De aan LINH deelnemende huisartsen verzamelen op continue, routinematige wijze gegevens over gestelde diagnoses, patiëntcontacten en uitgevoerde verrichtingen, voorgeschreven medicatie en verwijzingen in elektronische patiëntendossiers (EPD's). Voordat gegevens uit de EPD's opgenomen worden in de

---

<sup>2</sup> De aantallen patiënten met een diagnose problematisch alcoholgebruik en psychotische stoornis zijn te laag om de andere onderzoeksvragen te beantwoorden.

LINH database, vindt er een uitgebreide kwaliteitscontrole plaats om de volledigheid en betrouwbaarheid van de gegevens te waarborgen.

De praktijkpopulatie die ingeschreven staat bij de aan LINH deelnemende praktijken is representatief voor Nederland wat betreft leeftijd en geslacht. Ook de deelnemende huisartsen verschillen niet van de Nederlandse huisartsenpopulatie, afgezien van dat zij wat minder vaak werkzaam zijn in een solopraktijk, iets minder vaak werken in niet stedelijke gebieden, en juist wat vaker werkzaam zijn in weinig stedelijke gebieden.

### **Selectie praktijken**

Om betrouwbare en valide uitspraken te kunnen doen zijn in alle onderzoeksjaren (2002, 2004, 2006 en 2008) voor elk van de onderzochte uitkomsten alleen gegevens gebruikt van de huisartspraktijken die voldeden aan kwaliteitscriteria voor registratie. Hierdoor verschillen per onderzoeksjaar per uitkomst de aantallen praktijken en ouderen waarop de resultaten gebaseerd zijn (zie Bijlage 1). De leeftijd- en geslachtsverhouding van onderzochte ouderen blijkt over de jaren redelijk stabiel (afgezien van een wat hogere leeftijd in 2008). Wel varieert de verdeling van urbanisatiegraad enigszins tussen de jaren.

## **1.2.2 Onderzochte variabelen**

### ***Psychische en bijkomende diagnoses***

De huisartsen registreren diagnoses die zij stellen bij patiënten in het Huisarts Informatie Systeem (HIS). Diagnoses worden gecodeerd met behulp van het classificatiesysteem *International Classification of Primary Care* (ICPC; Lambert & Wood, 1987). Hierbij geeft de huisarts aan of het een nieuwe of reeds bestaande diagnose betreft. Diagnosecodes voor psychische problemen zijn in de ICPC ondergebracht in het zogenoemde P-hoofdstuk, waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen diagnoses op het niveau van symptomen/klachten (bv. slapeloosheid) en op het niveau van aandoeningen (bv. depressie).

In dit onderzoek wordt gekeken naar de algemene groep ouderen bij wie een psychisch probleem gediagnosticeerd is (d.w.z. ouderen met  $\geq 1$  'P-diagnose', ongeacht of het een symptoom/klacht of aandoening betreft) en naar subgroepen van ouderen met een specifieke diagnose, te weten depressie (ICPC-codes: P76/P03), angst (P76/P01), dementie (P70), problematisch alcoholgebruik (P15/P16) en psychotische stoornis (P71/P72/P98). Hoe vaak een (specifieke) psychische diagnose gesteld is in een onderzoeksjaar is bepaald aan de hand van het aantal ouderen met de betreffende diagnose (ongeacht of deze nieuw is of al bestond) (prevalentie), en daarnaast ook aan de hand van het aantal ouderen bij wie de diagnose nieuw gesteld wordt (incidentie).

Voor de subgroepen van ouderen met een diagnose depressie, met een diagnose angst, en met een diagnose dementie is nagegaan hoe vaak zij daarnaast gediagnosticeerd zijn met bijkomende psychische en lichamelijke problemen. Wat betreft bijkomende lichamelijke diagnoses is gekeken naar vier ziektecategorieën, te weten astma/chronisch obstructieve longziekte (COPD) (R91/R95/R96), diabetes mellitus (T90), bot- of gewrichtsaandoening (L88-L91/L95/L96) en hart- of vaatziekte (K74-K77/K89/K90).

## **Contacten**

In de periode 2002-2008 is tengevolge van de stelselwijziging in 2006 de wijze waarop contacten bepaald worden veranderd binnen LINH. Hierdoor kan er geen betrouwbare vergelijking gemaakt worden tussen contactgegevens van voor en na 2006. Daarom is er voor gekozen contactgegevens vanwege een (specifieke) psychische diagnose alleen voor de jaren 2006 en 2008 te presenteren.

Na 2006 zijn contacten gebaseerd op gedeclareerde contacten die gecodeerd worden met een CTG-code (College Tarieven Gezondheidszorg). Hieronder vallen (telefonische) consulten en visites van de huisarts en praktijkondersteuner (POH), maar ook zogenoemde 'modernisatie en innovatie-verrichtingen'. Een gedeclareerd contact kan meerdere deelcontacten voor verschillende diagnoses omvatten. De CTG-codering biedt de mogelijkheid een onderscheid te maken naar type contact aan de hand van betrokken hulpverlener (huisarts of POH), contactduur (<20 of >20 minuten) en manier van contact (consult in de praktijk, telefonisch consult, of visite).

## **Voorschrijven van psychofarmaca**

Huisartsen coderen voorschriften van medicatie in het HIS met behulp van het Anatomisch Therapeutisch Chemisch (ATC-) classificatiesysteem ([www.whocc.no](http://www.whocc.no)). Er wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende typen psychofarmaca: antidepressiva (ATC-code: N06A), kalmeringsmiddelen (anxiolytica; N05B), slaapmiddelen (hypnotica/sedativa; N05C), antipsychotica (N05A), dementiemiddelen (N06D) en middelen bij alcoholverslaving (N07BB). Wat betreft antidepressiva wordt nog een verder onderscheid gemaakt tussen selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's; N06AB), tricyclische antidepressiva (TCA's; N06AA) en overige antidepressiva (N06AF/N06AG/N06AX).

## **Verwijzingen**

Binnen LINH worden de volgende verwijzingsbestemmingen met betrekking tot psychische hulpverlening aan ouderen geregistreerd: maatschappelijk werk, eerstelijnspsychologen, Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG), psychiatrie, geriatrie, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, psycholoog/psychotherapeut en consultatiebureau voor alcohol en drugs. Het is belangrijk op te merken dat binnen LINH huisartsen geacht worden verwijzingen naar de vijf eerstgenoemde bestemmingen te registreren, terwijl verwijzingen naar de drie overige bestemmingen facultatief zijn. Verder is binnen LINH wat betreft verwijzingen naar de tweede lijn alleen registratie van nieuwe verwijzingen verplicht.

### **1.2.3 Analyse en presentatie van resultaten**

Analyses zijn beschrijvend van aard en de resultaten worden in grafieken gepresenteerd.

Zoals eerder beschreven worden analyses uitgevoerd voor de algemene groep ouderen met enigerlei psychische diagnose en voor subgroepen van ouderen met een specifieke diagnose. Daarbij dient opgemerkt te worden dat de onderzoeksvragen met betrekking tot bijkomende diagnoses, verleende zorg, en verwijzgedrag alleen beant-

woord worden voor de subgroepen van ouderen met een diagnose depressie, met een diagnose angst en met een diagnose dementie. Dit omdat de subgroepen van ouderen met een diagnose problematisch alcoholgebruik en met een diagnose psychotische stoornis te klein zijn om betekenisvolle uitspraken te doen. Telkens wordt nagegaan of uitsplitsing naar geslacht invloed heeft op de bevindingen. Verdere uitsplitsing naar leeftijd (65-74, 75-84 en 85-plus) is alleen gemaakt met betrekking tot gestelde psychische diagnoses.

### **1.3 Hoe vaak worden psychische diagnoses gesteld bij ouderen?**

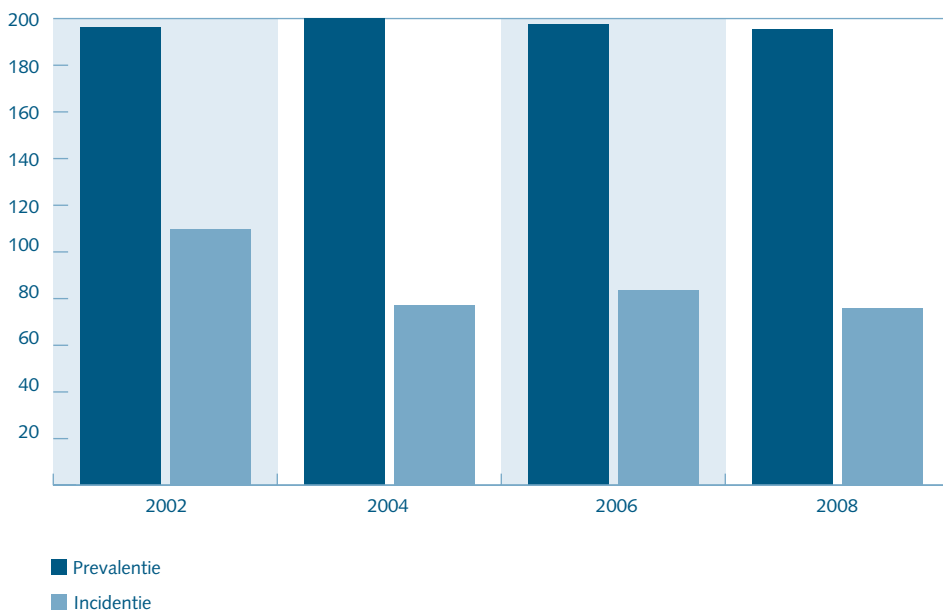
In deze paragraaf wordt eerst beschreven hoe vaak er in de periode 2002-2008 een psychische klacht of aandoening gediagnosticeerd wordt bij ouderen in de huisartsenpraktijk. Vervolgens wordt hetzelfde gedaan voor een vijftal specifieke diagnoses, te weten depressie, angst, dementie, problematisch alcoholgebruik en psychotische stoornis.

#### **1.3.1 Psychische diagnose**

##### ***Hoe vaak wordt een psychische diagnose gesteld?***

In de periode 2002-2008 is op jaarbasis bij ongeveer 20% van de ouderen een psychische klacht of aandoening gediagnosticeerd door de huisarts (zie Grafiek 1). Er is in deze periode geen consistente toe- of afname te zien in dit percentage. Wanneer gekeken wordt naar het aantal nieuwe gevallen bij wie een psychische diagnose gesteld is, is er tussen 2002 en 2004 een afname te zien, waarna de incidentie zich stabiliseert.

**Grafiek 1** Prevalentie (per 1000 ouderen van 65 jaar en ouder) en incidentie (per 1000 ouderen) van enige psychische diagnose in de periode 2002-2008



### ***Zijn er invloeden van geslacht en leeftijd?***

Tussen 2002 en 2008 wordt op jaarbasis een psychische diagnose ongeveer 1,7 keer zo vaak gesteld bij vrouwen als bij mannen. De huisarts heeft in deze periode jaarlijks bij ongeveer een kwart (23,5-24,8%) van de vrouwen een psychische klacht of aandoening gediagnosticeerd; bij de mannen varieert het percentage met een psychische diagnose tussen de 13,2% en 14,5%. Zowel bij mannen als vrouwen wordt een psychische diagnose het vaakst gesteld in de leeftijd van 85 jaar en ouder; en het minst vaak in de leeftijd tussen 65 en 74 jaar.

Wanneer de totale groep van ouderen uitgesplitst wordt naar geslacht zijn er in de periode 2002-2008 geslachtsspecifieke ontwikkelingen te zien. Onder mannen stijgt het percentage met een psychische diagnose consistent van 13,2% in 2002 tot 14,5% in 2008. Onder vrouwen daalt het percentage met een psychische diagnose vanaf 2004 (24,8%) naar 23,5% in 2008.

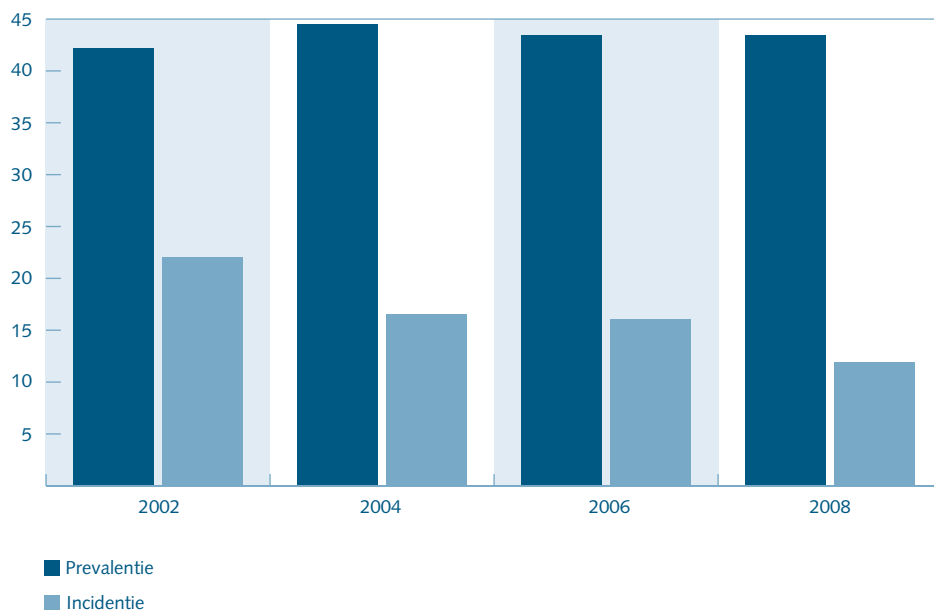
### **1.3.2 Diagnose depressie**

#### ***Hoe vaak wordt de diagnose depressie gesteld?***

Tussen 2002 en 2008 wordt bij 4,2% tot 4,5% van de ouderen jaarlijks een depressie gediagnosticeerd (zie Grafiek 2). Er is in deze periode geen consistente toe- of afname te zien in dit percentage. Daarentegen daalt het aantal nieuwe gevallen met een diagnose depressie wel consistent tussen 2002 en 2008.



Grafiek 2 Prevalentie (per 1000 ouderen van 65 jaar en ouder) en incidentie (per 1000 ouderen) van diagnose depressie in de periode 2002-2008



### ***Zijn er invloeden van geslacht en leeftijd?***

De diagnose depressie wordt ongeveer twee keer zo vaak bij vrouwen als bij mannen gesteld in de huisartsenpraktijk. Bij zowel mannen als vrouwen wordt depressie relatief het meest gediagnosticeerd in de leeftijd van 85 jaar en ouder; en relatief het minst frequent tussen de 65 en 74 jaar.

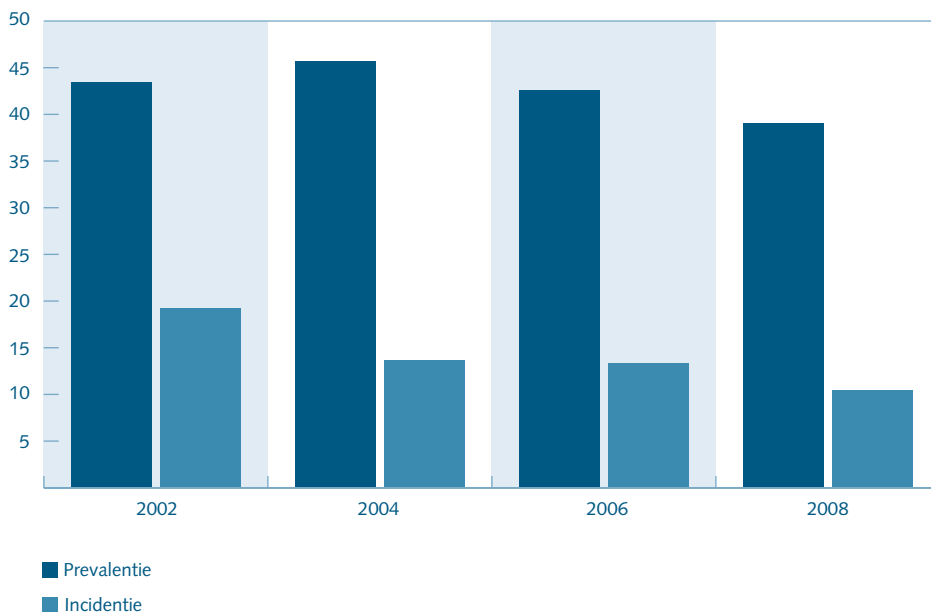
Uitsplitsing van de totale groep van ouderen naar geslacht heeft geen duidelijke invloed op de hierboven beschreven ontwikkelingen in de periode 2002-2008.

### **1.3.3 Diagnose angst**

#### ***Hoe vaak wordt de diagnose angst gesteld?***

In de periode 2002-2008 wordt op jaarbasis bij 3,9% tot 4,6% van de ouderen een diagnose angst gesteld door de huisarts (zie Grafiek 3). Vanaf 2004 daalt het percentage ouderen dat gediagnosticeerd is met angst van 4,6% naar 3,9% in 2008. Wanneer gekeken wordt naar het aantal nieuwe gevallen met een diagnose angst is de gehele periode een consistente daling te zien.

**Grafiek 3** Prevalentie (per 1000 ouderen van 65 jaar en ouder) en incidentie (per 1000 ouderen) van diagnose angst in de periode 2002-2008



### ***Zijn er invloeden van geslacht en leeftijd?***

Evenals het geval is voor de diagnose depressie, wordt de diagnose angst ruim twee maal zo vaak door de huisarts gesteld bij vrouwen dan mannen. Ook angst wordt relatief het vaakst gediagnosticeerd bij mannen en vrouwen van 85 jaar en ouder; en het minst vaak bij mannen en vrouwen tussen de 65 en 74 jaar.

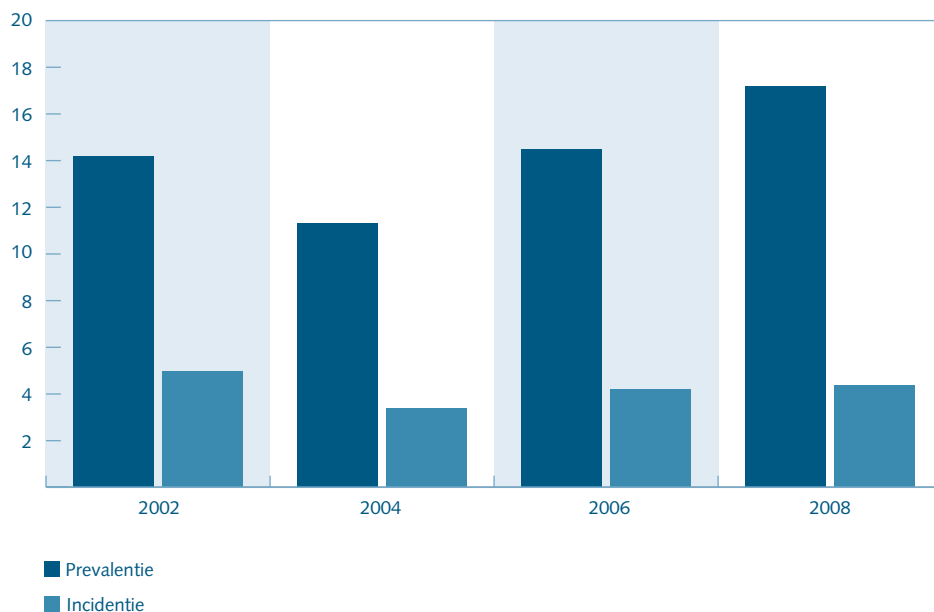
De hierboven beschreven ontwikkelingen wat betreft diagnose angst in de totale groep ouderen zijn ook waarneembaar wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht.

### **1.3.4 Diagnose dementie**

#### ***Hoe vaak wordt de diagnose dementie gesteld?***

Tussen 2002 en 2004 daalt het percentage ouderen dat bij de huisarts een diagnose dementie heeft gekregen van 1,4% naar 1,1%, om vervolgens vanaf 2004 relatief sterk toe te nemen tot 1,7% in 2008 (zie Grafiek 4). Kijkend naar het aantal nieuwe gevallen met een diagnose dementie, is een soortgelijke trend te zien.

Grafiek 4 Prevalentie (per 1000 ouderen van 65 jaar en ouder) en incidentie (per 1000 ouderen) van diagnose dementie in de periode 2002-2008



### ***Zijn er invloeden van geslacht en leeftijd?***

Dementie wordt ongeveer anderhalf keer zo vaak bij vrouwen als bij mannen gesteld in de huisartsenpraktijk. Bij zowel mannen als vrouwen wordt dementie het meest gediagnosticeerd in de leeftijd van 85 jaar en ouder; en relatief het minst frequent tussen de 65 en 74 jaar.

Wanneer de totale groep van ouderen uitgesplitst wordt naar geslacht is tussen 2002 en 2008 bij zowel mannen als vrouwen dezelfde ontwikkeling in de diagnose van dementie zichtbaar als hierboven beschreven.

### **1.3.5 Diagnoses problematisch alcoholgebruik en psychotische stoornis**

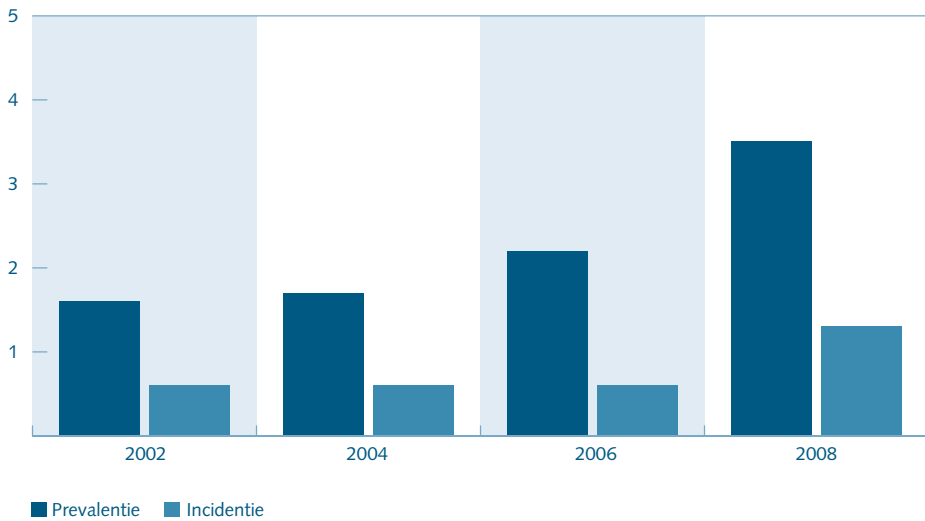
#### ***Hoe vaak worden de diagnoses problematisch alcoholgebruik en psychotische stoornis gesteld?***

De huisarts diagnosticeert bij weinig ouderen problematisch alcoholgebruik. Wel verdubbelt tussen 2002 en 2008 het percentage ouderen met een diagnose problematisch alcoholgebruik (van 0,2% naar 0,4%) (zie Grafiek 5). Ook de diagnose psychotische stoornis wordt in de huisartsenpraktijk weinig gesteld, maar wel steeds vaker tussen 2002 en 2008 (van 0,5% naar 0,7%) (zie Grafiek 6).

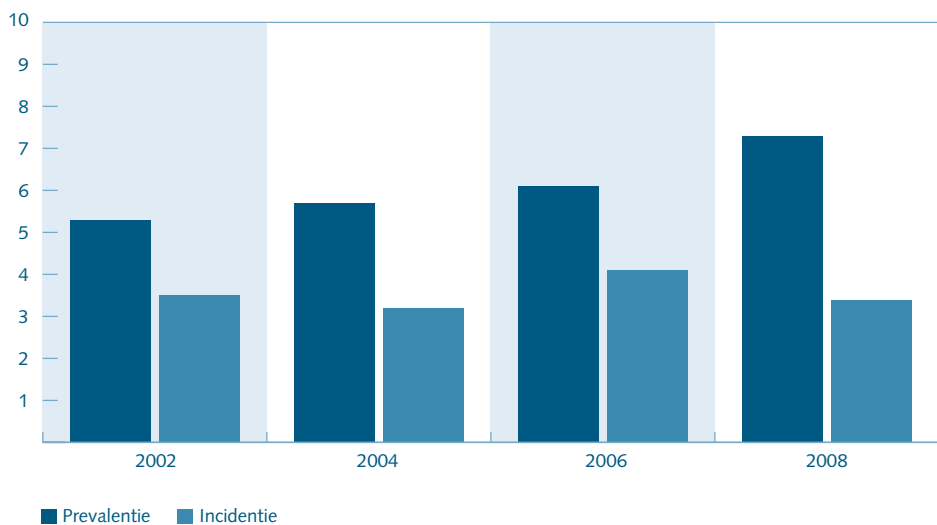
Kijkend naar de incidentie, dan valt op dat het aantal nieuwe gevallen met een diagnose problematisch alcoholgebruik in 2008 toegenomen is ten opzichte van de

voorgaande jaren. Het aantal nieuwe gevallen met een diagnose psychotische stoornis laat in de periode 2002-2008 een wisselend patroon zien.

**Grafiek 5** Prevalentie (per 1000 ouderen van 65 jaar en ouder) en incidentie (per 1000 ouderen) van diagnose problematisch alcoholgebruik in de periode 2002-2008



**Grafiek 6** Prevalentie (per 1000 ouderen van 65 jaar en ouder) en incidentie (per 1000 ouderen) van diagnose psychotische stoornis in de periode 2002-2008



### ***Zijn er invloeden van geslacht en leeftijd?***

In de periode 2002-2008 wordt problematisch alcoholgebruik door huisartsen ongeveer twee tot drie keer zo vaak gediagnosticeerd bij mannen als bij vrouwen. Wat betreft de diagnose psychotische stoornis is er geen duidelijk sekseverschil waarneembaar. Zowel bij mannen als vrouwen wordt problematisch alcoholgebruik relatief het meest frequent gediagnosticeerd tussen 65 en 74 jaar; en het minst vaak vanaf 85 jaar. Omgekeerd, wordt de diagnose psychotische stoornis het meest gesteld in de oudste leeftijdsgroep; en het minst in de leeftijd tussen 65 en 74 jaar.

Wanneer verder uitgesplitst wordt naar geslacht blijkt alleen onder mannen het percentage met een diagnose problematisch alcoholgebruik consistent te stijgen van 0,2% in 2002 naar 0,6% in 2008 (een verdrievoudiging). Alleen bij vrouwen is er een consistent stijgend percentage met een diagnose psychotische stoornis waarneembaar tussen 2002 en 2008 (van 0,6% naar 0,9%).

## **1.4 Hoe vaak zijn andere diagnoses gesteld bij ouderen met een psychische diagnose?**

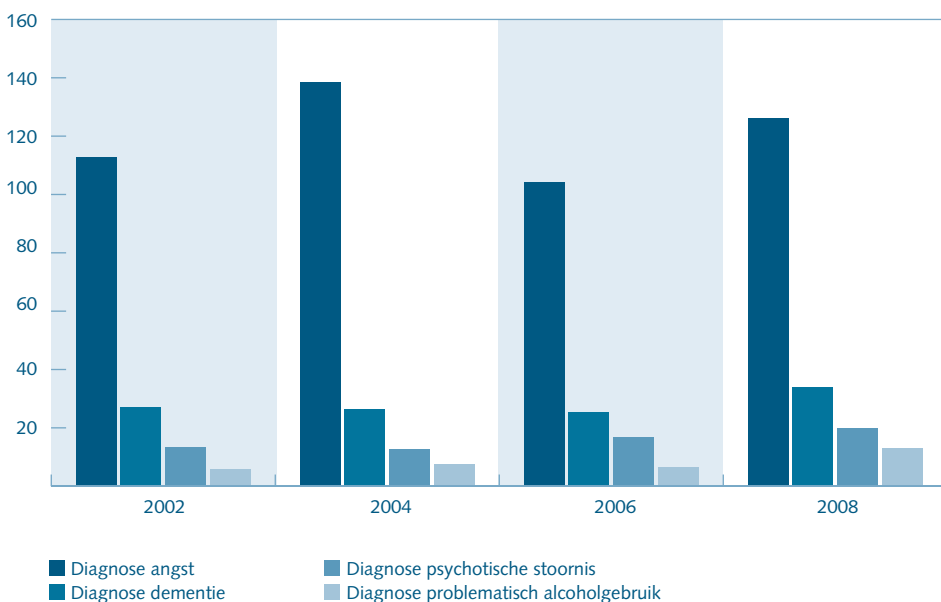
In deze paragraaf wordt beschreven bij hoeveel van de ouderen met, respectievelijk, een diagnose depressie, een diagnose angst, en een diagnose dementie daarnaast ook andere diagnoses gesteld zijn. Eerst wordt bekeken hoe vaak andere psychische problemen gediagnosticeerd zijn; vervolgens hoe vaak bijkomende lichamelijke aandoeningen gediagnosticeerd zijn.

### **1.4.1 Bijkomende psychische diagnoses naast een diagnose depressie**

#### ***Hoe vaak is er een andere psychische diagnose gesteld naast de diagnose depressie?***

In de periode 2002-2008 is op jaarbasis bij 10,4% tot 13,9% van de ouderen met een diagnose depressie ook angst gediagnosticeerd (zie Grafiek 7). Er is geen duidelijke verandering in dit percentage waarneembaar. Dementie (2,5-3,4%), een psychotische stoornis (1,3-2,0%) of problematisch alcoholgebruik (0,6-1,3%) worden weinig gediagnosticeerd bij ouderen met een diagnose depressie. Het percentage ouderen met een bijkomende diagnose psychotische stoornis neemt vanaf 2004 (1,3%) relatief sterk toe tot 2,0% in 2008.

**Grafiek 7** Prevalentie van bijkomende psychische diagnoses bij ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose depressie in de periode 2002-2008 (per 1000 ouderen)



### ***Is er een invloed van geslacht?***

In de periode 2002-2008 wordt bijkomende angst vaker gediagnosticeerd bij vrouwen dan mannen met een diagnose depressie. Andersom, wordt problematisch alcoholgebruik juist vaker gediagnosticeerd bij mannen dan vrouwen met een diagnose depressie. Wat betreft de bijkomende diagnoses psychotische stoornis en dementie zijn er minder consistente sekseverschillen.

Ook wanneer er uitgesplitst wordt naar geslacht zijn er geen duidelijke veranderingen waarneembaar in het percentage ouderen met een bijkomende diagnose angst. Er zijn een aantal geslachtsspecifieke ontwikkelingen te zien. Alleen bij vrouwen is er sprake van een stijgend percentage met een bijkomende diagnose dementie (van 2,4% in 2002 naar 3,5% in 2008; een toename van 46%). Verder stijgt alleen onder mannen het percentage met een bijkomende diagnose problematisch alcoholgebruik (van 1,0% in 2002 naar 2,9% in 2008; bijna een verdrievoudiging).

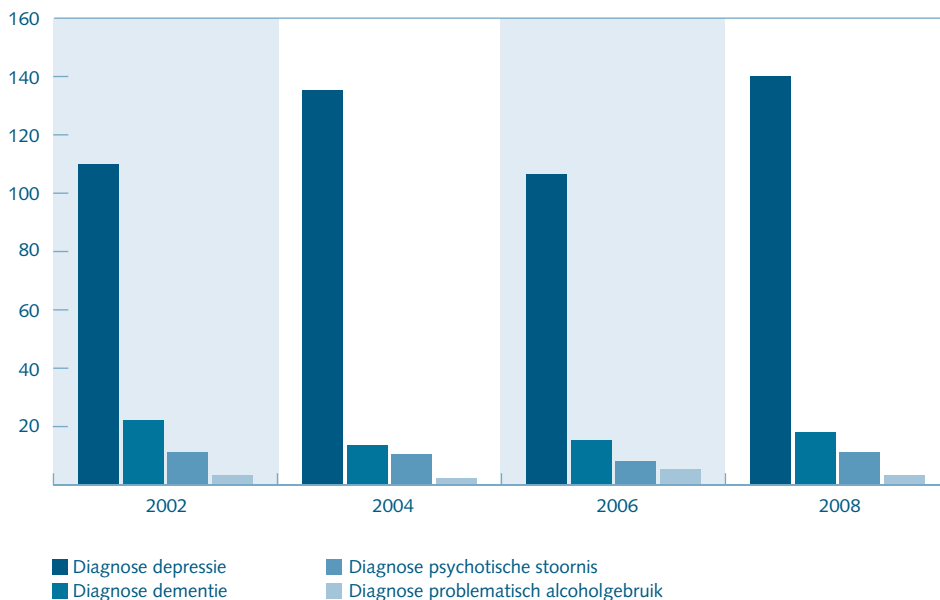
### **1.4.2 Bijkomende psychische diagnoses naast een diagnose angst**

#### ***Hoe vaak is er een andere psychische diagnose gesteld naast de diagnose angst?***

De diagnose die veruit het meest gesteld is naast angst is depressie (bij 10,6-14,0% van de ouderen) (zie Grafiek 8). Dementie (1,3-2,2%), een psychotische stoornis (0,8-1,1%) en problematisch alcoholgebruik (0,2-0,5%) worden weinig gediagnosticeerd

bij ouderen met een diagnose angst. Tussen 2002 en 2008 zijn geen duidelijke ontwikkelingen waarneembaar in de percentages ouderen met bijkomende diagnoses.

**Grafiek 8** Prevalentie van bijkomende psychische diagnoses bij ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose angst in de periode 2002-2008 (per 1000 ouderen)



### ***Is er een invloed van geslacht?***

Over het algemeen diagnoseert de huisarts in de periode 2002-2008 vaker een bijkomende depressie bij vrouwen dan mannen met een diagnose angst. De bijkomende diagnoses problematisch alcoholgebruik, psychotische stoornis en dementie zijn daarentegen vaker gesteld bij mannen dan vrouwen.

Ook wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht zijn er tussen 2002 en 2008 geen duidelijke toe- of afnamen te zien wat betreft bijkomende psychische diagnoses.

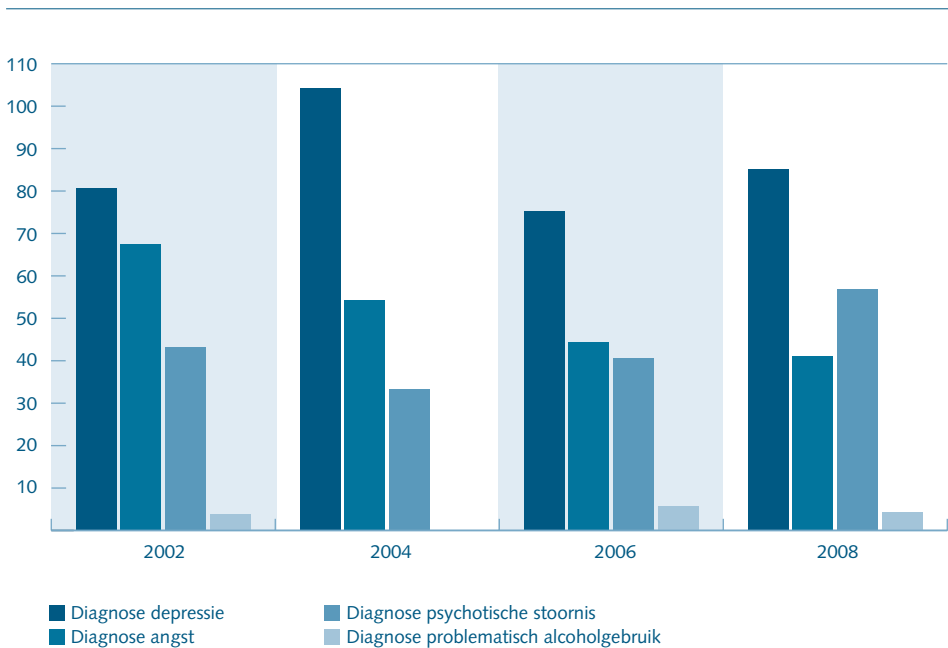
### **1.4.3 Bijkomende psychische diagnoses naast een diagnose dementie**

Hoe vaak is er een andere psychische diagnose gesteld naast de diagnose dementie?

In de periode 2002-2008 is depressie de meest gestelde psychische diagnose bij ouderen met een diagnose dementie (zie Grafiek 9). Het percentage ouderen met een bijkomende diagnose depressie varieert tussen de 7,5% en 10,4% en laat geen consistente toe- of afname zien. Angst wordt ook relatief vaak gediagnosticeerd bij ouderen met een diagnose dementie, maar wel steeds minder tussen 2002 (6,8%) en 2008 (4,1%) (een afname van 40%). Het percentage ouderen met een bijkomende

diagnose psychotische stoornis daalt tussen 2002 en 2004 van 4,3% naar 3,3%, om vervolgens vanaf 2004 weer te stijgen tot 5,7% in 2008. Problematisch alcoholgebruik wordt nauwelijks gediagnosticeerd bij ouderen met een diagnose dementie.

**Grafiek 9** Prevalentie van bijkomende psychische diagnoses bij ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose dementie in de periode 2002-2008 (per 1000 ouderen)



### ***Is er een invloed van geslacht?***

In de periode 2002-2008 verschillen mannen en vrouwen met een diagnose dementie niet consistent in hoe vaak bijkomende psychische diagnoses gesteld zijn.

Wat betreft ontwikkelingen in de periode 2002-2008 is het hierboven beschreven beeld in de totale groep ouderen ook te zien onder mannen en vrouwen. Een uitzondering is dat bij mannen het percentage met een psychotische stoornis daalt vanaf 2004 (6,5%) naar 5,1% in 2008.

## **1.4.4 Bijkomende lichamelijke diagnoses naast een diagnose depressie**

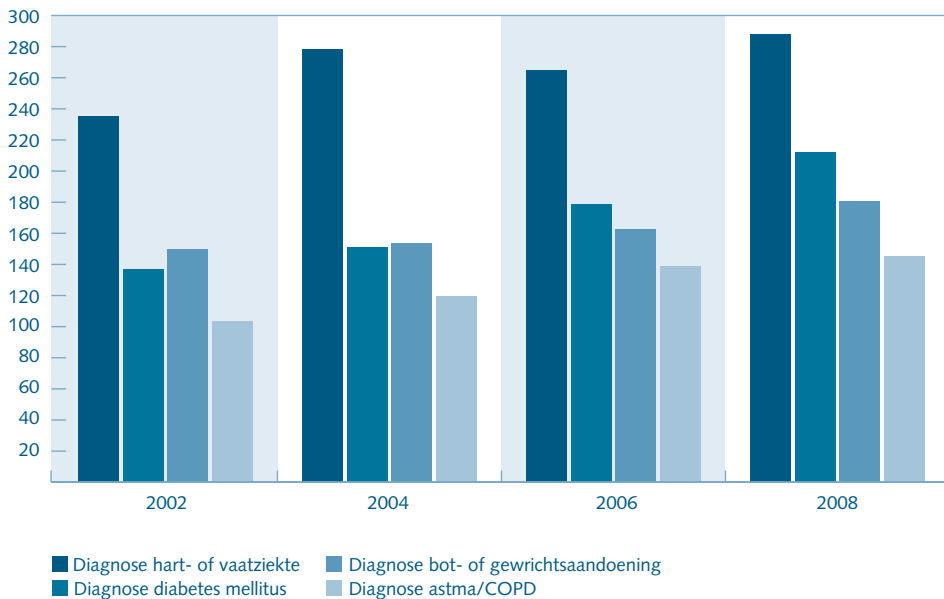
### ***Hoe vaak is er een lichamelijke diagnose gesteld naast de diagnose depressie?***

In de periode 2002-2008 is hart- of vaatziekte het vaakst gediagnosticeerd naast een diagnose depressie (bij 23,5-28,8% van de ouderen), gevolgd door, respectievelijk, diabetes mellitus (13,7-21,2%), een bot- of gewrichtsaandoening (15,0-18,1%) en astma/COPD (10,3-14,5%) (zie Grafiek 10). Met uitzondering van de diagnose hart- of vaatziekte zijn de percentages ouderen met een bijkomende lichamelijke diagnose



consequent gestegen tussen 2002 en 2008. Met name het percentage ouderen met een bijkomende diagnose diabetes mellitus is toegenomen (van 13,7% naar 21,2%; een toename van 55%).

**Grafiek 10** Prevalentie van lichamelijke diagnoses bij ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose depressie in de periode 2002-2008 (per 1000 ouderen)



### ***Is er een invloed van geslacht?***

In de periode 2002-2008 wordt een bot- of gewrichtsaandoening vaker gediagnosticeerd bij vrouwen dan mannen met een diagnose depressie. Daarentegen hebben meer mannen een bijkomende diagnose astma/COPD of een bijkomende diagnose hart- of vaatziekte. Wat betreft de diagnose diabetes mellitus bestaat er geen consistent sekseverschil.

De hierboven beschreven ontwikkelingen tussen 2002 en 2008 in de totale groep ouderen zijn over het algemeen ook te zien wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht. Onder mannen is er alleen geen stijgend percentage met een bijkomende diagnose bot- of gewrichtsaandoening waarneembaar, en is er sprake van een toenemend percentage met een hart- of vaatziekte (van 30,0% naar 37,2%).

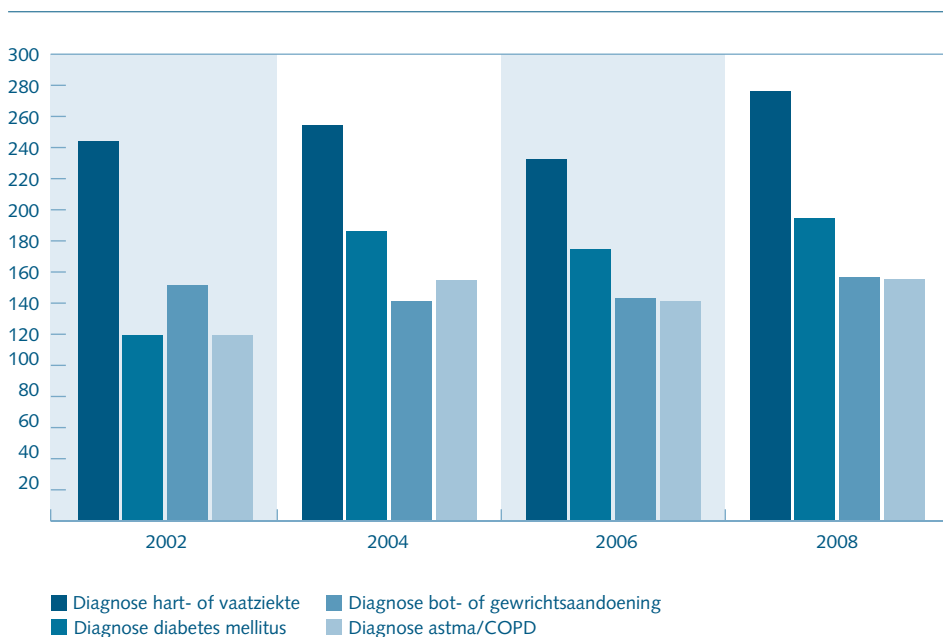
### **1.4.5 Bijkomende lichamelijke diagnoses naast een diagnose angst**

#### ***Hoe vaak is er een lichamelijke diagnose gesteld naast de diagnose angst?***

Hart- of vaatziekte is de meest gestelde lichamelijke diagnose naast een diagnose angst (bij 23,2-27,6% van de ouderen) (zie Grafiek 11). Ook diabetes mellitus (12,0-19,4%), een bot- of gewrichtsaandoening (14,1-15,6%) en astma/COPD (12,0-15,5%) worden

relatief vaak gediagnosticeerd bij ouderen met een diagnose angst. Tussen 2002 en 2008 is geen consistente toe- of afname waar te nemen in de percentages ouderen met een bijkomende lichamelijke diagnose.

**Grafiek 11** Prevalentie van lichamelijke diagnoses bij ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose angst in de periode 2002-2008 (per 1000 ouderen)



### ***Is er een invloed van geslacht?***

Bot- of gewrichtsaandoeningen worden in de periode 2002-2008 vaker gediagnosticeerd bij vrouwen dan mannen met een diagnose angst. Daarentegen hebben meer mannen dan vrouwen een bijkomende diagnose hart- of vaatziekte of een bijkomende diagnose astma/COPD. Er bestaan geen consistente verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft de bijkomende diagnose diabetes mellitus.

Net als in de totale groep ouderen zijn er ook geen duidelijke veranderingen waarneembaar tussen 2002 en 2008 wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht.

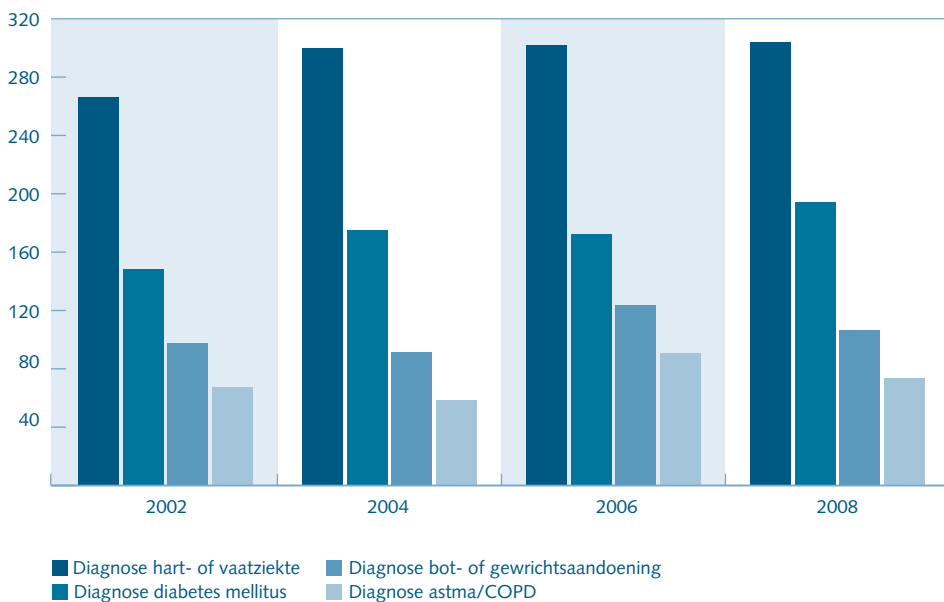
## **1.4.6 Bijkomende lichamelijke diagnoses naast een diagnose dementie**

### ***Hoe vaak is er een lichamelijke diagnose gesteld naast de diagnose dementie?***

Ook bij ouderen met een diagnose dementie is een hart- of vaatziekte de meest gestelde lichamelijke diagnose (zie Grafiek 12). Het percentage ouderen met een bijkomende diagnose hart- of vaatziekte stijgt tussen 2002 en 2004 van 26,6% naar 30%, om zich in de daaropvolgende jaren rond dit percentage te stabiliseren. Het percentage ouderen met een bijkomende diagnose diabetes mellitus neemt tussen 2002 en 2008 toe van

14,8% naar 19,5%. Een bot- of gewrichtsaandoening is in de periode 2002-2008 bij 14,8% tot 19,5% van de ouderen gediagnosticeerd, en astma/COPD bij 5,8% tot 9,1%. Wat betreft deze bijkomende lichamelijke diagnoses zijn geen duidelijke veranderingen te zien.

**Grafiek 12 Prevalentie van lichamelijke diagnoses bij ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose dementie in de periode 2002-2008 (per 1000 ouderen)**



### ***Is er een invloed van geslacht?***

In de periode 2002-2008 is diabetes mellitus of een bot- of gewrichtsaandoening vaker gediagnosticeerd bij vrouwen dan mannen met een diagnose dementie. Daarentegen hebben meer mannen een bijkomende diagnose hart- of vaatziekte of een bijkomende diagnose astma/COPD.

Wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht zijn de meeste van de boven beschreven ontwikkelingen tussen 2002 en 2008 ook waarneembaar. Een uitzondering is dat het percentage ouderen met een bijkomende diagnose hart- of vaatziekte zowel onder mannen als vrouwen een ander, variabel patroon laat zien. Verder daalt onder mannen het percentage met een bijkomende diagnose astma/COPD consistent van 11,6% in 2002 naar 7,1% in 2008.

## 1.5 Hoe vaak en wat voor soort contact is er vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem?

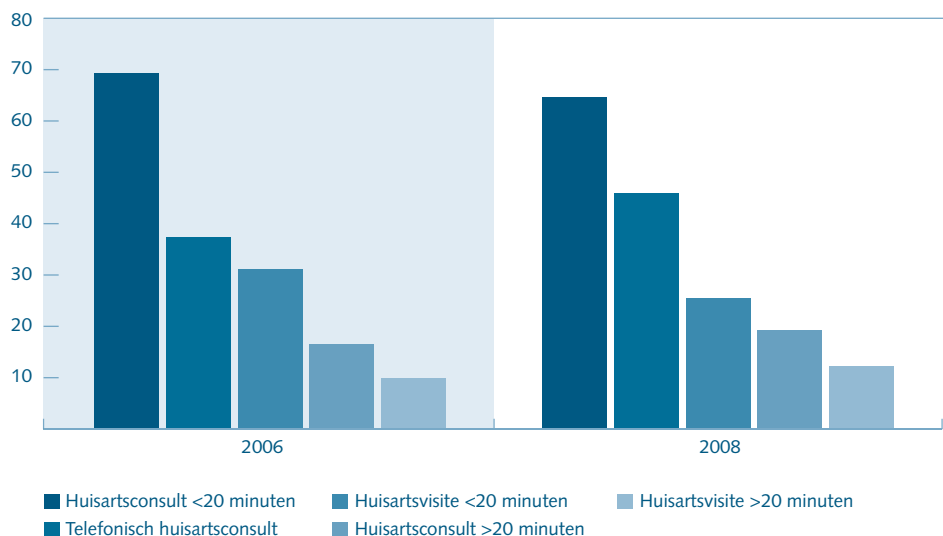
In deze paragraaf wordt beschreven hoe vaak ouderen contact hebben met de huisartsenpraktijk vanwege een psychische diagnose in het algemeen en specifiek vanwege een diagnose depressie, angst of dementie. Cijfers worden alleen gepresenteerd voor de jaren 2006 en 2008. Zoals eerder beschreven verschilt binnen LINH de wijze waarop contacten geregistreerd worden tussen de jaren 2002-2004 en 2006-2008, waardoor vergelijking tussen beiden perioden niet mogelijk is.

### 1.5.1 Psychische diagnose

#### *Hoe vaak is er contact vanwege een psychische diagnose?*

Het aantal contacten vanwege een psychische diagnose stijgt tussen 2006 en 2008 van 181 naar 193 contacten per 100 gediagnosticeerde ouderen (een toename van 7%). De meeste contacten vanwege een psychische diagnose betreffen een consult met de huisarts korter dan 20 minuten (zie Grafiek 13). De frequentie van het korte huisartsconsult neemt wel wat af tussen 2006 en 2008, van 69 naar 65 consulten per 100 gediagnosticeerde ouderen. Grafiek 13 laat verder zien dat tussen 2006 en 2008 het aantal telefonische consulten stijgt, van 37 naar 46 consulten per 100 gediagnosticeerde ouderen. Ook de frequenties van het lange huisartsconsult (van 16 naar 19 consulten) en van de lange huisartsvisite (van 10 naar 12 visites) neemt toe. Het aantal korte visites van de huisarts per 100 gediagnosticeerde ouderen daalt tussen 2006 en 2008, van 31 naar 25 consulten. Contacten met een praktijkondersteuner (POH) vanwege een psychische diagnose komen weinig voor (niet weergegeven in Grafiek 13).

**Grafiek 13 Aantal specifieke contacten per 100 ouderen van 65 jaar en ouder met een psychische diagnose**



### ***Is er een invloed van geslacht?***

Vrouwen hebben vanwege een psychische diagnose in 2006 en 2008 vaker contact met de huisartsenpraktijk dan mannen. Als gekeken wordt naar de aard van het contact valt op dat vrouwen vaker een kort huisartsconsult hebben en een korte visite van de huisarts krijgen.

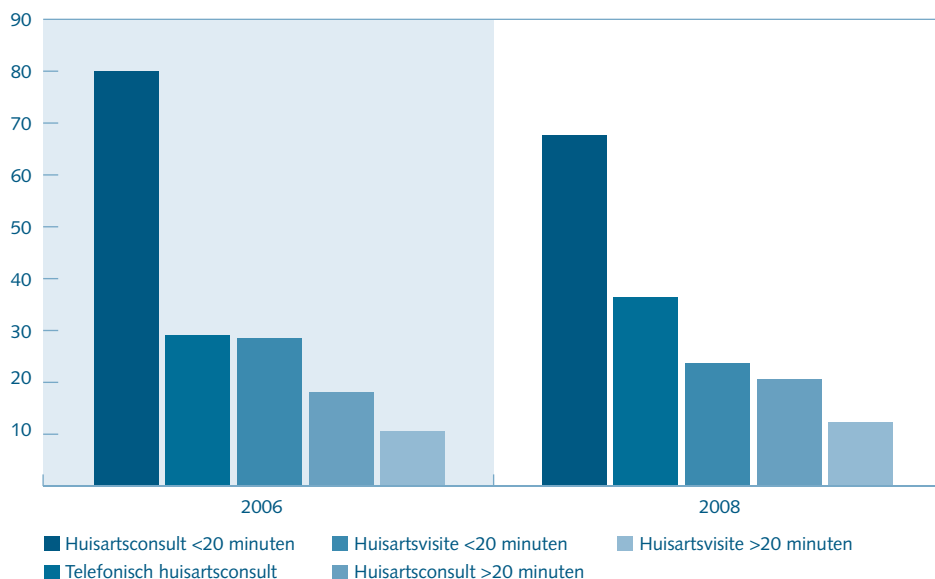
De bovenbeschreven veranderingen tussen 2006 en 2008 wat betreft het aantal en type contacten in de totale groep ouderen met een psychische diagnose zijn ook te zien wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht.

## **1.5.2 Diagnose depressie**

### ***Hoe vaak is er contact vanwege een diagnose depressie?***

Het aantal contacten vanwege een diagnose depressie per 100 gediagnosticeerde ouderen stijgt tussen 2006 en 2008 van 163 naar 169 contacten, een toename van 4%. Ouderen hebben vanwege een diagnose depressie vooral consulten met de huisarts die korter duren dan 20 minuten (zie Grafiek 14). Per type contact zijn tussen 2006 en 2008 verschillende veranderingen te zien. Het aantal korte huisartsconsulten per 100 gediagnosticeerde ouderen is gedaald (van 80 naar 68 consulten), evenals het aantal korte huisartsvisites (van 28 naar 24 visites). Daarentegen stijgen de frequenties van het telefonisch huisartsconsult (van 29 naar 36 consulten), het lange huisartsconsult (van 18 naar 20 consulten) en de lange huisartsvisite (van 11 naar 12 visites). Ouderen hebben nauwelijks contact met een POH vanwege een diagnose depressie (niet weergegeven in Grafiek 14).

**Grafiek 14 Aantal specifieke contacten per 100 ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose depressie**



### ***Is er een invloed van geslacht?***

In 2006-2008 hebben vrouwen in vergelijking met mannen wat vaker contact met de huisartsenpraktijk vanwege een diagnose depressie. Wat betreft het soort contact zijn er een aantal sekseverschillen te zien. Vrouwen krijgen in vergelijking met mannen vanwege een diagnose depressie vaker een korte visite van de huisarts en zij hebben vaker een telefonisch huisartsconsult. Mannen met een diagnose depressie hebben daarentegen gemiddeld genomen vaker een kort of lang huisartsconsult.

De bovenbeschreven veranderingen tussen 2006 en 2008 wat betreft het aantal en type contacten in de totale groep ouderen is ook waarneembaar wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht.

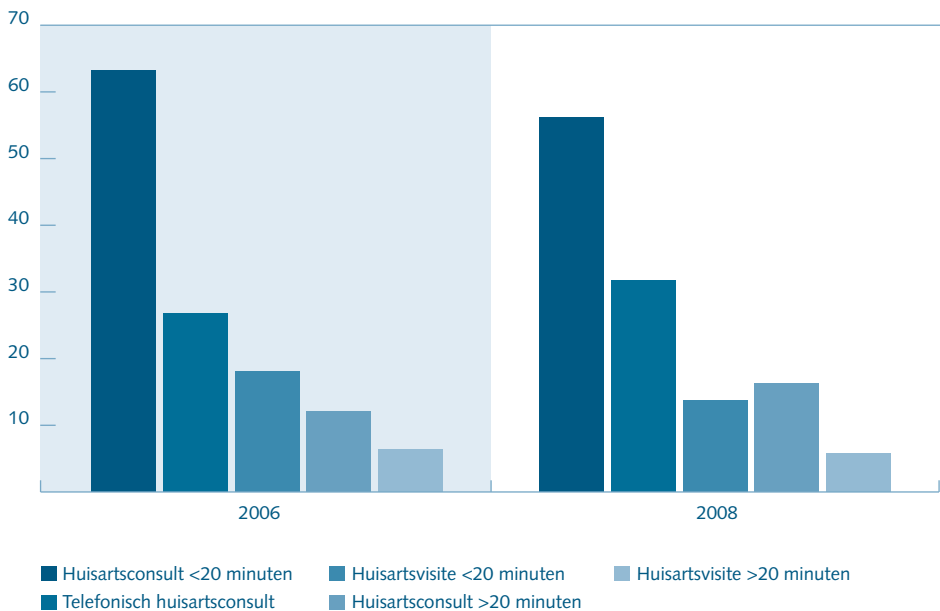
### **1.5.3 Diagnose angst**

#### ***Hoe vaak is er contact vanwege een diagnose angst?***

Het aantal contacten vanwege een diagnose angst per 100 gediagnosticeerde ouderen neemt tussen 2006 en 2008 toe van 133 naar 135 contacten, een toename van 2%. Een huisartsconsult korter dan 20 minuten is het meest voorkomende type contact vanwege een diagnose angst, hoewel de frequentie wel wat afneemt tussen 2006 en 2008 (van 63 naar 56 consulten per 100 gediagnosticeerde ouderen) (zie Grafiek 15). Ook de frequentie van de korte huisartsvisite neemt af tussen 2006 en 2008 (van 18 naar 14 visites). Daarentegen stijgt het aantal telefonische huisartsconsulten (van 27

naar 32 consulten) en het aantal lange huisartsconsulten (van 12 naar 16 consulten) per 100 gediagnosticeerde ouderen. De frequentie van de lange huisartsvisite blijft vrijwel stabiel tussen 2006 en 2008. Ouderen hebben vanwege een diagnose angst nauwelijks contact met een POH (niet weergegeven in Grafiek 15).

**Grafiek 15 Aantal specifieke contacten per 100 ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose angst**



### ***Is er een invloed van geslacht?***

Gemiddeld genomen hebben in 2006 en 2008 vrouwen vaker dan mannen een contact met de huisartsenpraktijk vanwege een diagnose angst. Wanneer gekeken wordt naar de aard de contacten, hebben vrouwen vaker een lang huisartsconsult en krijgen zij vaker een korte visite van de huisarts.

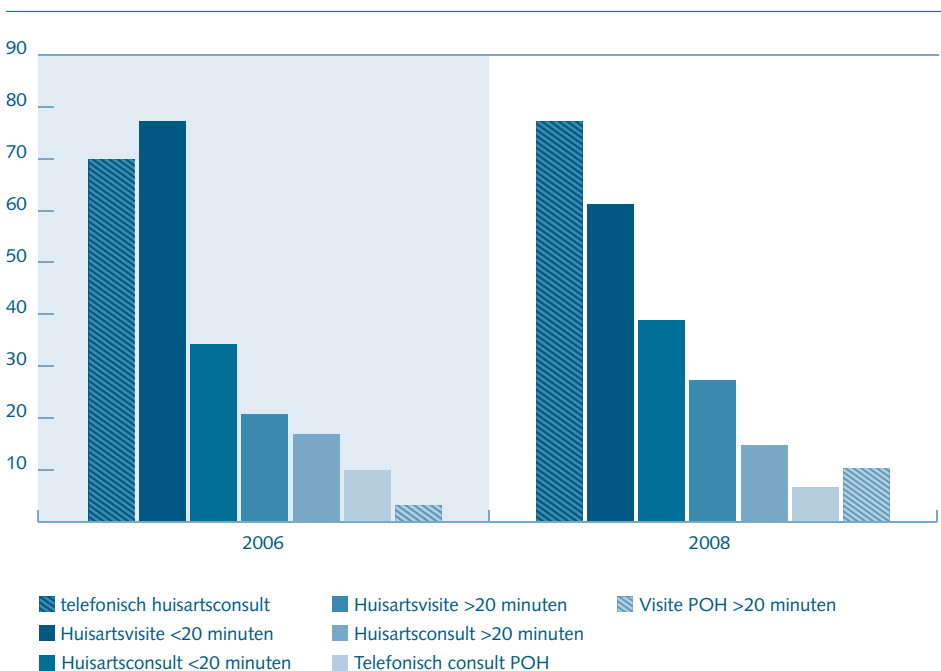
De meeste van de bovenbeschreven ontwikkelingen tussen 2006 en 2008 omtrent aantal en type contacten in de totale groep ouderen zijn ook te zien wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht. Uitzonderingen zijn dat onder mannen het aantal korte huisartsconsulten stabiel blijft en dat het aantal telefonische huisartsconsulten juist daalt (van 30 naar 26 consulten per 100 gediagnosticeerde mannen).

## 1.5.4 Diagnose dementie

### *Hoe vaak is er contact vanwege een diagnose dementie?*

Het aantal contacten met de huisartsenpraktijk vanwege een diagnose dementie is hoger dan het aantal contacten vanwege een diagnose depressie of angst. Tussen 2006 en 2008 stijgt het aantal contacten vanwege een diagnose dementie van 238 naar 251 contacten per 100 gediagnosticeerde ouderen, een toename van 5%. Wanneer gekeken wordt naar het type contact blijkt dat ouderen met een diagnose dementie vooral vaak een telefonisch huisartsconsult hebben en door de huisarts bezocht worden (<20 minuten) (zie Grafiek 16). Tussen 2006 en 2008 stijgt de frequentie van het telefonische huisartsconsult (van 70 naar 77 consulten), terwijl de frequentie van de korte huisartsvisite daalt (van 77 naar 61 visites). Het aantal lange huisartsvisites per 100 gediagnosticeerde ouderen neemt daarentegen toe (van 21 naar 27 visites). Dit geldt ook voor de frequentie van het korte huisartsconsult (van 34 naar 39 consulten). Het aantal lange huisartsconsulten per 100 gediagnosticeerde ouderen daalt licht (van 17 naar 15 consulten). In vergelijking met ouderen met een diagnose depressie of angst, hebben ouderen met een diagnose dementie relatief vaak contact met een POH. Tussen 2006 en 2008 daalt het aantal telefonische consulten met deze professional (van 10 naar 7 consulten per 100 gediagnosticeerde ouderen), terwijl het aantal lange visites van de POH meer dan verdrievoudigt (van 3 naar 10 consulten per 100 gediagnosticeerde ouderen).

**Grafiek 16** Aantal specifieke contacten per 100 ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose dementie





### ***Is er een invloed van geslacht?***

In de periode 2006-2008 is het aantal contacten met de huisartsenpraktijk vanwege een diagnose dementie hoger onder mannen dan onder vrouwen. Wanneer gekeken wordt naar het type contact, dan hebben mannen met een diagnose dementie vaker een kort huisartsconsult.

De bovenbeschreven ontwikkelingen tussen 2006 en 2008 omtrent het aantal en type contacten in de totale groep ouderen zijn over het algemeen ook te zien wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht. Uitzonderingen zijn dat bij mannen met een diagnose dementie het aantal telefonische contacten daalt (van 80 naar 76 consulten per 100 gediagnosticeerde mannen) en het aantal telefonische consulten met een POH toeneemt (van 5 naar 7 consulten per 100 gediagnosticeerde mannen).

## **1.6 Hoe vaak worden psychofarmaca voorgeschreven bij ouderen met een psychische diagnose?**

In deze paragraaf wordt nagegaan hoe vaak in de periode 2002-2008 psychofarmaca voorgeschreven worden aan ouderen bij wie de huisarts een psychische diagnose gesteld heeft. Eerst wordt gekeken naar de algemene groep ouderen bij wie een psychisch probleem (willekeurig welke) gediagnosticeerd is; vervolgens naar de subgroepen van ouderen met, respectievelijk, een diagnose depressie, een diagnose angst, en een diagnose dementie.

### **1.6.1 Psychische diagnose**

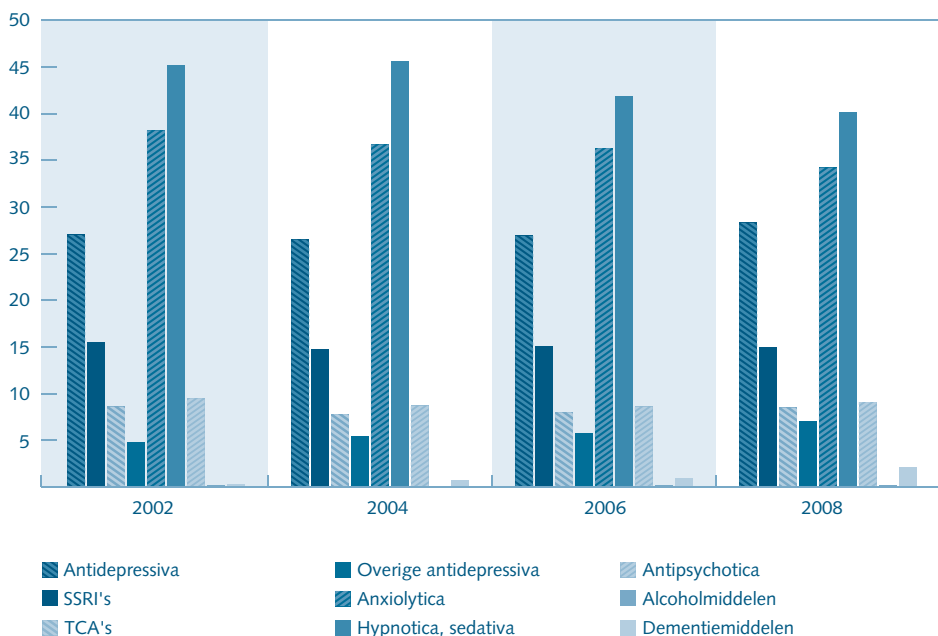
#### ***Hoe vaak worden psychofarmaca voorgeschreven bij een psychische diagnose?***

Slaapmiddelen (hypnotica/sedativa) zijn het meest voorgeschreven type psychofarmakon bij ouderen die gediagnosticeerd zijn met een psychische klacht of aandoening in de periode 2002-2008 (zie Grafiek 17). Het percentage ouderen met een voorgeschreven slaapmiddel neemt vanaf 2004 af van 45,6% naar 40,1% in 2008.

Ook kalmeringsmiddelen (anxiolytica) en antidepressiva worden relatief vaak voorgeschreven aan ouderen met een psychische diagnose in de periode 2002-2008. Het percentage ouderen met een voorschrift van een kalmeringsmiddel daalt consistent van 38,2% in 2002 naar 34,2% in 2008. Een redelijk stabiel percentage ouderen (26,9-28,3%) krijgt een antidepressivum voorgeschreven. Specifieke serotonine-heropname-remmers (SSRI's) zijn het meest voorgeschreven type antidepressivum (bij circa 15% van de ouderen). Wanneer gekeken wordt naar type antidepressivum, is de enige duidelijke verandering dat het percentage ouderen met een voorschrift voor een andersoortig antidepressivum (o.a. venlafaxine, mirtazapine) stijgt van 4,8% in 2002 naar 7,0% in 2008. Ongeveer 9% van de ouderen met een psychische diagnose krijgt een antipsychoticum voorgeschreven.

Middelen bij alcoholverslaving en dementiemiddelen worden weinig voorgeschreven, al neemt het percentage ouderen met een voorschrift voor een dementiemiddel wel consistent toe van 0,3% in 2002 naar 2,1% in 2008 (een verzevenvoudiging).

**Grafiek 17** Percentage ouderen van 65 jaar en ouder met een psychische diagnose bij wie psychofarmaca voorgeschreven is (naar type psychofarmacon) in de periode 2002-2008



### ***Is er een invloed van geslacht?***

Slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen en antidepressiva worden vaker voorgeschreven aan vrouwen dan mannen met een psychische diagnose. Antipsychotica, dementiemiddelen en middelen bij alcoholverslaving daarentegen vaker aan mannen.

Bovenbeschreven ontwikkelingen in het voorschrijven van psychofarmaca in de totale groep ouderen met een psychische diagnose zijn ook te zien wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht.

## **1.6.2 Diagnose depressie**

### ***Hoe vaak worden psychofarmaca voorgeschreven bij een diagnose depressie?***

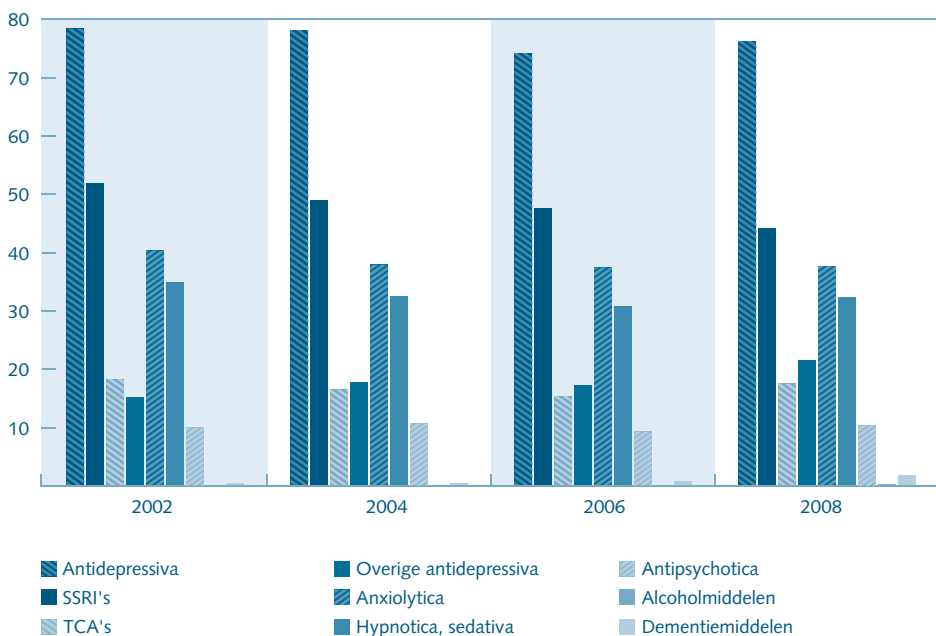
Niet verwonderlijk zijn antidepressiva het meest voorgeschreven type psychofarmacon bij ouderen die gediagnosticeerd zijn met depressie (zie Grafiek 18). Het percentage ouderen dat een antidepressivum voorgeschreven krijgt varieert in de periode 2002-2008 tussen de 74,2-78,4%; er is geen consistente toe- of afname te zien. Duidelijke veranderingen zijn wel waarneembaar als gekeken wordt per type antidepressivum. Het percentage ouderen met een voorschrift voor een SSRI, veruit het meest voorgeschreven type antidepressivum, neemt consistent af van 51,9% in 2002 naar 44,1% in 2008. Het percentage ouderen met een voorschrift voor een TCA daalt van 18,3% in 2002 naar 15,4% in 2006, om in 2008 weer te stijgen naar 17,5%. Het percentage ouderen met

een voorschrift voor een andersoortig antidepressivum stijgt tussen 2002 en 2008 van 15,2% naar 21,5%.

Ruwweg 40% van de ouderen die gediagnosticeerd zijn met depressie krijgt een kalmeringsmiddel voorgeschreven; ruim 30% een slaapmiddel. Tussen 2002 en 2006 dalen de percentages ouderen met een voorschrift voor een kalmeringmiddel (van 40,3% naar 37,4%) en een voorschrift voor een slaapmiddel (van 34,9% naar 30,7%), om in 2008 weer licht te stijgen.

Antipsychotica worden bij ongeveer 10% van de ouderen met een diagnose depressie voorgeschreven. Alcohol- en dementiemiddelen worden weinig voorgeschreven, al neemt het percentage ouderen met een voorschrift voor een dementiemiddel wel consistent toe van 0,4% in 2002 tot 1,8% in 2008 (meer dan een verviervoudiging).

**Grafiek 18** Percentage ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose depressie bij wie psychofarmaca voorgeschreven is (naar type psychofarmaca) in de periode 2002-2008



### Is er een invloed van geslacht?

Over het algemeen is het percentage ouderen met een voorschrift van een antidepressivum, kalmerings-, of slaapmiddel wat hoger onder vrouwen dan mannen met een diagnose depressie. Daarentegen krijgen meer mannen met een diagnose depressie dementiemiddelen voorgeschreven. Wat betreft voorschriften van antipsychotica en middelen bij alcoholverslaving bestaan er geen duidelijke sekseverschillen.

De ontwikkelingen qua voorschriften psychofarmaca die in de totale groep ouderen met een diagnose depressie waarneembaar zijn, zijn over het algemeen ook aanwezig wanneer uitgesplitst wordt naar mannen en vrouwen.

### 1.6.3 Diagnose angst

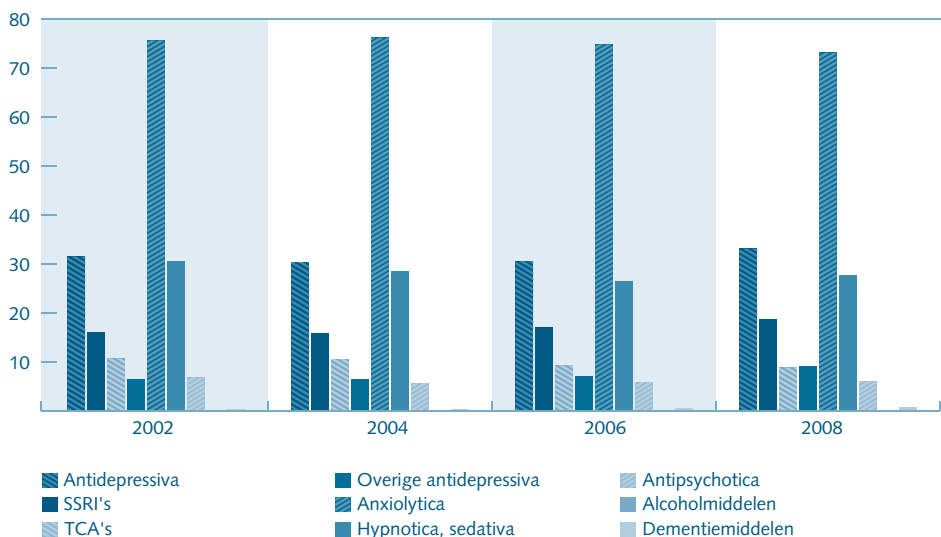
#### *Hoe vaak worden psychofarmaca voorgeschreven bij een diagnose angst?*

Bij ouderen die gediagnosticeerd zijn met angst worden kalmeringsmiddelen veruit het vaakst voorgeschreven in de periode 2002-2008. Wel daalt het percentage ouderen met een voorschrift voor een kalmeringsmiddel vanaf 2004 (76,2%) naar 73,1% in 2008 (zie Grafiek 19).

Het percentage ouderen met een diagnose angst dat een antidepressivum voorgeschreven krijgt schommelt in de periode 2002-2008 tussen de 30-33%. Per type antidepressivum zijn er verschillende veranderingen zichtbaar. Het percentage ouderen met een voorschrift voor een SSRI stijgt vanaf 2004 (15,8%) naar 18,6% in 2008; het percentage ouderen met een voorschrift voor een TCA neemt consistent af van 10,7% in 2002 naar 8,9% in 2008; en het percentage ouderen met een voorschrift voor een andersoortig antidepressivum stijgt consistent van 6,5% in 2002 naar 9% in 2008.

Het percentage ouderen met een diagnose angst dat een slaapmiddel voorgeschreven krijgt daalt tussen 2002 en 2006 van 30,6% naar 26,4%, om vervolgens weer licht te stijgen naar 27,6% in 2008. Antipsychotica worden bij circa 6% van de ouderen met een diagnose angst voorgeschreven. Alcohol- en dementiemiddelen worden weinig voorgeschreven.

**Grafiek 19** Percentage ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose angst bij wie psychofarmaca voorgeschreven is (naar type psychofarmacon) in de periode 2002-2008



### ***Is er een invloed van geslacht?***

Over het algemeen is het percentage ouderen met een voorschrift voor een kalmeringsmiddel, antidepressivum, of slaapmiddel wat hoger onder vrouwen dan mannen met een diagnose angst. Omgekeerd krijgen meer mannen een antipsychoticum of dementiemiddel voorgeschreven.

Uitsplitsing naar geslacht laat zien dat de bovenbeschreven ontwikkelingen alleen voor vrouwen gelden. Een uitzondering is dat ook onder mannen het percentage met een voorschrift van overige antidepressiva stijgt.

## **1.6.4 Diagnose dementie**

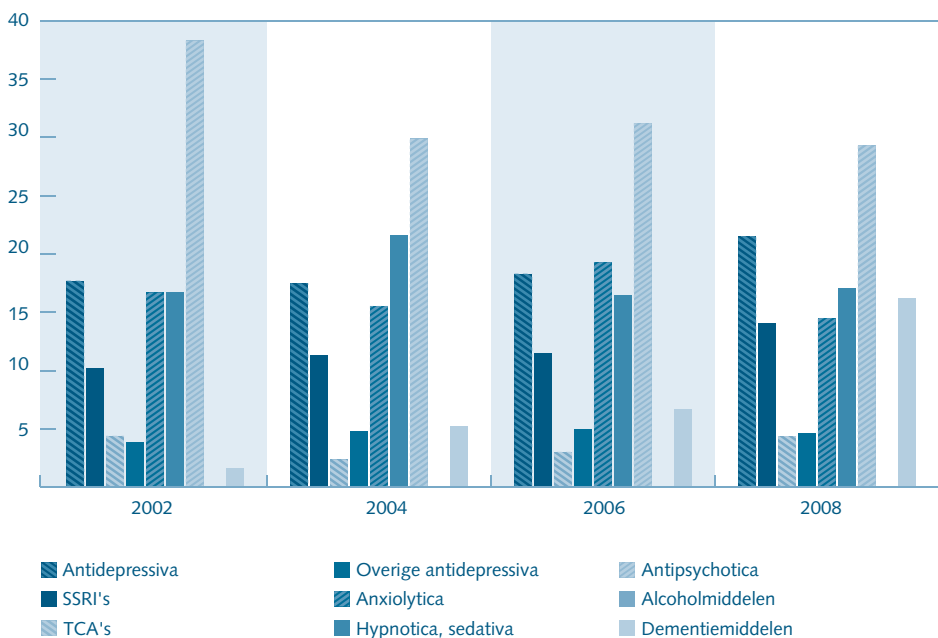
### ***Hoe vaak worden psychofarmaca voorgeschreven bij een diagnose dementie?***

In de periode 2002-2008 worden antipsychotica het meest voorgeschreven bij ouderen met een diagnose dementie (zie Grafiek 20). Tussen 2002 en 2004 neemt het percentage ouderen met een voorschrift voor een antipsychoticum af van 38,3% naar 29,9%, waarna het stabiliseert rond de 30% in daaropvolgende jaren.

Het percentage ouderen met een voorschrift voor een antidepressivum stijgt vanaf 2004 (17,5%) naar 21,5% in 2008. Kijkend naar type antidepressivum is er alleen een duidelijke ontwikkeling te zien in het voorschrijven van SSRI's: het percentage ouderen dat een SSRI voorgeschreven krijgt neemt consistent toe van 10,2% in 2002 naar 14,1% in 2008. In de periode 2002-2008 krijgt tussen de 14,5% en 19,3% van de ouderen met dementie kalmeringsmiddelen voorgeschreven; 16,5% tot 21,6% krijgt slaapmiddelen voorgeschreven. Er is geen consistente toe- of afname te zien wat betreft het voorschrijven van deze middelen. Alcoholmiddelen worden niet voorgeschreven bij ouderen met een diagnose dementie.

Opvallend is dat tussen 2002 en 2008 dementiemiddelen in sterk toenemende mate worden voorgeschreven. Ontving in 2002 slechts 1,6% van de ouderen met een diagnose dementie een voorschrift voor een dementiemiddel; in 2008 is dit percentage opgelopen naar 16,2%.

**Grafiek 20** Percentage ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose dementie bij wie psychofarmaca voorgeschreven is (naar type psychofarmacon) in de periode 2002-2008



### ***Is er een invloed van geslacht?***

In de periode 2002-2008 krijgen meer vrouwen dan mannen met een diagnose dementie antidepressiva voorgeschreven. Dementiemiddelen worden juist vaker bij mannen voorgeschreven. Wat betreft voorschriften voor andere psychofarmaca zijn geen consistente verschillen waarneembaar tussen beide seksen.

De bovenbeschreven ontwikkelingen in de totale groep ouderen met een diagnose dementie zijn over het algemeen ook te zien wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht.

## **1.7 Hoe vaak en waarheen worden ouderen met een psychische diagnose verwezen?**

In deze paragraaf wordt beschreven hoe vaak de huisarts ouderen verwijst naar andere hulpverleners in de eerste lijn of tweedelijns GGZ nadat een psychische diagnose gesteld is. Verwijzingen naar de tweede lijn betreffen alleen nieuwe verwijzingen.

Eerst wordt gekeken naar de algemene groep ouderen bij wie een psychisch probleem gediagnosticeerd is (ongeacht welke), en daarna naar de subgroepen van ouderen met, respectievelijk, een diagnose depressie, een diagnose angst, en een diagnose dementie. Er wordt telkens een onderscheid gemaakt tussen verwijzingen die LINH-huisartsen geacht worden te registreren (d.w.z. maatschappelijk werk, eerstelijnspsychologen,

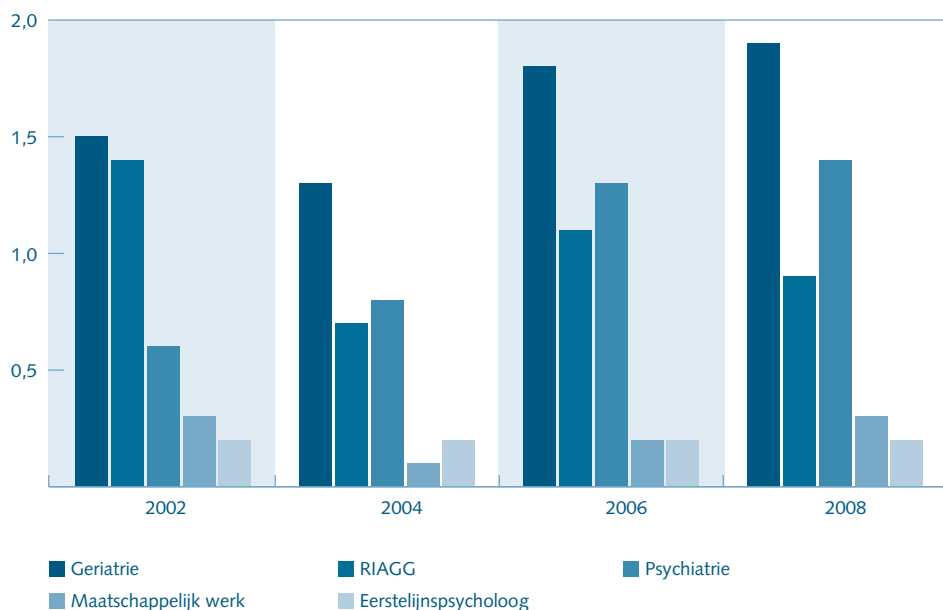
RIAGG, psychiatrie en geriatrie) en verwijzingen waarvan registratie facultatief is (d.w.z. sociaal psychiatrisch verpleegkundige, psycholoog/psychotherapeut, en consultatiebureau alcohol & drugs).

### 1.7.1 Psychische diagnose

#### *Hoeveel ouderen met een psychische diagnose worden doorverwezen, en waar naar toe?*

Huisartsen verwijzen weinig ouderen bij wie een psychisch probleem gediagnosticeerd is naar de geriatrie, het RIAGG, de psychiatrie, het maatschappelijk werk of een eerstelijnspsycholoog (ELP) (zie Grafiek 21). Relatief gezien worden in de periode 2002-2008 de meeste ouderen verwezen naar de geriatrie, de psychiatrie en het RIAGG. Het verwijzingspercentage naar de psychiatrie stijgt consistent van 0,6% in 2002 naar 1,4% in 2008. Na een aanvankelijke daling stijgt het percentage ouderen met een psychische diagnose dat verwezen wordt naar de geriatrie vanaf 2004 (1,3%) naar 1,8% in 2008. Het percentage ouderen met een verwijzing naar het RIAGG laat een inconsistent patroon zien tussen 2002 en 2008.

**Grafiek 21** Percentage ouderen van 65 jaar en ouder met een psychische diagnose en met een verwijzing naar psychische hulpverlening (naar type) in de periode 2002-2008



Wat betreft de overige verwijs categorieën (facultatieve registratie) is er een toename te zien in het percentage ouderen dat verwezen wordt naar een psychotherapeut/psycholoog (van 0,1% in 2002 tot 0,6% in 2008) (niet in Grafiek 21 gepresenteerd). Verwijzingen naar een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) of een consultatiebureau alcohol & drugs (CAD) vinden niet of nauwelijks plaats (<0,1% van de ouderen).

### ***Is er een invloed van geslacht?***

In de periode 2002-2008 is het verwijspercentage naar de geriatrie hoger onder vrouwen dan mannen met een psychische diagnose. Wat betreft de overige verwijsbestemmingen bestaan er nauwelijks verschillen tussen mannen en vrouwen.

De meeste van de bovenbeschreven ontwikkelingen in verwijspercentages in de totale groep ouderen tussen 2002 en 2008 blijken seksespecifiek. Stijgende verwijspercentages naar de psychiatrie en een psychotherapeut/psycholoog zijn alleen te zien bij vrouwen; een toenemend verwijspercentage naar de geriatrie is alleen waarneembaar onder mannen.

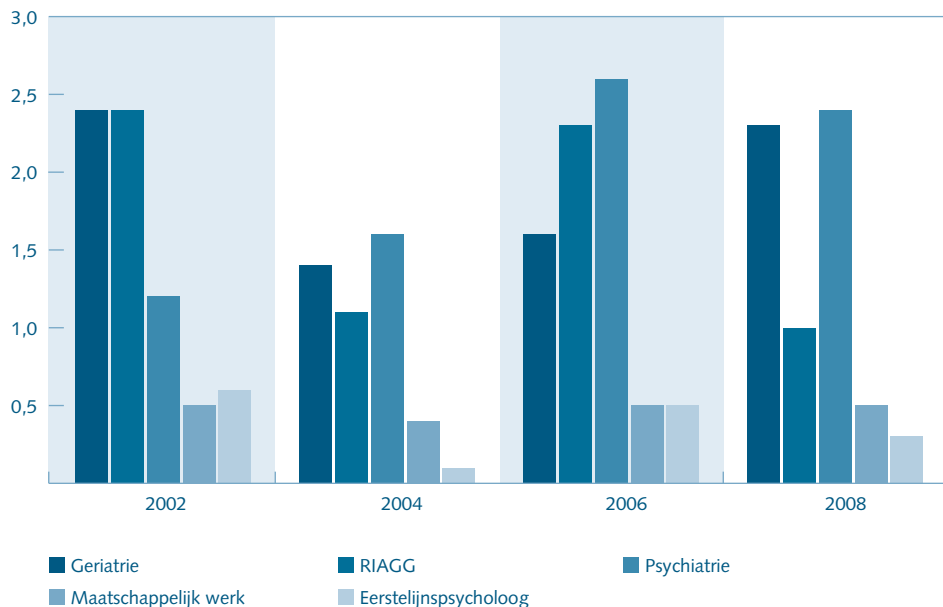
## **1.7.2 Diagnose depressie**

### ***Hoeveel ouderen met een diagnose depressie worden doorverwezen, en waar naar toe?***

Van de ouderen bij wie depressie gediagnosticeerd is, worden weinig door de huisarts doorverwezen naar andere hulpverleners in de eerste lijn of gespecialiseerde GGZ (zie Grafiek 22). Relatief het vaakst wordt verwezen naar de psychiatrie, het RIAGG en de geriatrie. Het verwijspercentage naar de psychiatrie verdubbelt tussen 2002 en 2006 (van 1,2% naar 2,6%), waarna het percentage redelijk stabiel blijft in 2008. Na een aanvallende daling, stijgt het verwijspercentage naar de geriatrie vanaf 2004 (1,4%) naar 2,3% in 2008. Het verwijspercentage naar het RIAGG laat een inconsistent patroon zien.



**Grafiek 22** Percentage ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose depressie en met een verwijzing naar psychische hulpverlening (naar type) in de periode 2002-2008



Met betrekking tot de overige verwijsbestemmingen (facultatieve registratie) zijn er tussen 2002 en 2008 geen consistente ontwikkelingen zichtbaar, al is het verwijzpercentage naar de psychotherapeut/psycholoog in 2008 (1,3%) wel beduidend hoger dan in 2002 (0,1%) (niet in Grafiek 22 gepresenteerd). Ouderen worden niet of nauwelijks naar een SPV of CAD verwezen in de jaren 2002-2008.

### ***Is er een invloed van geslacht?***

Over het algemeen worden in de jaren 2002-2008 meer mannen dan vrouwen met een diagnose depressie verwezen naar psychiatrie en geriatrie. Voor de andere verwijsbestemmingen zijn verschillen tussen mannen en vrouwen minder consistent.

Over het algemeen zijn de beschreven ontwikkelingen tussen 2002 en 2008 omtrent verwijzpercentages in de totale groep ouderen ook te zien wanneer uitgesplitst wordt naar geslacht. Uitzondering is dat alleen bij mannen een stijgend verwijzpercentage naar de geriatrie te zien is.

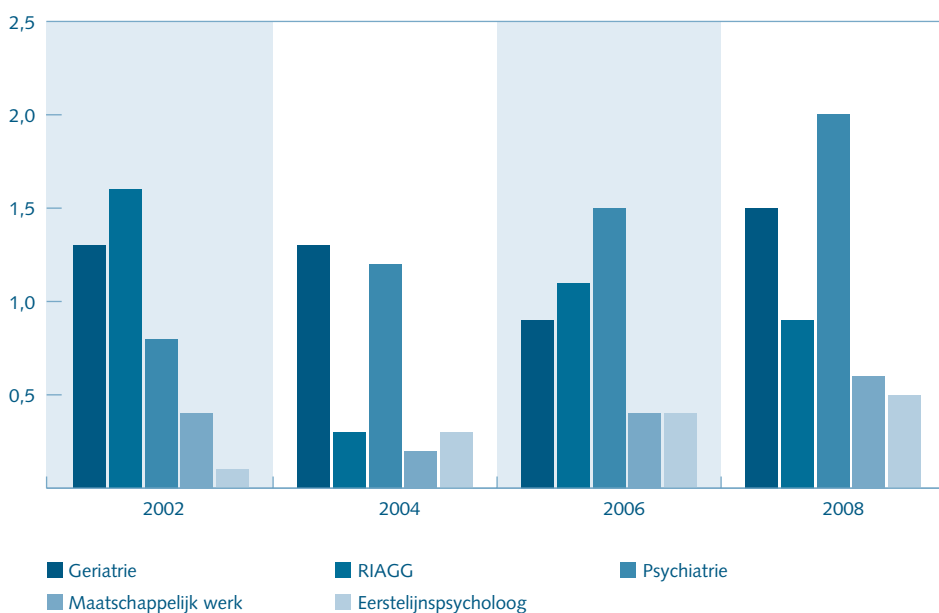
### 1.7.3 Diagnose angst

#### *Hoeveel ouderen met een diagnose angst worden doorverwezen, en waar naar toe?*

De huisarts verwijst in de periode 2002-2008 ook weinig ouderen die gediagnosticeerd zijn met angst door naar andere hulpverleners (zie Grafiek 23). Net als bij de diagnose depressie, wordt relatief het vaakst verwezen naar de psychiatrie, het RIAGG en de geriatrie. Het verwijfspercentage naar de psychiatrie stijgt consistent van 0,8% in 2002 naar 2,0% in 2008. Het verwijfspercentage naar de geriatrie varieert in de periode 2002-2008 tussen de 0,9% en 1,5%; het verwijfspercentage naar het RIAGG tussen de 0,3% en 1,6%. Het verwijfspercentage naar de ELP laat een consistente stijging zien van 0,1% in 2002 naar 0,5% in 2008.

De verwijfspercentages naar de overige bestemmingen (facultatieve registratie) komen niet boven de 1% uit (niet in Grafiek 23 gepresenteerd). Wel is er sprake van een consistente stijging van het percentage ouderen dat verwezen wordt naar de psychotherapeut/psycholoog (van 0,1% in 2002 naar 0,6% in 2008).

**Grafiek 23** Percentage ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose angst en met een verwijzing naar psychische hulpverlening (naar type) in de periode 2002-2008



#### *Is er een invloed van geslacht?*

In 2002-2006 is het verwijfspercentage naar de psychiatrie hoger onder mannen dan vrouwen met een diagnose angst; in 2008 is het juist andersom. Wat betreft de andere verwijfsbestemmingen zijn er minder duidelijke sekseverschillen.

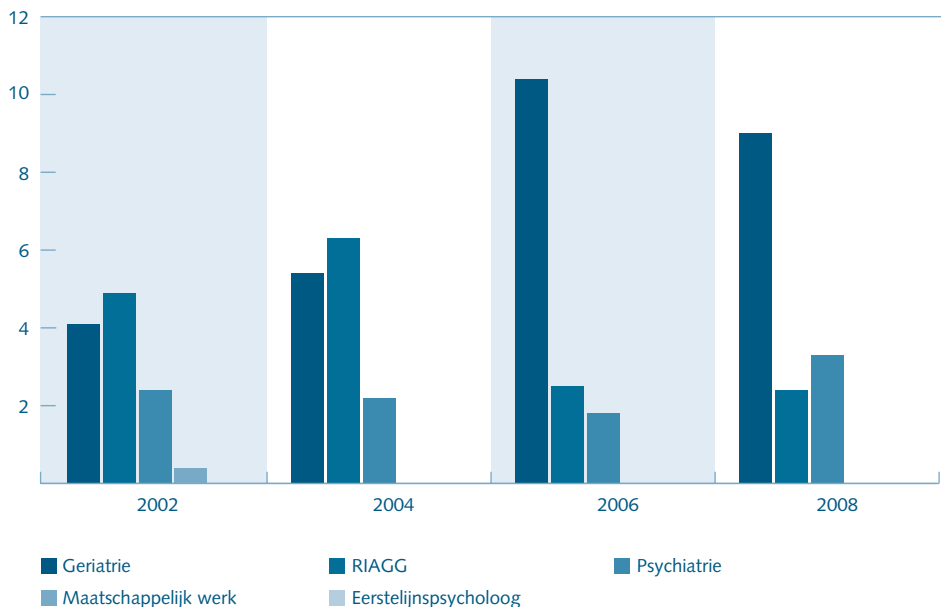
Verdere uitsplitsing naar geslacht geeft aan dat een toenemend verwijzingspercentage naar de psychiatrie tussen 2002 en 2008 alleen te zien is onder vrouwen (van 0,7% naar 2,2%). Onder mannen stijgt het verwijzingspercentage tussen 2002 en 2004 (van 0,9% naar 2,2%), om vervolgens weer te dalen (tot 1,5% in 2008).

### 1.7.4 Diagnose dementie

#### *Hoeveel ouderen met een diagnose dementie worden doorverwezen, en waar naar toe?*

In de periode 2002-2008 worden ouderen bij wie dementie gediagnosticeerd is meer doorverwezen door de huisarts dan ouderen met een diagnose depressie of angst. In 2002-2004 worden ouderen met een diagnose dementie het vaakst doorverwezen naar het RIAGG en de geriatrie; in 2006-2008 het meest naar de geriatrie (zie Grafiek 24). Tussen 2002 en 2006 is er een toename waarneembaar in het verwijzingspercentage naar de geriatrie (van 4,1% naar 10,4%), om vervolgens in 2008 weer te dalen (9,0%). Het verwijzingspercentage naar het RIAGG daalt van 6,1% in 2004 naar circa 2,5% in 2006-2008. Het verwijzingspercentage naar de psychiatrie daalt licht tussen 2002 en 2006 (van 2,4% naar 1,8%), om vervolgens weer te stijgen naar 3,3% in 2008. Ouderen met een diagnose dementie worden niet of nauwelijks verwezen naar een maatschappelijk werker of ELP. Dit geldt ook voor de overige verwijzingsbestemmingen (facultatieve registratie; niet in Grafiek 24 gepresenteerd).

**Grafiek 24** Percentage ouderen van 65 jaar en ouder met een diagnose dementie en met een verwijzing naar psychische hulpverlening (naar type) in de periode 2002-2008



### ***Is er een invloed van geslacht?***

In de periode 2002-2008 worden meer mannen dan vrouwen met een diagnose dementie doorverwezen naar het RIAGG en de geriatrie. Omgekeerd worden over het algemeen meer vrouwen doorverwezen naar de psychiatrie.

Uitsplitsing naar geslacht geeft aan dat een toenemend verwijzingspercentage naar de geriatrie tussen 2002 en 2006 alleen te zien is onder mannen; onder vrouwen laat het verwijzingspercentage een fluctuerend patroon zien in de periode 2002-2008.

## **1.8 Samenvatting en beschouwing**

De doelstelling van dit onderzoek was om op landelijk niveau na te gaan of er in de periode 2002-2008 veranderingen zichtbaar zijn in hoe vaak huisartsen psychische problemen diagnosticeren bij ouderen en welke zorg zij verlenen wanneer er een psychische diagnose gesteld is. Alvorens de belangrijkste bevindingen samen te vatten en te bespreken, zal eerst ingegaan worden op de beperkingen van het onderzoek.

### **1.8.1 Beperkingen van het onderzoek**

De aan LINH deelnemende huisartsen zijn gewend aan dagelijks registratie van gegevens in elektronische patiëntendossiers (EPD's). Daarnaast is er per onderzoeksjaar en uitkomstvariabele een selectie gemaakt van de praktijken die voldoen aan kwaliteitscriteria voor registratie (zie Bijlage 1). Desondanks is het waarschijnlijk dat de registratie van gegevens in de EPD's niet helemaal compleet was. Dit kan geleid hebben tot een onderschatting van de percentages ouderen bij wie een (specifieke) psychische diagnose gesteld is. De verwijzingspercentages naar de tweedelijns GGZ zijn onderschattingen van de werkelijke cijfers, aangezien binnen LINH huisartsen alleen verplicht zijn nieuwe verwijzingen naar de gespecialiseerde gezondheidszorg te registreren (en geen achteraf- of herhaalverwijzingen). Verder is de registratie van verwijzingen naar een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, een psychotherapeut/psycholoog of een consultatiebureau voor alcohol en drugs facultatief. Bovendien is er sprake van onderregistratie omdat het algemeen maatschappelijk werk direct toegankelijk is en geen officiële verwijzing van de huisarts nodig is. Wat betreft het voorschrijven van psychofarmaca zal de registratie vrij volledig zijn omdat LINH-praktijken geautomatiseerde huisartspraktijken betreffen waar medicatievoorschriften vergemakkelijkt worden door computersoftware.

Een andere beperking is dat er binnen LINH geen directe informatie beschikbaar is over het toepassen van psychologische of psychosociale interventies. Ook zijn de analyses beschrijvend van aard, en is er dus niet statistisch gecontroleerd voor de mogelijke invloed van sociaaldemografische kenmerken van ouderen en variatie tussen praktijken. Hoewel er per onderzoeksjaar gebruik gemaakt is van gegevens over verschillende aantallen ouderen uit een verschillend aantal praktijken, blijkt de leeftijd- en geslachtsverhouding van ouderen over de jaren wel redelijk stabiel (afgezien van een wat hogere leeftijd in 2008) (zie Bijlage 1). Wel varieert de verdeling naar urbanisatiegraad enigszins tussen de studiejaar.

## 1.8.2 Samenvatting en bespreking belangrijkste bevindingen

### *De frequentie waarmee psychische diagnoses gesteld zijn*

De belangrijkste bevindingen zijn:

- *In de periode 2002-2008 wordt jaarlijks bij ongeveer 20% van de ouderen (65 jaar en ouder) in de huisartsenpraktijk een psychische klacht of aandoening gediagnosticeerd. Het percentage ouderen met een psychische diagnose neemt tussen 2002 en 2008 niet duidelijk toe of af.*
- *Depressie (bij 4,2-4,5% van de ouderen) en angst (bij 3,9-4,6% van de ouderen) worden relatief vaak gediagnosticeerd in de jaren 2002-2008. Dementie wordt in deze periode bij 1,1% tot 1,7% van de ouderen gediagnosticeerd. De diagnose problematisch alcoholgebruik wordt weinig gesteld (<1%). Depressie, angst en dementie worden vaker gediagnosticeerd bij vrouwen dan bij mannen; en relatief het vaakst bij de 'oudste ouderen' (85 jaar en ouder). Problematisch alcoholgebruik is daarentegen vaker gediagnosticeerd bij mannen dan bij vrouwen; en het vaakst bij 'jongere ouderen' (65-74 jaar). Tussen 2002 en 2008 blijft het percentage ouderen met een diagnose depressie redelijk stabiel; neemt het percentage ouderen met een diagnose angst enigszins af (vanaf 2004); stijgt het percentage ouderen met een diagnose dementie relatief sterk (vanaf 2004); en stijgt het percentage mannen met een diagnose problematisch alcoholgebruik relatief sterk.*

De percentages ouderen bij wie de huisarts een psychisch probleem gediagnosticeerd heeft liggen beduidend lager dan de prevalenties die gevonden worden onder ouderen in de algemene Nederlandse bevolking. Bevolkingsstudies schatten dat ongeveer 15% van de ouderen een (klinisch relevante) depressie heeft (Beekman e.a., 1995; Stek e.a., 2004). De prevalentie van angststoornissen onder ouderen wordt geschat op ongeveer 10% (Beekman e.a., 1998); en ongeveer 6% van de ouderen heeft dementie (Ott e.a., 1996). In de periode 2002-2008 kan 3% tot 5% van de ouderen beschouwd worden als een zware drinker<sup>3</sup>; en 6% tot 9% als een overmatige drinker<sup>4</sup> (www.cbs.nl). Deze duidelijke verschillen tussen de frequentie waarmee psychische diagnoses gesteld worden bij ouderen in de huisartsenpraktijk en het vóórkomen van psychische problemen in de algemene oudere bevolking geven aan dat een substantieel deel van de ouderen met psychische problematiek niet als zodanig herkend of gediagnosticeerd wordt door de huisarts. Dit kan komen doordat een deel van de ouderen geen hulpbehoefte ervaart. Een ander deel van de ouderen ervaart wel hulpbehoefte vanwege een psychisch probleem, maar zal toch geen hulp vragen tijdens een huisartsenconsult, omdat hij of zij bijvoorbeeld weinig vertrouwen heeft in de huisarts waar het gaat om zorg voor psychische problemen, zich schaamt, of psychische klachten vooral toeschrijft

---

3 minstens 1 keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinken.

4 gemiddeld 3 of meer glazen alcohol per dag drinken.

aan lichamelijke problemen. Bij dementie kan meespelen dat de mensen in de omgeving de symptomen niet altijd herkennen of denken dat er toch niets aan te doen is. Ook huisartsgebonden factoren zouden een rol kunnen spelen bij de onderdiagnostiek van psychische problemen bij ouderen, zoals de beperkte tijd die per consult beschikbaar is, het denken dat het bij het ouder worden hoort, of het ervaren van onvoldoende kennis en vaardigheden omtrent het diagnosticeren en behandelen van psychische problematiek, temeer als er sprake is van multimorbiditeit.<sup>5</sup> Verder zal een huisarts over het algemeen niet eerder een diagnose dementie stellen alvorens hij/zij daar zeker van is (Wind e.a., 2003).

Tussen 2002 en 2008 wordt door huisartsen niet vaker een diagnose depressie of angst gesteld bij ouderen; het percentage ouderen met een diagnose angst neemt zelfs wat af vanaf 2004. Dit kan suggereren dat de huisarts depressie en angst bij ouderen niet beter is gaan herkennen in de afgelopen jaren. Tussen 2002 en 2008 verdrievoudigt wel het percentage mannen bij wie de huisarts problematisch alcoholgebruik diagnosticeert. Mogelijk hangt dit samen met een betere herkenning van problematisch alcoholgebruik door de huisarts, of met het gegeven dat dit in de afgelopen jaren in toenemende mate voorkomt onder mannen van 65 jaar en ouder ([www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)). Ook dementie wordt vanaf 2004 steeds vaker gediagnosticeerd. De herziening van de NHG-Standaard Dementie in 2003 (Wind e.a., 2003) en de in 2005 uitgekomen multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie' (CBO, 2005) kunnen hierbij een rol gespeeld hebben. Deze richtlijnen adviseren de diagnose dementie in een vroege fase te stellen, onder meer om patiënten en hun naasten duidelijkheid te verschaffen over de diagnose en prognose, waardoor gerichte advisering en begeleiding mogelijk wordt. Daarnaast kunnen verbeterprojecten die in het kader van Landelijk Dementie Programma uitgevoerd zijn bijgedragen hebben aan een vroegtijdiger herkenning en diagnosestelling.

### ***De frequentie waarmee bijkomende psychische diagnoses gesteld zijn***

De belangrijkste bevindingen zijn:

- *In de periode 2002-2008 hebben ongeveer 10% tot 14% van de ouderen met een diagnose depressie daarnaast ook een diagnose angst, en vice versa. Er is tussen 2002 en 2008 geen duidelijke toe- of afname te zien in het percentage ouderen met een bijkomende diagnose angst of depressie. Weinig ouderen met een diagnose angst of depressie hebben daarnaast een diagnose problematisch alcoholgebruik (<1,5%).*
- *In de periode 2002-2008 hebben ongeveer 7% tot 10% van de ouderen met een diagnose dementie daarnaast ook een diagnose depressie; 4% tot 7% heeft een diagnose angst; en 3% tot 6% heeft een diagnose psychotische stoornis. Tussen 2002 en 2008 is bij steeds minder ouderen met een diagnose dementie ook een diagnose angst gesteld.*

---

5 Het tegelijkertijd hebben van meerdere aandoeningen.

Depressie en angst komen vaak gelijktijdig voor. Ruim een kwart (26%) van de ouderen met een angststoornis heeft bijvoorbeeld ook een depressieve stoornis (Beekman e.a., 2000). Comorbiditeit van angst en depressie is klinisch relevant omdat het een ongunstige invloed heeft op het beloop van de psychische klachten (Schoevers e.a., 2008), en bijgevolg een ander te volgen behandelbeleid kent (Van Marwijk e.a., 2003; Terluin e.a., 2004). De bevinding dat depressie en angst relatief vaak tegelijkertijd gediagnosticeerd worden bij ouderen geeft aan dat huisartsen zich er in enigermate bewust van zijn dat deze psychische problemen vaak tegelijkertijd voorkomen. Wel liggen de percentages ouderen met een bijkomende diagnose depressie of angst behoorlijk lager dan verwacht zou worden op basis van bevolkingsonderzoek. Dit zou kunnen komen doordat huisartsen de aanwezigheid van bijkomende psychische problemen in een deel van de gevallen niet herkennen, of dat ze minder snel geneigd zijn deze comorbide problematiek apart te diagnosticeren en/of te registreren in het elektronisch patiëntendossier.

Depressie, angst en psychotische verschijnselen komen vaak voor bij dementie (Janzing & Zitman, 2002; Aalten e.a., 2005; Heeren e.a., 2001). Psychische problemen beïnvloeden het beloop van dementie ongunstig en ze vormen vaak een grote belasting voor de naasten van patiënten (Heeren e.a., 2001). De NHG-Standaard Dementie adviseert huisartsen dan ook alert te zijn op psychische problemen bij dementie (Wind e.a., 2003). De bevindingen van dit onderzoek geven aan dat huisartsen enigszins attent zijn op depressie en psychotische verschijnselen bij dementie. Dit lijkt echter minder het geval te zijn voor bijkomende angst: het percentage ouderen met een diagnose angst is in de periode 2002-2008 in de subgroep van ouderen met een diagnose dementie (4-7%) niet hoger dan in de totale groep ouderen (4-5%). Verder wordt tussen 2002 en 2008 bij steeds minder ouderen met een diagnose dementie een bijkomende diagnose angst gesteld.

### ***De frequentie waarmee bijkomende lichamelijke diagnoses gesteld zijn***

De belangrijkste resultaten zijn:

- *In de periode 2002-2008 zijn jaarlijks veel ouderen met een diagnose depressie daarnaast ook gediagnosticeerd met een hart- of vaatziekte (24-29% van de ouderen), diabetes mellitus (14-21%), een bot- of gewrichtsaandoening (15-18%), of astma/COPD (10-15%). Onder ouderen met een diagnose angst of dementie zijn ongeveer dezelfde percentages met bijkomende lichamelijke diagnoses te zien. Een uitzondering is dat relatief minder ouderen met een diagnose dementie daarnaast gediagnosticeerd zijn met astma/COPD (6-9%).*
- *Tussen 2002 en 2008 is bij steeds meer ouderen met een diagnose depressie ook een diagnose diabetes mellitus, bot- of gewrichtsaandoening, of astma/COPD gesteld. Bij ouderen met een diagnose angst zijn zulke consistent stijgende percentages met een bijkomende lichamelijke diagnose niet te zien. Onder ouderen met een diagnose dementie wordt tussen 2002 en 2008 de diagnose diabetes mellitus steeds vaker gesteld.*

Het herkennen en behandelen van psychische problemen bij een chronische lichamelijke ziekte en vice versa, is van belang omdat ze elkaars beloop ongunstig beïnvloeden. De bevindingen geven aan dat huisartsen zich in enigermate bewust zijn van het gegeven dat bij ouderen zowel depressie als angst vaak samengaan met het hebben van een chronische lichamelijke ziekte (Bierman e.a., 2007). Als bijvoorbeeld gekeken wordt naar de leeftijdscategorie 65-74 jaar, dan blijkt namelijk dat bij patiënten met een diagnose depressie of angst de onderzochte lichamelijke aandoeningen vaker gediagnosticeerd zijn dan verwacht (d.w.z. vaker dan in de totale praktijkpopulatie van 65-74-jarigen) (Verheij e.a., 2009). Dit betekent overigens niet dat comorbiditeit van depressie/angst en chronische lichamelijke ziekte bij ouderen altijd herkend en gediagnosticeerd wordt door de huisarts. In eerder onderzoek is bijvoorbeeld gevonden dat de meerderheid van volwassenen (waaronder ouderen) met een depressieve stoornis en een chronische lichamelijke ziekte niet als depressief gediagnosticeerd was door hun huisarts (Nuyen e.a., 2005). Deze bevinding geeft aan dat er nog behoorlijk wat ruimte bestaat voor de verbetering van de diagnostiek van depressie bij chronisch lichamelijke zieken in de huisartsenpraktijk.

De bevinding dat diabetes mellitus, een bot- of gewrichtsaandoening en astma/COPD in de periode 2002-2008 steeds vaker gediagnosticeerd is bij ouderen met een diagnose depressie hoeft niet te betekenen dat deze vormen van comorbiditeit steeds beter herkend of gediagnosticeerd worden door de huisarts. Deze bevinding weerspiegelt deels het gegeven dat diabetes mellitus en astma/COPD in het algemeen steeds vaker gediagnosticeerd worden in de huisartsenpraktijk tussen 2002 en 2008 (Verheij e.a., 2009).

Bij ouderen met een diagnose dementie is alleen diabetes mellitus vaker dan verwacht gediagnosticeerd. Het is mogelijk dat patiënten met dementie lichamelijke klachten onderrapporteren waardoor huisartsen andere aanwezige lichamelijke aandoeningen minder goed herkennen (McCormick e.a., 1994).

### **Contacten vanwege een psychische diagnose**

De belangrijkste bevindingen zijn:

- *In de periode 2006-2008 hebben ouderen vanwege een psychische diagnose (willekeurig welke), een diagnose depressie, of een diagnose angst voornamelijk korte huisartsconsulten en in mindere mate telefonische huisartsconsulten, korte huisartsvisites en lange huisartsconsulten en -visites. Er is nauwelijks contact met een praktijkondersteuner (POH).*
- *Gemiddeld genomen is het totaal aantal contacten vanwege een psychische diagnose (+7%), een diagnose depressie (+4%), of een diagnose angst (+2%) licht toegenomen tussen 2006 en 2008. Dit wordt veroorzaakt door stijgingen van het aantal telefonische huisartsconsulten, het aantal lange huisartsconsulten en het aantal lange huisartsvisites. Daarentegen dalen het aantal korte huisartsconsulten en het aantal korte huisartsvisites.*



- *In de periode 2002-2008 is er vanwege een diagnose dementie vaker contact met de huisartsenpraktijk dan vanwege een diagnose depressie of angst. Contacten vanwege een diagnose dementie betreffen voornamelijk telefonische huisartsconsulten en korte huisartsvisites, en in mindere mate huisartsconsulten en lange huisartsvisites. Er is ook contact met de POH in de vorm van een telefonisch consult of lange visite.*
- *Gemiddeld genomen is het totaal aantal contacten vanwege een diagnose dementie licht toegenomen (+5%) tussen 2006 en 2008. Kijkend naar het soort contact, dan is een stijging te zien van het aantal telefonische huisartsconsulten, terwijl het aantal korte huisartsvisites afgenomen is. Relatief gezien is het aantal lange visites van de POH sterk toegenomen.*

Enige voorzichtigheid is geboden bij de interpretatie van de veranderingen in het aantal contacten, aangezien ze betrekking hebben op de korte periode 2006-2008. De bevindingen suggereren dat in 2008 ten opzichte van 2006 de huisarts gemiddeld genomen wat vaker contact heeft met ouderen bij wie een psychisch probleem gediagnosticeerd is; dat de contacten door de huisarts vaker telefonisch afgehandeld worden; en op het moment dat er een 'face-to-face' contact met de huisarts is dit vaker een langer contact betreft.

De functie praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ) is per 1 januari 2008 ingevoerd om huisartsen te ondersteunen bij de behandeling van patiënten met psychische problemen. Desondanks waren er in 2008 maar weinig POH's-GGZ werkzaam ([www.lvg.org](http://www.lvg.org)), en onze bevindingen bevestigen dat: ouderen hebben zelden contact met een POH vanwege een diagnose depressie of angst. De moeizame instroom kwam doordat er verschillende onduidelijkheden bestonden over de POH-GGZ, zowel op het gebied van zijn/haar takenpakket als de bekostiging. Inmiddels is de beleidsregel POH-GGZ per 1 januari 2009 gewijzigd, waardoor er onder meer geen limitering meer bestaat wat betreft het aantal declareerbare contacten per patiënt per jaar en de POH-GGZ patiënten kortdurend kan begeleiden. Deze wijzigingen hebben geleid tot een toename van de instroom van POH's-GGZ ([www.lvg.org](http://www.lvg.org)). Wellicht laten LINH gegevens over 2009 en 2010 zien dat ouderen met een psychische diagnose in toenemende mate contact hebben met een POH-GGZ.

Ouderen met een diagnose dementie hebben in 2008 wat vaker contact met de huisarts dan in 2006. Af en toe is er ook contact met een POH. De POH kan een ondersteunende rol spelen bij de diagnostiek van dementie, meewerken om een optimaal zorgklimaat te creëren, en ook degene zijn die de samenwerking bewaakt tussen alle hulpverleners en daarbij de begeleiding van de patiënt coördineert (Van Gunst & Mout, 2006; LESA Dementie, 2009). Hoewel gemiddeld genomen ouderen met een diagnose dementie weinig contact hebben met een POH, is de relatief sterke stijging (verdrievoudiging) van het aantal lange visites van de POH in 2008 ten opzichte van 2006 opvallend. Dit kan erop wijzen dat de rol van de POH bij de zorg van ouderen met dementie aan het toenemen is. Wellicht heeft het Landelijk Dementie Programma hieraan bijgedragen.

## **Voorschrijven psychofarmaca**

De belangrijkste bevindingen zijn:

- *In de periode 2002-2008 worden antidepressiva, kalmeringsmiddelen, en slaapmiddelen vaak voorgeschreven aan ouderen met een psychische diagnose (willekeurig welke), een diagnose depressie, of een diagnose angst. Een ruime meerderheid van de ouderen met een diagnose depressie (74-78%) krijgt een antidepressivum voorgeschreven; 37-40% een kalmeringsmiddel; en 31-35% een slaapmiddel. Een kalmeringsmiddel wordt voorgeschreven aan 73-76% van de ouderen bij wie angst gediagnosticeerd is; 30-33% krijgt een antidepressivum voorgeschreven; en 26-31% een kalmeringsmiddel.*
- *Tussen 2002 en 2008 worden kalmerings- en slaapmiddelen over het algemeen minder vaak voorgeschreven aan ouderen met een psychische diagnose (willekeurig welke), een diagnose depressie, of een diagnose angst. Onder ouderen met een psychische diagnose daalt het percentage met een voorschrift voor een kalmeringsmiddel van 38% in 2002 naar 34% in 2008; het percentage met een voorschrift voor een slaapmiddel daalt van 46% in 2004 naar 40% in 2008. Antidepressiva worden daarentegen niet minder vaak voorgeschreven tussen 2002 en 2008.*
- *Selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's) zijn het meest voorgeschreven type antidepressivum bij ouderen met een psychische diagnose. Per type antidepressivum zijn er verschillende veranderingen te zien tussen 2002 en 2008. Onder ouderen met een diagnose depressie daalt het percentage met een voorschrift van een SSRI van 51% in 2002 naar 44% in 2008; varieert het percentage ouderen met een voorschrift voor een tricyclisch antidepressivum (TCA) tussen 15-18%; en neemt het percentage ouderen met een voorschrift voor een andersoortig antidepressivum (o.a. venlafaxine, mirtazapine) toe van 15% naar 21%.*
- *In de periode 2002-2008 worden antipsychotica het vaakst voorgeschreven aan ouderen met een diagnose dementie (sinds 2004 bij ongeveer 30%), gevolgd door antidepressiva (18-22%), slaapmiddelen (17-22%) en kalmeringsmiddelen (15-19%).*
- *Het percentage ouderen met een diagnose dementie dat een antipsychoticum voorgeschreven krijgt is tussen 2002 en 2004 gedaald van 38% naar circa 30%, en daarna stabiel gebleven. Tussen 2002 en 2008 worden vaker SSRI's voorgeschreven aan ouderen met een diagnose dementie. Het percentage dat een dementiemiddel voorgeschreven krijgt is opvallend sterk gestegen, van 2% in 2002 naar 16% in 2008.*

De bevinding dat ongeveer driekwart van de ouderen met een diagnose depressie antidepressiva voorgeschreven krijgt is in overeenstemming met vroegere studies (Volkers,

2003; Volkers e.a., 2004). Dit hoge percentage doet vermoeden dat ouderen met lichtere vormen van depressie, die er in de huisartsenpraktijk veel zijn, 'overbehandeld' worden met antidepressiva en te weinig profiteren van minder intensieve, eerste-stap interventies. Richtlijnen adviseren een *stepped care* benadering en een lichte of matige depressie in eerste instantie te behandelen met lichte (niet-medicamenteuze) interventies (Van Marwijk e.a., 2003; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008a). Daarnaast hebben ouderen een groter risico op bijwerkingen van antidepressiva (waaronder een verhoogd risico op vallen en cognitieve stoornissen) (Liu e.a., 1998), en doordat zij vaak al verschillende andere medicijnen gebruiken, een groter risico op negatieve interactie-effecten. Desondanks zijn huisartsen tussen 2002 en 2008 niet minder vaak antidepressiva gaan voorschrijven aan ouderen met een diagnose depressie.

Van de ouderen met een diagnose angst krijgt ongeveer driekwart kalmeringsmiddelen (veelal benzodiazepinen) voorgeschreven. Ook slaapmiddelen (doorgaans ook benzodiazepinen) worden relatief vaak voorgeschreven. Dit is niet conform richtlijnen die aanbevelen terughoudend te zijn ten aanzien van het (langdurig) voorschrijven van benzodiazepinen, omdat deze middelen een verslavende werking hebben en het risico op vallen en cognitieve problemen verhogen (Terluin e.a., 2004; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008b). Het is daarom een positieve ontwikkeling dat huisartsen tussen 2002 en 2008 over het algemeen wat minder vaker kalmerings- en slaapmiddelen zijn gaan voorschrijven bij ouderen met een psychische diagnose. Het is goed mogelijk dat deze dalende trends zich na 2008 verder hebben doorgezet omdat vanaf 1 januari 2009 de vergoeding van benzodiazepinen vanuit de basisverzekering is komen te vervallen.

Antipsychotica worden voorgeschreven bij gedragsproblemen als geagiteerd en agressief gedrag en psychotische verschijnselen bij dementie. De daling in het voorschrijven van antipsychotica tussen 2002 en 2004 hangt mogelijk samen met de NHG-Standaard Dementie uit 2003, waarin aanbevolen wordt terughoudend te zijn met het langdurig voorschrijven van deze medicatie (Wind e.a., 2003). Ook de meer recente multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie' adviseert een terughoudend beleid (CBO, 2005). Psychosociale of psychologische interventies worden als eerste keuze aanbevolen voor gedragsproblemen bij dementie. Een belangrijke reden om een terughoudend beleid te voeren is dat er slechts beperkte bewijskracht bestaat voor de werkzaamheid van antipsychotica bij mensen met dementie (Zuidema e.a., 2006; Koopmans, 2007). Daarnaast is er toenemende bezorgdheid over de veiligheid van antipsychotica bij mensen met dementie, met name door bevindingen dat deze medicatie het risico op sterfte en beroerte kan verhogen (Koopmans, 2007). Onderzoek heeft aangetoond dat het afbouwen en staken van antipsychotica bij mensen met dementie mogelijk is, en dat een psychosociale interventie een goed alternatief kan vormen om gedragsproblemen te verminderen (Koopmans, 2006).

De opvallend sterke toename tussen 2002 en 2008 in het voorschrijven van dementiemiddelen in de huisartsenpraktijk is in overeenstemming met gegevens van openbare apotheken zoals verzameld door de Stichting Farmaceutische Kengetallen ([www.sfk.nl](http://www.sfk.nl)).

In de periode 2000-2008 blijkt bijvoorbeeld dat het door openbare apotheken verstrekte aantal standaard dagdoseringen van dementiemiddelen jaarlijks met bijna 30% toegenomen is (SFK, 2009). Sinds 1998 zijn in Nederland dementiemiddelen geregistreerd voor de symptomatische behandeling van de ziekte van Alzheimer, de meest voorkomende vorm van dementie. Deze middelen kunnen een positief effect hebben op het cognitief functioneren en dagelijks functioneren van patiënten (CBO, 2005). Het voorschrijven van dementiemiddelen vindt vooral plaats in poliklinieken voor geheugenstoornissen<sup>6</sup>, of kortweg geheugenpoli's (Verhey e.a., 2007). Waarschijnlijk weerspiegelt de sterke stijging in het voorschrijven van dementiemiddelen in de huisartsenpraktijk tussen 2002-2008 de toenemende medicamenteuze behandeling die ingezet is via geheugenpoli's.

### **Verwijzingen**

De belangrijkste bevindingen zijn:

- *In de periode 2002-2008 worden weinig ouderen met een psychische diagnose (willekeurig welke), een diagnose depressie, of een diagnose angst door de huisarts doorverwezen naar andere hulpverleners. Het verwijsperscentage ligt voor geen enkele verwijfsbestemming hoger dan 3%. Relatief het vaakst wordt verwezen naar de geriatrie, de psychiatrie of het RIAGG. De verwijspersentages naar de eerstelijnspsycholoog, het maatschappelijk werk en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige zijn opvallend laag (<1%).*
- *Hoewel de verwijspersentages laag blijven, worden tussen 2002 en 2008 over het algemeen meer ouderen met een psychische diagnose, een diagnose depressie of een diagnose angst doorverwezen naar de psychiatrie of een psychotherapeut/psycholoog.*
- *In de periode 2002-2008 worden ook weinig ouderen met een diagnose dementie doorverwezen door de huisarts. Het verwijsperscentage naar geriatrie is relatief hoog en stijgt van 4% in 2002 naar 10% in 2006, om vervolgens in 2008 te dalen tot 9%.*

De bevindingen geven aan dat de eerstelijnspsycholoog (ELP) een marginale rol speelt in de zorg voor ouderen bij wie de huisarts een psychisch probleem gediagnosticeerd heeft. Dit sluit aan bij de gegevens van de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE), waaruit blijkt dat slechts een klein deel van de cliëntenpopulatie van ELP-en ouderen betreft (LVE, 2010). Ouderen met een psychische diagnose worden door de huisarts ook weinig doorverwezen naar het algemeen maatschappelijk werk (AMW) of een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), en er zijn ook geen toenames van deze verwijzingen te zien in de afgelopen jaren. Zoals eerder opgemerkt zijn de gevonden verwijspersentages naar deze verwijfsbestemmingen waarschijnlijk wel onderschat-

---

<sup>6</sup> Ambulante voorzieningen met multidisciplinaire teams die zich richten op de diagnostiek van cognitieve stoornissen, vooral de vroege stadia van dementie, en op de behandeling en advisering van de patiënten.

tingen. Hoewel huisartsen binnen LINH geacht worden verwijzingen naar het AMW te registreren, is er sprake van onderregistratie omdat het AMW direct toegankelijk is en geen officiële verwijzing van de huisarts nodig is. Registratie van verwijzingen naar een SPV is facultatief. Desondanks is een laag verwijspercentage naar de SPV niet verwonderlijk. Maar een beperkt deel van de huisartsen kan een beroep doen op de ondersteuning van een SPV bij de behandeling van personen met psychische problematiek. In 2007 bijvoorbeeld was op een kwart van alle praktijkadressen van de huisarts een SPV werkzaam (Hansen e.a., 2007).

De lage verwijspercentages naar hulpverleners in de tweedelijns GGZ bevestigen eerder onderzoek (Beekman e.a., 1997; De Beurs e.a., 1999; Schuurmans e.a., 2005). In dit opzicht lijkt het een positieve ontwikkeling dat huisartsen tussen 2002 en 2008 over het algemeen wel vaker ouderen met een psychische diagnose zijn gaan doorverwijzen naar de tweedelijns GGZ.<sup>7</sup> Mogelijk is de samenwerking van de huisarts met de gespecialiseerde GGZ in de loop der jaren verbeterd (o.a. door het inzetten van SPV-en in de huisartsenpraktijk), waardoor de drempel om door te verwijzen minder hoog geworden is. De opkomst van nieuwe, laagdrempelige GGZ-instellingen kan hier ook van invloed zijn. Daarnaast zou een 'versmalling' van de taakopvatting van huisartsen ten aanzien van psychische hulpverlening mogelijk een rol kunnen spelen (Kolthof e.a., 2004).

Het toegenomen verwijspercentage naar de geriatrie tussen 2002 en 2008 duidt erop dat de huisarts in toenemende mate ouderen met een diagnose dementie naar specialisten verwijst. Dit kan samenhangen met de NHG-Standaard Dementie uit 2003 die aanbeveelt om bij vragen over diagnostiek en behandeling, bij complexe diagnostische vragen en bij problemen met de verzorging door te verwijzen naar specialisten op het gebied van dementie (Wind e.a., 2003). Ook de toegenomen aandacht door het Landelijk Dementie Programma kan een rol gespeeld hebben. Ten slotte zijn de eerder genoemde geheugenpoli's in de periode 2002-2008 in aantal sterk toegenomen, wat verwijzen voor de huisarts vergemakkelijkt (Verhey e.a., 2007).

### **1.8.3 Conclusies en aanknopingspunten voor verbetering zorgverlening**

Gegeven de verschillende activiteiten en maatregelen die het afgelopen decennium ondernomen en uitgevoerd zijn om de psychische zorgverlening in de huisartsenpraktijk te versterken en te verbeteren, was de verwachting dat er in de periode 2002-2008 veranderingen waarneembaar zouden zijn in het handelen van huisartsen ten aanzien van psychische problemen bij ouderen.

Op basis van onze bevindingen kan geconcludeerd worden dat wat betreft de zorg die huisartsen bieden aan ouderen met depressie of angst verwachte ontwikkelingen merendeels niet hebben plaatsgevonden. Zo zijn huisartsen niet vaker een diagnose depressie of angst gaan stellen bij ouderen (oftewel, er is geen aanwijzing voor een betere herkenning van depressie of angst), zijn huisartsen bij ouderen die zij als depressief gediagnosticeerd hebben niet minder vaak antidepressiva gaan voorschrijven (oftewel, er

---

7 Tussen 2002 en 2008 is er geen toename te zien wat betreft verwijzingen naar het RIAGG. Waarschijnlijk heeft dit te maken met het feit dat sinds begin deze eeuw veel RIAGG's met andere GGZ-instellingen gefuseerd zijn en niet meer bestaan als zelfstandige organisatie.

is geen aanwijzing dat het veelvuldig voorschrijven van antidepressiva aan het afnemen is), en zijn huisartsen ouderen bij wie zij een depressie of angst gediagnosticeerd hebben niet meer gaan doorverwijzen naar ELP-en (oftewel, er is geen aanwijzing dat de rol van ELP-en bij de zorg voor ouderen met depressie of angst aan het toenemen is; zij spelen nog steeds een marginale rol). Wel is de positieve ontwikkeling zichtbaar dat huisartsen tussen 2002 en 2008 wat minder vaak kalmering- en slaapmiddelen zijn gaan voorschrijven aan ouderen met een diagnose depressie of angst.

Het is opvallend dat er in de periode 2002-2008 meer veranderingen zichtbaar zijn in het handelen van huisartsen ten aanzien van depressie en angst bij volwassenen jonger dan 65 jaar (zie Deel A: Volwassenen, hoofdstuk 1). Zo zijn huisartsen aan 18-64-jarigen bij wie zij een depressie gediagnosticeerd hebben wat minder vaak antidepressiva gaan voorschrijven, en zijn zij 18-64-jarigen met een diagnose depressie of angst vaker gaan doorverwijzen naar de ELP. Dit suggereert dat de verschillende ingezette maatregelen en activiteiten om tot een sterkere GGZ in de eerste lijn te komen, meer effect gesorteerd hebben op de zorg voor volwassenen jonger dan 65 jaar dan op de zorg voor ouderen.

Kijkend naar de zorg bij dementie, dan zijn er in de periode 2002-2008 wel verschillende ontwikkelingen te zien in de huisartsenpraktijk. Zo wordt vanaf 2004 dementie vaker gediagnosticeerd door huisartsen (wat een mogelijke aanwijzing is voor vroegtijdiger herkenning of diagnosestelling van dementie), is er sprake van een toenemende rol van de POH, worden antipsychotica minder vaak voorgeschreven bij ouderen die gediagnosticeerd zijn met dementie en dementiemiddelen juist in sterk toenemende mate, en zijn huisartsen ouderen met een diagnose dementie vaker gaan doorverwijzen naar de geriatrie. Dit suggereert dat de ingezette maatregelen en activiteiten voor een betere dementiezorg effect hebben gehad.

### ***Aanknopingspunten voor verbetering zorgverlening***

De bevindingen van dit onderzoek brengen een aantal aanknopingspunten aan het licht om de psychische zorgverlening aan ouderen in de huisartsenpraktijk verder te verbeteren:

- *Het verbeteren van de herkenning en diagnostiek van psychische problemen*

De herkenning en diagnostiek van veel voorkomende psychische problemen als depressie en angst bij ouderen in de huisartsenpraktijk verdient verbetering. Overeenkomstig aanbevelingen uit de NHG-Standaarden zou een verhoogde alertheid van huisartsen bij hoogrisicogroepen (zoals bv. ouderen met één of meerdere chronische lichamelijke ziekten, ouderen die recent verweduwd zijn, of ouderen die frequent het spreekuur bezoeken) kunnen bijdragen aan een betere herkenning. Het addendum voor ouderen bij de Multidisciplinaire richtlijn Depressie adviseert hoogrisicogroepen standaard te screenen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008a). De herkenning en diagnostiek van psychische problemen zou ook verbeterd kunnen worden door ouderen die een zorgbehoefte vanwege psychische problematiek hebben maar desondanks niet actief hulp zoeken te stimuleren dat

wel te doen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door ouderen te ondersteunen bij het accepteren van een psychische diagnose en hun bekend te maken met het bestaan van effectieve (niet-medicamenteuze) interventies. Behalve voor het opsporen van psychische problemen, kan het afnemen van een screeningsinstrument ook bruikbaar zijn om psychische problematiek bespreekbaar te maken.

Dementie wordt sinds 2004 steeds vaker gediagnosticeerd in de huisartsenpraktijk, wat kan duiden op een vroegtijdiger herkenning of diagnosestelling. Dit kan gestimuleerd worden, onder meer door het verder implementeren van aanbevelingen uit richtlijnen over signalering en diagnostiek.

- *Het stimuleren van het gebruik van niet-medicamenteuze interventies*

Het stimuleren van de toepassing van psychologische of psychosociale interventies kan ertoe leiden dat er door de huisarts minder vaak psychofarmaca voorgeschreven worden aan ouderen met psychische problemen. De addenda voor ouderen bij de Multidisciplinaire richtlijnen Depressie en Angststoornissen bevelen aan om volgens het *stepped care* principe, in samenspraak met de patiënt, in eerste instantie te kiezen voor de lichtste behandeling die gezien het klinisch beeld verantwoord is (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008a, 2008b). Een recent uitgevoerd onderzoek geeft aan dat kortdurende, eerste-stap interventies voor psychische problemen, zoals motiverende gespreksvoering, begeleide zelfhulp en *problem-solving treatment* (PST), goed uitvoerbaar zijn in de huisartsenpraktijk (Zwaanswijk & Verhaak, 2009). Om de toepassing te vergroten wordt in dit onderzoek onder meer aanbevolen om de bekendheid van deze interventies te vergroten onder zowel hulpverleners als patiënten (Zwaanswijk & Verhaak, 2009). Huisartsen of andere medewerkers in de huisartsenpraktijk zouden ook een rol kunnen spelen bij het begeleiden van internethulpverlening voor ouderen met psychische problematiek. Ten slotte, zou het vergroten van de rol van de ELP in de zorg voor ouderen met psychische problemen de toepassing van psychologische interventies kunnen stimuleren.

- *Het vergroten van de beschikbaarheid van ondersteunende hulpverleners*

Huisartsen zelf zijn vaak niet de meest aangewezen personen om psychologische of psychosociale interventies bij ouderen met psychische problemen uit te voeren, onder meer omdat zij dit niet tot hun takenpakket vinden behoren, de benodigde kennis en vaardigheden missen, of onvoldoende tijd beschikbaar hebben. De SPV en POH-GGZ zijn hiervoor meer geschikt (Zwaanswijk & Verhaak, 2009), waarbij opgemerkt moet worden dat de opleidingseisen voor en het takenpakket van laatstgenoemde functie mogelijk aangescherpt dienen te worden. De SPV en POH-GGZ kunnen ook een rol spelen bij het herkennen en diagnosticeren van psychische problemen bij ouderen. Zoals hierboven al aangegeven kan maar een beperkt deel van de huisartsen een beroep doen op de ondersteuning van een SPV, en komt de instroom van POH's-GGZ moeizaam op gang. Dit pleit er voor om de implementatie van ondersteunende hulpverleners in de huisartsenpraktijk verder te stimuleren.



- *Het verder stimuleren van samenhangende zorg en casemanagement*

Zoals in de inleiding aangegeven wordt momenteel onder meer via het programma Ketenzorg Dementie beoogd te komen tot een samenhangende dementiezorg die aansluit bij de behoeften en wensen van mensen met dementie en hun naasten. Binnen deze ketenzorg voor dementie werken diverse professionals in teamverband samen, en spelen de huisarts en de zogenaamde *case manager* een belangrijke rol. De *case manager* is een hulpverlener die de persoon met dementie en zijn/haar naasten begeleidt, ondersteunt en zorgt voor continuïteit en afstemming van het zorgaanbod (LESA Dementie, 2009). De rol van *case manager* kan door verschillende hulpverleners vervuld worden. Vanuit de huisartsenpraktijk bijvoorbeeld door de POH. Ook ten aanzien van depressie en angst zijn er modellen ontwikkeld om ketenzorg op gang te brengen (zoals bv. het *collaborative care* model; Vlasveld e.a., 2010). Meer samenhang in de zorg is ook van belang gezien de vaak aanwezige comorbiditeit. Het stimuleren van ketenzorg en casemanagement lijkt op zijn plaats om de zorg voor ouderen met psychische problemen verder te verbeteren.



# Referenties

- Aalten P., De Vugt M.E., Jaspers N., Jolles J., Verhey F.R.J. (2005). The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part I: findings from the two-year longitudinal Maasbed study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 523-530.
- Beekman A.T.F., Bremmer M.A., Deeg D.J., Van Balkom A.J., Smit J.H., De Beurs E. et al. (1998). Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 717-726.
- Beekman A.T.F., Deeg D.J.H., Braam A.W., Van Tilburg T. (1997). Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychological Medicine*, 27, 1397-1409.
- Beekman A.T.F., Deeg D.J.H., Van Tilburg T. et al. (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and associated factors. *Journal of Affective Disorders*, 36, 65-75.
- Beekman A.T.F., De Beurs E., Van Balkom A.J., Deeg D.J., Van Dyck R., Van Tilburg W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157, 88-95.
- Bierman E., Comijs H., Depla M., Ten Have M., Pot A.M. (2007). Deelstudie 2: Psychische problemen en GGZ-gebruik bij ouderen met lichamelijke aandoeningen. In: Pot A.M., Depla M., Ten Have M. (red). *Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen, Rapportage 2006*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Braspenning J., Smolders M., Van Rijswijk E., Mulder J., Van den Hoogen H., Laurant M., Grol R. (2005). Psychische en (psycho)sociale problemen in de huisartspraktijk 2001-2003: omvang en behandeling. Nijmegen: Centre for Quality of Care research (WOK).
- CBO (2005). *Richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie*. Utrecht: CBO.
- De Beurs E., Beekman A.T.F., Van Balkom A.J.L.M., Deeg D.J.H., Van Dyck R., Van Tilburg W. (1999). Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychological Medicine*, 29, 583-593.
- Depla M., Pot A.M., De Graaf R., Van Dorsselaer S., Sonnenberg C., Deeg D. (2005). Schatting van het gebruik van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg door ouderen in 2010 en 2020. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Depla M., Pot A.M., Ten Have M., Smit F., Sonnenberg C., Beekman A.T.F., Deeg D. (2007). Deelstudie 1: Trends in het gebruik van GGZ door Ouderen in de leeftijd van 55 tot 65 jaar. In: Pot A.M., Depla M., Ten Have M. (red.). *Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen. Rapportage 2006*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Emmen M.J., Verhaak P.F.M. (2007). Capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ 2001- 2006. Utrecht: NIVEL.
- Gezondheidsraad (2002). Dementie. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Heeren T.J., Kat M.G., Stek M.L. (2001). Handboek ouderenpsychiatrie. Leusden: De Tijdstroom.
- Hansen J., Nuijen T., Hingstman L. (2007). Monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Utrecht: NIVEL.
- Jansen A.P.D., Van Hout H.P.J., Nijpels G., Van Marwijk H.W.J., De Vet H.C.W., Stalman W.A.B. (2007). Yield of a new method to detect cognitive impairment in general practice. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 590-597.
- Janzing J.G.E., Zitman F.G. (2002). Depressie bij dementie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 265-274.
- Kolthof E.D., Zantinge E.M., Van den Berg M.J., Van der Zee, J. (2004). Psychosociale zorg in de huisartspraktijk en werkbelasting. In: Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL.
- Koopmans R.T.C.M. (2006). Dementie: het belang van psychosociale interventies. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 1653-1656.
- Koopmans R.T.C.M. (2007). Worden psychofarmaca in het verpleeghuis te vaak voorgeschreven? *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38, 270-273.
- Kuperus K., Van der Veen R., Lensink E., Van de Wetering R. (2009). Het programma Ketenzorg Dementie. Een tussenbalans na de eerste fase. Deloitte Consulting.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). Multidisciplinaire richtlijn Depressie (eerste versie). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2003). Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (eerste versie). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008a). Addendum ouderen bij de Multidisciplinaire richtlijn Depressie. [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl).
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008b). Addendum ouderen bij de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl).
- Lambert H., Wood W. (1987). *International Classification of Primary Care (ICPC)*. Oxford: Oxford University Press.
- Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Dementie (2009). *Huisarts en Wetenschap*, 52, S1-S5.
- Liu B., Anderson G., Mittmann M., To T., Axcell T., Shear N. (1998). Use of selective serotonin-reuptake inhibitors or tricyclic antidepressants and risk of hip fractures in elderly people. *The Lancet*, 351, 1303-1307.
- LVE (2010). Jaarbericht LVE 2009. Amsterdam: Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.

- McCormick W.C., Kukull W.A., Van Belle G. (1994). Symptom patterns and comorbidity in the early stages of Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 517–521.
- Meerveld J., Schumacher J., Krijger E., Bal R., Nies H. (2004). Landelijk Dementieprogramma. Utrecht: NIZW.
- Meeuwissen J.A.C., Donker M.C.H. (2004). Minder is meer: stepped care in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 59, 904–915.
- Meijer S.A., Verhaak P.F.M. (2004). De eerstelijns GGZ in beweging: resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatie-onderzoek "Versterking eerstelijns GGZ: integrale eindrapportage 2004". Utrecht/ Den Haag: NIVEL/Trimbos-instituut/ SGBO.
- Nuyen J., Spreeuwenberg P.M., Van Dijk L., Van den Bos G.A.M., Groenewegen P.P., Schellevis F.G. (2008). The influence of specific chronic somatic conditions on the care for co-morbid depression in general practice. *Psychological Medicine*, 38, 265-277.
- Nuyen J., Volkers A.C., Verhaak P.F.M., Schellevis F.G., Groenewegen P.P., Van den Bos G.A.M. (2005). Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity. *Psychological Medicine*, 35, 1185–1195.
- Ott A., Breteler M.M.B., Birkenhäger-Gillesse E.B., Van Harskamp F., De Koning I., Hofman A. (1996). De prevalentie bij ouderen van de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie en dementie bij de ziekte van Parkinson; het ERGO-onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 200-205.
- Schoevers R.A., Van H.L., Koppelmans V., Kool S., Dekker J.J. (2008). Managing the patient with co-morbid depression and an anxiety disorder. *Drugs*, 68, 1621-1634.
- Schuurmans J., Comijs H.C., Beekman A.T.F., De Beurs E., Deeg D.J.H., Emmelkamp P.M.G., Van Dyck R. (2005). The outcome of anxiety disorders in older people at 6-year follow-up: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 420-428.
- Scott K.M., Von Korff M., Alonso J., Angermeyer M.C., Bromet E., Fayyad J., De Girolamo G., Demyttenaere K., Gasquet I., Gureje O., Haro J.M., He Y., Kessler R.C., Levinson D., Medina Mora M.E., Oakley Browne M., Ormel J., Posada-Villa J., Watanabe M., Williams D. (2009). Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 39, 33-43.
- Stek M.L., Gussekloo J., Beekman A.T.F., Van Tilburg W., Westendorp R.G.J. (2004). Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *Journal of Affective Disorders*, 78, 193-200.
- SFK, Stichting Farmaceutische Kengetallen (2009). Veel big six bij ouderen. *Pharmaceutisch Weekblad*, 144, 13.

- Ten Have J.J.I.M. (2007). Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn. Een eerste beschrijving van de functie praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn. Utrecht: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn.
- Ten Have M., Verheij R.A., Depla M., Pot A.M. (2007). Deelstudie 3b: Welke rol speelt de huisarts voor ouderen met psychische problemen? In: Pot A.M., Depla M., Ten Have M. (red.). Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen. Rapportage 2006. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Terluin B., Van Heest F.B., Van der Meer K., Neomagus G.J.H., Hekman J., Aulbers L.P.J., Starreveld J.S., Grol M.H. (2004). NHG-Standaard Angststoornissen (eerste herziening). Huisarts en Wetenschap, 47, 26-37.
- Van Balkom A.J., Beekman A.T.F., de Beurs E., Deeg D.J., Van Dyck R., Van Tilburg W. (2000). Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in The Netherlands. Acta Psychiatrica Scandinavica, 101, 37-45.
- Van Gunst S., Mout P. (2006). Dementie in de praktijk. Tijdschrift voor Praktijkondersteuning, 2, 57-59.
- Van Marwijk, H.W.J., Grundmeijer H.G.L.M., Bijl D., Van Gelderen M.G., De Haan M., Van Weel-Baumgarten E.M., Burgers J.S., Boukes F.S., Romeijnders A.C.M. (2003). NHG-Standaard Depressieve stoornis (eerste herziening). Huisarts en Wetenschap, 46, 614-23.
- Verdurmen J., Ten Have M., Van Dorsselaer S., Van 't Land H., Vollebergh W., De Graaf R. (2006). Psychische stoornissen bij mensen met een lichamelijke aandoening. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Verheij R.A., Van Dijk C.E., Abrahamse H., Davids R., Van den Hoogen H., Braspenning J., Van Althuis T. (2009). Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ Healthcare.
- Verhey F.R.J., Ramakers I., Scheltens Ph., Vernooij-Dassen M., Olde Rikkert M. (2007). Geheugenpoli's in Nederland: ontwikkelingen sinds 1998. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 38, 237-245.
- Vlasveld M.C., Van Marwijk H.W.J., Van der Feltz-Cornelis C.M. (2010). Depressie te lijf met het 'Collaborative care'-model. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 154, A1486.
- Volkers A. (2003). Benzodiazepinen bij depressieve 55-plussers. Huisarts en Wetenschap, 46, 601.
- Volkers A.C., Nuyen J., Verhaak P.F.M., Schellevis, F.G. (2004). The problem of diagnosing major depression in elderly primary care patients. Journal of Affective Disorders, 82, 259-263.
- Volkers A., De Jong A., De Bakker D., Van Dijk L. (2005). Doelmatig voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL.
- Wind A.W., Gussekloo J., Vernooij-Dassen M.J.F.J., Bouma M., Boomsma L.J., Boukes F.S. (2003). NHG-Standaard Dementie (tweede herziening). Huisarts en Wetenschap, 46, 754-67.

- ZonMW (2007). Tussentijdse evaluatie Landelijk Dementie Programma. Den Haag: ZonMW.
- Zuidema S.U., Van Iersel M.B., Koopmans R.T.C.M., Verhey F.R.J., Olde Rikkert M.G.M. (2006). Werkzaamheid en bijwerkingen van antipsychotica voor neuropsychiatrische symptomen bij dementie; een systematische review. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 1565-1573.
- Zwaanswijk M., Verhaak P.F.M. (2009). Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen: een kennissynthese over hun toepasbaarheid in de huisartsenzorg. Utrecht: NIVEL.



# Bijlage 1

## Aantallen geselecteerde huisartsenpraktijken

Per studiejaar is voor elke uitkomstvariabele een selectie gemaakt van LINH-praktijken die voldoen aan kwaliteitscriteria met betrekking tot registratie (zie Tabel 1). Zie [www.linh.nl](http://www.linh.nl) voor een beschrijving van de toegepaste kwaliteitscriteria. Tabel 2 presenteert de sociaaldemografische kenmerken van de ouderen die ingeschreven staan bij de geselecteerde huisartspraktijken.

Tabel 1 Aantal praktijken die voldoen aan kwaliteitscriteria voor registratie van gegevens

	Diagnoses		Contacten	Voorschrijven	Verwijzingen
	Bestaand/ nieuw	Nieuw			
2002	69	69	36	53	34
2004	43	43	49	49	36
2006	69	29	59	63	37
2008	82	38	74	78	49

Tabel 2 Het aantal bij de geselecteerde huisartspraktijken ingeschreven personen van 65 jaar en ouder en hun sociaaldemografische kenmerken (periode 2002-2008)

	2002	2004	2006	2008
Aantal praktijken	N= 69	N= 43	N= 69	N= 82
Aantal ouderen	N= 38.955	N= 21.843	N= 37.188	N= 42.375
<b>Patiëntkenmerken</b>				
<b>Geslacht</b>				
Man	41,9%	42,9%	43,3%	43,3%
Vrouw	58,1%	57,1%	56,7%	56,7%
<b>Leeftijd</b>				
65-74 Jaar	54,6%	54,8%	55,2%	53,6%
75-84 Jaar	34,8%	34,2%	34,1%	34,5%
85 en ouder	10,6%	10,9%	10,7%	12,0%
<b>Urbanisatiegraad</b>				
Zeer hoog	17,6%	11,7%	13,5%	20,0%
Hoog	22,2%	26,1%	25,1%	27,1%
Midden	19,7%	19,5%	14,7%	17,0%
Laag	19,3%	16,6%	23,8%	12,9%
Zeer laag	21,0%	25,7%	22,9%	23,0%
Onbekend	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%