

Chapter 8

SUMMARY IN DUTCH

SAMENVATTING

In mijn werk als verpleegkundige en later als verpleegkundig specialist GGZ werd ik geconfronteerd met ouderen bij wie de depressiebehandeling onvoldoende effect had en waarbij de depressie een chronisch karakter kreeg. Een dergelijk ongunstige depressie beloop, gekenmerkt door het uitblijven van verbetering, intense onmachtgevoelens bij zowel de patiënt, zijn naasten en behandelaars en voortdurende ziektebelasting bij patiënt en familie, vormen een belangrijk klinisch probleem voor alle betrokkenen (1,2). Bij mij als hulpverlener leidde de ervaren onmacht tot de gedachte dat er met betrekking tot de ontwikkeling van een depressie met een chronisch karakter sprake zou kunnen zijn van een 'missing link' in de bekende oorzaak – gevolg keten. Zou er een aspect in de ontwikkeling van een depressie kunnen zijn dat door hulpverleners onvoldoende aandacht krijgt, waardoor depressiegevoelens worden onderhouden? Mijn veronderstelling was dat de gevolgen van een depressie tot uitdrukking kunnen komen in 'onvervulde zorgbehoefte', maar ook dat er hierbij sprake kan zijn van een reciproke relatie, waarbij niet alleen geldt dat depressie leidt tot zorgbehoefte, maar dat omgekeerd onvervulde zorgbehoefte ook het beloop van de depressie ongunstig kan beïnvloeden.

Er blijkt nauwelijks wetenschappelijk onderzoek gedaan te zijn naar onvervulde zorgbehoefte bij depressieve bij ouderen en de genoemde reciproke relatie (Blazer, Sachs-Ericsson, & Hybels, 2007). Deze vaststelling vormde feitelijk de aanleiding voor dit onderzoekstraject. Om het onderzoekstraject te kaderen formuleerde ik de volgende algemene onderzoeksprobleemstelling:

Het is onvoldoende bekend wat de gevolgen zijn van een depressieve stoornis voor het dagelijks leven van ouderen. Het is eveneens onduidelijk in welke mate het beloop van een depressie in het latere leven geassocieerd is met onvervulde zorgbehoefte, met name met betrekking tot het vermogen sociaal maatschappelijke rollen te vervullen.

De uitkomsten van de verschillende deelstudies en de klinische relevantie van de resultaten moeten worden beschouwd in het licht van grote maatschappelijke veranderingen in Nederland waarbij de klassieke verzorgingsstaat wordt omgevormd tot een participatie-samenleving met als doel collectieve uitgaven voor welzijn en zorg te beheersen en de zorg - met het oog op de toename van het aantal oudere zorgvragers in de komende decennia - 'toekomstbestendig te organiseren' (4).

Case study: Zorgbehoefte inventarisatie als een basis voor behandeling (hoofdstuk 2)

De eerste studie van dit proefschrift betreft een N=1 casestudy. De studie beschrijft de situatie van mevrouw de Bruin¹, een 84 jarige weduwe die met een chronisch depressief beeld voor langere tijd opgenomen is geweest op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Als mevrouw na 8 maanden wordt ontslagen is het suïcide risico verminderd, maar concreet is de depressie-ernst nauwelijks afgenomen. Ook bestaan er nog steeds allerlei depressie-gerelateerde klachten die grote invloed hebben op de kwaliteit van leven van mevrouw de Bruin. Het is onduidelijk wat de depressie in stand houdt. Bij aanvang van de ambulante behandeling door een verpleegkundig specialist GGZ wordt de depressie ernst vastgesteld met de Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) en wordt de Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) afgenomen. Er blijkt sprake te zijn van een behoefte aan: betekenisvolle dagactiviteiten, gezelschap en sociaal contact, maar ook aan steun bij het omgaan met ervaren psychische nood. Daarnaast is er behoefte aan een veilige woonomgeving en aan ondersteuning bij het medicatiegebruik.

Naast een farmaco-therapeutische aanpassing worden gerichte interventies ingezet om de zorgbehoefte die met de CANE werden vastgesteld te adresseren. Hierbij gaat het onder andere om praktische oplossingen ter verhoging van mevrouw haar persoonlijke veiligheid in huis en om gereguleerd en gespreid contact met familie. Voorts wordt er geregeld dat mevrouw de Bruin kan deelnemen aan zinvolle dagactiviteiten bij de sociale dagopvang in het plaatselijke verzorgingshuis. Hier komt mevrouw de Bruin tevens in contact met leeftijdsgenoten. Deze systematische aanpak blijkt te werken. Mevrouw de Bruin voelt zich begrepen en gehoord. Negatieve cognities over de zinloosheid en leegheid van het leven nemen af evenals gevoelens van psychische nood.

Uit de resultaten van deze casestudy kan worden afgeleid dat de inzet van interventies gericht op het vervullen van zorgbehoeften tot een verbetering van het depressieve beeld en tot een betere kwaliteit van leven hebben geleid. Een belangrijk deel van deze zorgbehoeften bestond uit de behoefte aan contact en het vermijden van alleen zijn. Voor een belangrijk deel werden deze behoeften vervuld door mevrouw de Bruin de gelegenheid te bieden leeftijd genoten te ontmoeten en bezig te zijn in met zinvolle dagactiviteiten. Uit de casestudy komt naar voren dat relatief eenvoudige activiteiten gericht op deze onvervulde zorgbehoeften al kunnen leiden tot verlichting van de ervaren ziektelast en verbetering van de leefsituatie van de patiënt. De depressieve symptomen nemen af en de sociale participatie neemt toe.

¹ Mevrouw de Bruin is een gefingeerde naam.

De associatie tussen depressie-ernst en zorgbehoefte (hoofdstuk 3)

Voor deze tweede studie werden 99 oudere patiënten met een depressieve stoornis geïncludeerd. Bij deze ouderen onderzochten we depressie-ernst met behulp van de Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) en zorgbehoefte met de Camberwell Assessment of Needs for the Elderly (CANE) met als doel kennis te verkrijgen over de relatie tussen depressie-ernst en zorgbehoefte. Eerder onderzoek van Blazer wees uit dat onvervulde basisbehoeften een sterke voorspeller van depressieve symptomen kunnen zijn (3). In dit deelonderzoek onderzochten we de samenhang tussen onvervulde zorgbehoeften en de ernst van de depressie. Het bleek dat de ernst van een depressie het sterkst geassocieerd is met psychologische onvervulde zorgbehoeften en met sociale onvervulde zorgbehoeften. Voorts kunnen nog twee (voorlopige) conclusies worden afgeleid, namelijk 1) dat de depressie ernst de waarneming kleurt (hoe ernstiger de depressie hoe negatiever de perceptie van onvervulde zorgbehoefte) of 2) dat depressie-ernst indirect van invloed is op het krijgen van adequate hulp. Het onderzoek bracht naar voren dat de fysieke zorgbehoeften het meest vervuld bleken. Mogelijk spreken mensen gemakkelijker over fysieke zorgbehoefte of is fysieke zorgbehoefte gemakkelijker te vervullen. Opvallend waren de frequente onvervulde zorgbehoeftescores op de CANE items “dagactiviteiten”, “intieme relaties”, “gezelschap” en “zien en horen”. Het is voorstelbaar dat onvervulde zorgbehoefte op deze gebieden bijdraagt aan gevoelens van eenzaamheid en isolement en daarmee aan het in stand houden van depressie. Omgekeerd zou juist het vervullen van deze zorgbehoeften kunnen bijdragen aan depressieherstel.

Onvervulde zorgbehoefte: de perceptie van patiënten, mantelzorgers en hulpverleners (hoofdstuk 4)

Dit hoofdstuk gaat in op de perceptie van onvervulde zorgbehoefte door patiënten, mantelzorgers en hulpverleners. Opnieuw wordt gebruik gemaakt van de bij hoofdstuk 2 beschreven steekproef, echter nu aangevuld met CANE-gegevens die werden verkregen bij mantelzorgers en hulpverleners. Het doel van de studie was driedelig: ten eerste wilden we vaststellen welke onvervulde zorgbehoefte het meest werden genoemd door patiënten, mantelzorgers en hulpverleners. Ten tweede onderzochten we de overeenstemming tussen patiënten en mantelzorgers en tussen patiënten en hulpverleners met betrekking tot de perceptie van onvervulde zorgbehoeften. Tot slot wilden we vaststellen of depressie-ernst bij ouderen een voorspeller zou kunnen zijn voor de mate van overeenstemming tussen patiënt en mantelzorger en tussen patiënt en hulpverlener.

Deze kennis is relevant omdat overeenstemming tussen hulpverlener en patiënt, maar ook tussen patiënt en mantelzorgger over de aard en mate van onvervulde zorgbehoefte het formuleren van gezamenlijk gedragen- en op maat gesneden behandel- en zorgplan kan bevorderen. Hoewel gezamenlijke besluitvorming op zichzelf geen interventie blijkt te zijn waarmee de compliance met het behandelplan significant verbetert (5), denken we dat het bereiken van overeenstemming over onvervulde zorgbehoefte en hierop gebaseerde gedeelde besluitvorming omtrent de inhoud van het behandelplan een basis kan leggen voor betere kwaliteit van zorg.

Bij analyse van de resultaten bleken patiënten gemiddeld de meeste onvervulde zorgbehoefte te scoren, gevolgd door mantelzorggers en hulpverleners. Het verschil in scores tussen patiënt en hulpverlener bleek statistisch significant. Hieruit volgt dat patiënten en hulpverleners verschillende percepties kunnen hebben van de onvervulde zorgbehoefte en dat hulpverleners niet te snel zouden moeten concluderen dat er met patiënten overeenstemming is bereikt over onvervulde zorgbehoefte. Er bleek ook een samenhang te zijn tussen depressie-ernst en de mate van overeenstemming over zorgbehoefte. Hulpverleners moeten zich dus realiseren dat depressie-ernst de kans op overeenstemming met de patiënt op een aanzienlijk aantal CANE items kan verminderen. In deze studie kwam het gebrek aan overeenstemming vooral tot uitdrukking bij de CANE-items 'psychische nood', 'gedrag', 'geheugen', 'voeding', 'dagactiviteiten', 'het zorgen voor een ander' en het 'kunnen profiteren van voorzieningen voor ouderen'. Het gebruik van een zorgbehoefte screeningsinstrument als de CANE biedt de mogelijkheid om vanuit meerdere perspectieven zorgbehoefte vast te stellen en daarmee ook discrepanties op te sporen tussen patiënten, hulpverleners en naasten. Het is zodoende van grote waarde bij het objectiveren van onvervulde zorgbehoefte, en het vervolgens organiseren van mantelzorg en het bieden van geïndiceerde zorg (6-8).

De invloed van het depressiebeloop op netwerk grootte en eenzaamheid bij ouderen (hoofdstuk 5)

Voor de studie beschreven in hoofdstuk 4 werden data van de Longitudinal Aging Studie Amsterdam (LASA) gebruikt. Het doel van de studie was inzicht te verwerven in de lange termijn invloed van het depressiebeloop op de grootte van het sociale netwerk en gevoelens van eenzaamheid bij thuiswonende ouderen die bij aanvang van de studie een score hadden van ≥ 16 op de 20 item Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). 277 Respondenten werden geïnccludeerd. Het depressiebeloop werd vastgesteld aan de hand van 11 opeenvolgende CES-D metingen met een interval van 5 à 6 maanden en 3 klinische interviews, waarbij er drie beloopstypen werden onderscheiden: remissie, fluctuerend beloop en chronisch beloop. Netwerk grootte en ervaren eenzaamheid

werden vijf keer gemeten gedurende een periode van 13 jaar. Generalized Estimating Equations (GEE) werden gebruikt bij de statistische analyses. Leeftijd, geslacht, partner status, opleidingsniveau, urbanisatiegraad en de aanwezigheid van chronische aandoeningen werden als covariaten in de analyses betrokken. Als resultaat vonden we dat het depressie beloop invloed heeft op netwerk grootte en ervaren eenzaamheid van ouderen. Conform de verwachting bleken ouderen met een depressie in remissie het grootste netwerk en de laagste eenzaamheidsscores te hebben. Ouderen met een chronisch beloop van depressie rapporteerden daarentegen een significant lagere netwerk omvang en hogere eenzaamheidsscores. Bij introductie van de variabele 'tijd' in het model, bleken enkel de eenzaamheidsscores, en niet de netwerk grootte, voor ouderen met een verschillend depressiebeloop significant uiteen te lopen gedurende 13 jaar onderzoek. Hierbij werd vermindering van eenzaamheid waargenomen bij ouderen in remissie en toename van eenzaamheid bij ouderen met een chronisch depressie beloop. Tot slot hebben we de invloed van covariaten geanalyseerd. Geslacht bleek een significante invloed te hebben op de relatie depressiebeloop en netwerk grootte, met grotere verschillen in netwerk grootte gemeten bij mannen dan bij vrouwen op het gekozen referentie punt (wave 3). Bij het analyseren van de interacties tussen covariaten, het depressiebeloop en de factor tijd (drie-weg interacties) bleek het geslacht van de deelnemers echter niet van invloed. Dit kan er op duiden dat de verschillen in netwerk grootte tussen mannen en vrouwen met een bepaald depressie beloop gedurende de onderzoeksperiode niet zijn veranderd. Deze drie-weg interacties vonden we wel voor persoonlijke kenmerken als leeftijd, partner status, urbanisatiegraad en de aanwezigheid van chronische aandoeningen. Dit betekent dat een ongunstig depressiebeloop in combinatie met een hogere leeftijd, of het missen van een partner, of het wonen in stedelijk gebied na verloop van tijd ongunstig is voor het in stand houden van het persoonlijke sociale netwerk. De verhoogde kans op eenzaamheid bij ouderen met een chronisch verloopende depressie benadrukt naar ons oordeel de noodzaak interventies te kiezen die mogelijkheden tot sociale participatie bevorderen.

Depressiebeloop en de uitwisseling van sociale steun op de langere termijn (hoofdstuk 6)

In het onderzoek dat wordt beschreven in dit hoofdstuk onderzochten we de relatie tussen het natuurlijk beloop van een depressie bij ouderen de uitwisseling van sociale steun over een periode van 13 jaar. Ook waren we benieuw of een verband tussen depressiebeloop en uitwisseling van sociale steun beïnvloed wordt door demografische factoren. Voor deze studie werd wederom gebruik gemaakt van data van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). De gebruikte onderzoeksmethode komt overeen met de methodiek die werd beschreven in hoofdstuk 4.

Depressiebeloop was ook hier de onafhankelijke variabele. Het concept 'uitwisseling van sociale steun' werd geoperationaliseerd door gebruik te maken van vier afhankelijke variabelen, te weten: gekregen en gegeven emotionele steun, en gekregen en gegeven instrumentele steun. Voorts werden de demografische factoren geslacht, partner status en leeftijd als covariaat in de analyses betrokken. Op basis van het onderzoek naar de invloed van depressiebeloop op netwerk grootte verwachtten we ook hier als hoofdeffect een vermindering van gekregen en geleverde emotionele en instrumentele steun te vinden bij ouderen met een ongunstig depressie beloop. Deze verwachting bleek echter alleen uit te komen met betrekking tot ontvangen instrumentele steun bij ouderen met een chronisch depressiebeloop. Er bleek geen significant verband te bestaan tussen depressiebeloop en veranderingen in ontvangen en gegeven emotionele steun en gegeven instrumentele steun. Met behulp van de GEE analyse techniek onderzochten we ook drieweg interacties tussen de gekozen demografische kenmerken, depressiebeloop en tijd en de invloed hiervan op de afhankelijke variabelen. We vonden een interactie-effect van partner status met depressiebeloop en tijd voor emotionele steun (ontvangen en gegeven) en voor instrumentele steun (ontvangen). Het geslacht van de ouderen in het onderzoek bleek te interacteren met depressiebeloop en tijd in relatie met ontvangen emotionele steun en gegeven instrumentele steun. Meer specifiek bleken vooral ouderen met een chronisch depressiebeloop zonder partner, of van het mannelijk geslacht, emotionele steun te verliezen. Ouderen zonder partner verloren eveneens instrumentele steun. Het vermogen emotionele en instrumentele steun uit te wisselen kan als vitaal aspect van het ouder worden beschouwd. De resultaten van deze studie kunnen worden gebruikt als legitimering voor de ontwikkeling van op maat gesneden interventies gericht op het conserveren van sociale netwerken van ouderen en het handhaven van een wenselijk niveau van uitwisseling van sociale steun.

Een depressieve stoornis kan een bedreiging vormen voor de uitwisseling van steun, vooral als de depressieve stoornis een chronisch karakter krijgt. Om deze redenen is het wenselijk krachtig in te zetten op geïndiceerde en zorggerichte depressiepreventie, bestaande uit voorlichting, een gericht cursus aanbod en gespreksgroepen (Cuijpers & Willemsse, 2005).

METHODOLOGISCHE OVERWEGINGEN

De onderzoeksresultaten die in dit proefschrift werden gepresenteerd zijn gebaseerd op drie klinische studies, waaronder een N=1 studie en twee cross-sectionele kwantitatieve onderzoeken (hoofdstukken 2 tm 4) en twee cohort studies (hoofdstukken 5 en 6) die binnen de Longitudinal Aging Studie Amsterdam (LASA) werden uitgevoerd.

Voor zover we hebben kunnen nagaan werd de zorgbehoefte van thuis wonende ouderen met een depressieve stoornis niet eerder op deze schaal onderzocht.

Het gebruik van de Camberwell Assessment of Needs for the Elderly (CANE) gaf de mogelijkheid om naast het in kaart brengen van de zorgbehoefte van de patiënt ook de ingeschatte zorgbehoefte door mantelzorgers en behandelstaf vast te stellen. Dit is een belangrijk voordeel van de CANE. Het biedt hulpverleners en patiënten de mogelijkheid om over discrepanties in de waargenomen zorgbehoeften in gesprek te gaan, met als doel een gemeenschappelijk gedragen koers uit te zetten in de behandeling. Twee van de klinische studies hebben een cross-sectioneel design en waren beschrijvend van aard. Beschrijvende studies zijn van belang om te documenteren met welke frequentie of in welke omvang een specifieke situatie voorkomt, of samenhang vertoont met variabelen binnen de gegeven onderzoekscontext (9). Cross-sectionele designs hebben echter als belangrijke beperking dat geen causale verbanden kunnen worden vastgesteld. Er kan dus niet worden gesteld dat zorgbehoefte wordt veroorzaakt door een depressieve stoornis, wel dat er samenhang is. Meer onderzoek is nodig om de veronderstelde reciproke relatie tussen onvervulde zorgbehoefte en depressie te doorgronden.

Voor de twee cohort studies in dit proefschrift zijn LASA data gebruikt. Beide studies hebben een longitudinaal design, waarbij het depressie beloop als onafhankelijke (predictor) variabele in de analyses is opgenomen en aspecten van sociale participatie als afhankelijke variabelen werden gebruikt. Een belangrijk voordeel van de LASA studie is de mogelijkheid over een langere tijd (5 metingen gedurende 13 jaren) verbanden tussen de gekozen predictor variabele 'depressie-beloop' en de verschillende afhankelijke variabelen die zijn gebruikt in de hoofdstukken 5 en 6, vast te stellen. Voor de predictor variabele 'depressie-beloop' geldt dat deze is afgeleid van de resultaten van 14 metingen in een LASA neven studie tussen T0 en T3 bij dezelfde LASA sub sample als waarop de twee cohort studies in deze thesis zijn gebaseerd.

Aandachtspunt bij longitudinale studies is de uitval van respondenten. De belangrijkste reden voor uitval in LASA is overlijden, gevolgd door weigering of het niet geschikt zijn deel te nemen door frailty (10). Weigering tot deelname bleek geen verband te houden met demografische factoren of persoonlijke kenmerken zoals een lichamelijke of psychische aandoening. Er zijn verschillende manieren om met uitval om te gaan (10). Wij hebben er voor gekozen de GEE techniek te gebruiken om data te analyseren en op de plaats van de missing data geen alternatieve variabele waarden te imputeren, daar dit bij de toepassing van de GEE analyse mogelijk een beter resultaat geeft dan een van de imputatie methoden toe te passen (11).

CONCLUSIES

Het belangrijkste doel van dit proefschrift kennis te verwerven over de gevolgen van een depressie bij ouderen zich uitend in onvervulde zorgbehoefte en veranderingen in de sociale participatie mogelijkheden van ouderen. Disseminatie van de verworven kennis is van belang voor verbetering van de kwaliteit van individuele patiëntenzorg en voor de ontwikkeling van evidence based nursing interventions. Op beide mogelijkheden ga ik kort in.

Verbetering van de kwaliteit van individuele patiëntenzorg.

Naar mijn oordeel kunnen de resultaten van deze thesis hulpverleners in de huisartsen zorg, basis GGZ en gespecialiseerde GGZ bewust kan maken van het belang naast diagnostiek gericht op de depressie ook systematisch onderzoek te verrichten naar zorgbehoefte en aspecten van sociale participatie gerelateerd aan de depressie. De aldus verworven kennis kan de aanzet vormen tot de toepassing van interventies die gericht zijn op preventie van depressie of het voorkomen van een chronisch beloop van depressie. Systematisch zorgbehoefteonderzoek kan ook beschouwd worden als een diagnostische interventie binnen het domein van de GGZ verpleegkunde. Het kan verpleegkundigen faciliteren in kaart te brengen waar het zelfmanagement van oudere zorgvragers tekort schiet. Tot slot kan uit de resultaten van een van de deelonderzoeken worden afgeleid dat overeenstemming over zorgbehoefte tussen hulpvragers met depressieve klachten en hulpverleners of mantelzorgers niet vanzelfsprekend is. Het gebruik van instrumenten om zorgbehoefte te objectiveren wordt om deze reden aanbevolen. De CANE die speciaal voor gebruik bij oudere zorgvragers is ontwikkeld, biedt hiervoor uitstekende mogelijkheden. Het onderkennen van reciproke relaties tussen zorgbehoefte en depressie is van belang om bij stagnerende depressie behandeling op het spoor te komen van 'depressie onderhoudende factoren' in de vorm van onvervulde zorgbehoefte (unmet needs). Verder wetenschappelijk onderzoek zal moeten uitwijzen of en in welke mate het vervullen van onvervulde zorgbehoefte bijdraagt aan depressie herstel of het voorkomen van een chronisch depressie beloop.

De ontwikkeling van verpleegkundige interventies.

Systematisch zorgbehoefte onderzoek bij depressieve ouderen is van belang om in bredere zin, dat is op populatieniveau, inzicht te krijgen in de zorgbehoefte van ouderen met een depressie. Kennis over zorgbehoefte en problemen die geassocieerd zijn met een depressie kan als bouwsteen dienen bij de ontwikkeling van (verpleegkundige) interventies waarvan de bruikbaarheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek kan worden aangetoond, of waaraan door de beroepsgroep een 'best-practice' status wordt toegekend. Verpleegkundige

Interventies in de GGZ kunnen zich richten op al de gebieden van de CANE, variërend van zeer praktische interventies ter ondersteuning van het dagelijks leven van de patiënt, tot interventies gericht op de bevordering van psychisch en sociaal functioneren van de patiënt. Juist doordat de CANE al deze gebieden bestrijkt is het een bijzonder geschikt instrument ter inventarisatie van zorgbehoeften bij de doelgroep van oudere patiënten met een depressie.

In de GGZ werkzame verpleegkundig specialisten kunnen een bijdrage leveren aan interventie onderzoek gebaseerd op probleem en zorgbehoefte inventarisatie, bijvoorbeeld door kwalitatieve evaluatie van de vorm, inhoud en bruikbaarheid van de ontwikkelde interventie door middel van case studie onderzoek. Na zorgvuldige ontwikkeling en eerste kleinschalige toetsing, kan de interventie in (quasi) experimentele vorm op effectiviteit worden getoetst. Voorafgaand aan de voorgestelde interventie-ontwikkeling op basis van zorgbehoeftenonderzoek op populatieniveau kunnen ouderen met een depressie (of een vermoeden daartoe) nu al profiteren van de resultaten van het voorliggende onderzoek. Systematisch zorgbehoeften onderzoek zou moeten worden opgenomen in (multi-disciplinaire) GGZ richtlijnen en daarnaast in bestaande en nieuw te ontwikkelen procedures in de eerste-lijnszorg om optimale zorg te kunnen garanderen aan patiënten die zorg ontvangen vanuit WMO-kaders. Dit biedt een goede basis voor de inzet van optimale zorg, zowel binnen de gemeentelijke zorg, de huisartsenzorg, en de basis- en gespecialiseerde GGZ.

REFERENCES

1. Gensichen J, Jaeger C, Peitz M, Torge M, G uthlin C, Mergenthal K, e.a. Health care assistants in primary care depression management: role perception, burdening factors, and disease conception. *The Annals of Family Medicine*. 2009;7(6):513–9.
2. Martire LM, Schulz R, Reynolds CF, Karp JF, Gildengers AG, Whyte EM. Treatment of Late-Life Depression Alleviates Caregiver Burden. *Journal of the American Geriatrics Society*. januari 2010;58(1):23–9.
3. Blazer DG, Sachs-Ericsson N, Hybels CF. Perception of Unmet Basic Needs as a Predictor of Depressive Symptoms Among Community-Dwelling Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2 januari 2007;62(2):191–5.
4. Rijksoverheid. Regeerakkoord - Rapport - Rijksoverheid.nl [Internet]. 2012 [geciteerd 13 oktober 2014]. Geraadpleegd van: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/10/29/regeerakkoord.html>
5. Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2010 [geciteerd 5 november 2014]; 1. Geraadpleegd van: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007297.pub2/pdf/standard>
6. Arvidsson H. Needs assessed by patients and staff in a Swedish sample of severely mentally ill subjects. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2001;55(5):311–7.
7. Hancock GA, Reynolds T, Woods B, Thornicroft G, Orrell M. The needs of older people with mental health problems according to the user, the carer, and the staff. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. september 2003;18(9):803–11.
8. Hoogendijk EO, Muntinga ME, van Leeuwen KM, van der Horst HE, Deeg DJH, Frijters DHM, e.a. Self-perceived met and unmet care needs of frail older adults in primary care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. januari 2014;58(1):37–42.
9. Polit DF, Tatano Beck C. *Designing and Conducting Quantitative Studies to Generate Evidence for Nursing. Nursing Research; Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. ninth edition. Philadelphia, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Tokyo: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p. 226.
10. Deeg DJH, van Tilburg T, Smit JH, de Leeuw ED. Attrition in the Longitudinal Aging Study Amsterdam. The effect of differential inclusion in side studies. *J Clin Epidemiol*. april 2002;55(4):319–28.

11. Twisk J, De Vente W. Attrition in longitudinal studies: how to deal with missing data. *Journal of clinical epidemiology*. 2002;55(4):329–37.