

Eerstelijns Programma voor Ouderenpsychiatrie (EPO): Achtergrond, implementatie en eerste ervaring

R.J.P. Coenen · A.J.P. Schrijvers · T.J. Heeren

Summary: A Primary Care Program in old age psychiatry: Background, implementation and first experiences. Since 1999, the GP has been assigned the role of the “gatekeeper of mental health care”. The aim of which is to treat as many mental problems as possible in primary health care. The generally complicated mental health problems in the elderly confront the GP with difficult diagnostic, treatment, and referral issues. Psychological problems are often masked by somatic complaints and rarely lead to referrals or adequate treatment. Many GPs use support programmes from second-line mental health care, yet nearly all these programs are executed by mental health care units for adults. In mid-western Utrecht, GPs have indicated a distinctive requirement for a support programme specifically aimed at elderly people with mental problems. The specific characteristics of elderly people, who are likely to develop somatic and psychiatric co-morbidity, and cognitive deterioration, require tailored support in primary care. The first results of a support programme for the elderly in primary care are encouraging. Further research will show whether the EPO has sufficient added value for both the GP and the patient to justify large-scale introduction.

Samenvatting Sinds 1999 is de huisarts door de overheid aangesteld als de “Poortwachter van de GGz”. De bedoeling hiervan is om zoveel mogelijk psychische problematiek in de eerste lijn te behandelen. De vaak ingewikkelde problematiek van ouderen vormt voor de huisarts een probleem bij diagnostiek, behandeling en verwijzing. Psychische problemen gaan vaak schuil achter somatische klachten en leiden zelden tot verwijzing of adequate behandeling. Veel huisartsen maken gebruik

van ondersteuningsprogramma's vanuit de tweedelijns GGz, maar bijna al deze programma's worden uitgevoerd door de gespecialiseerde GGz voor volwassenen. In middenwestelijk Utrecht bleek bij de huisartsen een duidelijke vraag te bestaan naar een ondersteuningsprogramma dat zich specifiek richt op ouderen met psychische problemen. De specifieke kenmerken van ouderen bij wie een grote kans bestaat op somatische en psychische co-morbiditeit en op cognitieve achteruitgang vragen om een op hen toegesneden ondersteuning in de eerste lijn. De eerste resultaten van een eerstelijns ondersteuningsprogramma voor ouderen zijn bemoedigend. Verder onderzoek moet uitwijzen of het EPO voor huisarts en patiënt voldoende toegevoegde waarde heeft om brede invoering te rechtvaardigen.

Keywords 1e lijn · ouderenpsychiatrie · ondersteuningsprogramma

Achtergrond

De Nederlandse overheid vindt om redenen van doelmatigheid en doeltreffendheid dat de wijze waarop het hulpaanbod is georganiseerd, moet aansluiten op de diversiteit in ernst van psychische stoornissen. Dat wil zeggen kortdurende en generalistische behandeling in de eerste lijn en langer durende en meer gespecialiseerde behandeling in de tweede lijn.¹ Deze zogenaamde echelonering vindt haar oorsprong in de Structuurnota van 1974.² Om het principe van echelonering te kunnen toepassen is het van belang dat de toegang tot een hoger echelon pas mogelijk is na verwijzing vanuit het lagere echelon. In 1999 werd daarom de huisarts door de overheid tot poortwachter van de tweedelijns GGz

R.J.P. Coenen (✉)
Altrecht GGz, Divisie Jeugd & Ouderen, Zeist

benoemd. Toegang tot de tweedelijns GGz is vanaf dat moment alleen nog mogelijk na verwijzing door de huisarts of de medisch specialist.³ Het doel is mensen met psychische problemen zolang mogelijk te behandelen in de eerste lijn en het aantal verwijzingen naar de duurdere tweedelijns GGz te verminderen. Nadat bleek dat huisartsen een professioneel ondersteuningskader missen dat het mogelijk maakt psychiatrische aandoeningen effectief in de eerste lijn te behandelen werden vanuit de tweedelijns GGz ondersteuningsprogramma's ontwikkeld.^{4,5} Ondanks dat de vaak ingewikkelde problematiek van ouderen voor de huisarts, meer nog dan bij jong volwassenen, een probleem vormt bij diagnostiek, behandeling en verwijzing, zijn de meeste ondersteuningsprogramma's gericht op jong volwassenen.⁶ Dit wordt weerspiegeld in de percentages GGz-consulten in de eerste lijn naar leeftijd: van alle consulten wordt slechts 7% gegeven ten behoeve van ouderen.⁷ In dit artikel worden de achtergrond en implementatie van en de eerste ervaringen met een ondersteuningsprogramma beschreven dat specifiek gericht is op de zorg voor ouderen, het zogenaamde Eerstelijns Programma Ouderenpsychiatrie (EPO). Het EPO wordt inmiddels in ruim 20 van de 42 huisartsengroepen (HAGRO's) in de regio middenwestelijk Utrecht uitgevoerd. Verantwoordelijk voor de uitvoering zijn medewerkers van het regionale Centrum voor Ambulante Ouderenpsychiatrie "de Es" van Altrecht, een GGz-instelling in de regio middenwestelijk Utrecht.

Waarom een eerstelijns ondersteuningsprogramma voor ouderen?

Voor de organisatie van een eerstelijns ondersteuningsprogramma voor ouderen zijn goede redenen. Ze hebben te maken, enerzijds, met de specifieke kenmerken van ouderen met psychische problemen, en anderzijds, met de problemen die de huisartsen hebben om daar adequaat mee om te gaan en de daaruit voortvloeiende vraag naar ondersteuning.

Kenmerken van ouderen met psychische problematiek

Evenals bij jongvolwassenen heeft een op de vier ouderen een psychische stoornis. De meest voorkomende psychische stoornissen bij ouderen zijn angst (10,4%), dementie (6,8%) en depressie (2,3%).^{8,9,10}

Specifieke kenmerken van deze groep zijn: [1] Hogere prevalentie van syndromen met cognitieve stoornissen (dementie, delier en amnesie); [2] Lichamelijke comorbiditeit; [3] Functionele veranderingen; [4] Levensfaseproblemen: vooral het wegvallen van maatschappelijke

rollen in de derde levensfase, en verandering van de eigen gezondheid en die van anderen in de vierde levensfase; [5] Grotere interindividuele variabiliteit.

De genoemde kenmerken maken dat de behandeling specifieke kennis en vaardigheden vereist. Hulpverleners dienen te beschikken over kennis betreffende de diagnostiek van de verschillende cognitieve stoornissen en ervaring te hebben met de differentiële diagnostiek met andere psychiatrische stoornissen. Daarnaast moet er een goede kennis bestaan op het gebied van de somatiek en functionele veranderingen bij veroudering. Farmacobeleid bij ouderen vereist kennis van de veranderingen die optreden in de gevoeligheid voor medicatie en interacties met andere geneesmiddelen. Kennis van de levenslooppsychologie vormt de basis voor de interpretatie van de invloed van psychosociale veranderingen. Ook moet bekend zijn welke veranderingen zich ten gevolge van veroudering voordoen in uitingsvorm, behandeling en beloop van algemene psychiatrische stoornissen.¹¹

Uit onderzoek blijkt dat de gemiddelde huisarts het vaak moeilijk heeft om bij ouderen met psychische problematiek vast te stellen wat er precies aan de hand is. Onderdiagnostiek en onderbehandeling van psychiatrische stoornissen bij ouderen in de eerste lijn komen hierdoor veel voor.^{12,13,14,15} Huisartsen behandelen weliswaar de meeste psychische problemen bij ouderen, maar in 80% van de consulten beperkt zich dit tot het voorschrijven van psychofarmaca.¹⁶ Helaas is de behandeling, wanneer die al gegeven wordt, vaak niet juist; zo krijgen veel ouderen met angstsymptomen in plaats van antidepressiva of psychotherapie, benzodiazepines, die kunnen leiden tot verwardheid en vallen.¹⁷ Daarnaast is gebleken dat slechts 8 à 16% van de ouderen met functioneel psychiatrische problematiek verwezen worden naar de gespecialiseerde GGz. Dat is tweemaal minder dan bij jongvolwassenen.¹⁴ Onnodig lijden, extra morbiditeit en stoornissen in de zelfredzaamheid zijn het gevolg. Dit leidt tot ondoelmatig gebruik van de gezondheidszorg c.q. hoge kosten voor de samenleving door onnodige verwijzingen naar de somatische zorg, te hoog en verkeerd gebruik van medicijnen, onnodige verzorging en verpleging.

Vragen, knelpunten en behoeften bij huisartsen in de zorg voor ouderen met psychische stoornissen

In de periode 1998 tot 2000 werden 36 van de 42 HAGRO's in de regio middenwestelijk Utrecht in het kader van het "Consultatieproject Geriatrie" bezocht door een team, bestaand uit vertegenwoordigers van de vier kernfuncties in de geriatrie, namelijk de sociale geriatrie, de klinische geriatrie, de ouderenpsychiatrie en de verpleeghuisgeneeskunde.¹⁸ De doelstelling

van deze bezoeken was tweeledig. Ten eerste informatie geven aan huisartsen over het zorgaanbod voor ouderen in de tweede lijn en ten tweede informatie vergaren over de vragen en knelpunten die huisartsen ervaren in de specialistische zorg voor ouderen. Voor dit tweede deel vulden 72 huisartsen een enquête in. Hieruit bleek dat 42% van hen moeite had met diagnostiek en behandeling van ouderen met een complex psychiatrisch beeld en 59% met ouderen die een gemengd somatische/psychiatrisch beeld hebben. Bovendien ondervond men dat bij deze groepen ook consultatie, verwijzing en overdracht van zorg ingewikkeld en tijdrovend is. De knelpunten in de geriatrische zorg in de huisartsenpraktijk die het meest genoemd werden, zijn:

1. Plotselinge escalatie van somatische en/of psychogeriatrische problemen, waardoor een patiënt acuut verpleging nodig heeft en familie en burens de huisarts onder druk zetten om snel iets te regelen.
2. Onvoldoende opnamemogelijkheden bij een acuut vastlopende situatie, waarna de zorg in de beleving van de huisarts op de eerste lijn wordt afgewenteld.
3. Wachtlijsten: als het Regionaal Indicatieorgaan (RIO) positief indiceert kan vervolgens de zorg niet toegevoerd worden door capaciteitstekort.
4. De huisarts ervaart gebrek aan tijd bij complexe problematiek.
5. De voorzieningen zijn te weinig transparant in hun functie en werkwijze.
6. Naast deze specifieke knelpunten gaven de huisartsen aan dat ze bovenal behoefte hadden aan een voor hen bekend aanspreekfiguur, waar ze terecht kunnen met vragen en problemen.

Het “Consultatieproject Geriatrie” in de regio middenwestelijk Utrecht bevestigt het beeld dat de huisarts aanzienlijke knelpunten ervaart bij de zorg voor oudere patiënten met psychische problemen. Ouderen met psychische problemen vertonen specifieke kenmerken, een adequate zorg voor deze mensen vergt specialistische kennis over diagnostiek, behandeling en doorverwijzingmogelijkheden, huisartsen hebben deze kennis in de regel niet, derhalve vragen ze ondersteuning vanuit de tweedelijns GGz voor ouderen.

Filosofie en opzet van het EPO

Op grond van bovenstaande uitkomsten werd in 2001 door de Ouderenpsychiatrie van Altrecht een ondersteuningsprogramma voor de eerste lijn ontwikkeld. Als inspiratiebron voor het ondersteuningsprogramma gold het “Hamilton-Wentworth HSO Mental Health Program” uit Canada dat al in 1994 van start ging.

Ondanks het feit, dat dit programma niet specifiek voor ouderen werd ontwikkeld, spraken de achterliggende filosofie, de opzet en de aan het programma gekoppelde evaluatie bijzonder aan. De filosofie achter dit programma is dat er in de eerste - en tweedelijns GGz een gezamenlijk gevoel van verantwoordelijkheid moet worden gecreëerd door een reguliere structuur van samenwerking en communicatie tussen eerste en tweede lijn. In het Hamilton-Wentworth Programma werd dit gerealiseerd door het koppelen van vaste counselors (Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen / maatschappelijk werkers) en psychiaters uit de gespecialiseerde GGz aan huisartsenpraktijken. De resultaten van het Hamilton-Wentworth Programma zijn veelbelovend: de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de eerstelijns GGz verbeterde sterk terwijl tegelijkertijd het aantal verwijzingen naar de gespecialiseerde (klinische) GGz met 45% werd gereduceerd. Reductie van het aantal verwijzingen naar de gespecialiseerde (klinische) GGz is overigens geen doelstelling voor oudere patiënten omdat het aantal verwijzingen naar de gespecialiseerde GGz bij ouderen veel lager ligt dan bij jongvolwassenen terwijl er tegelijkertijd aanwijzingen zijn dat er bij ouderen sprake is van onderdiagnostiek en onderbehandeling. De tevredenheid over het programma bij patiënten en hulpverleners is groot.¹⁹

In navolging van het Hamilton-Wentworth Programma vormt ook in het EPO de koppeling van een vaste Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) en consulterend psychiater/sociaal geriater aan een HAGRO de basis van het programma. Deze zijn werkzaam in de ambulante GGz voor ouderen en kunnen een schakelfunctie vervullen tussen de huisarts en tweedelijns GGz voor ouderen. De verwachting is dat hierdoor het proces van indicatie en verwijzing van huisarts naar de tweedelijns GGz voor ouderen soepeler en gericht verloopt. De SPV en de arts ondersteunen de huisartsen bij hun GGZ-taken voor ouderen en werken samen op basis van stoornisgerichte zorgprogramma's. Dergelijke zorgprogramma's worden zo ingericht dat de huisarts er in eerste instantie zo veel mogelijk zelfstandig in kan voorzien, maar dat de gespecialiseerde GGz elementen kan toevoegen of de zorg zonodig tijdelijk kan overnemen. De activiteiten van de SPV en consulterend arts worden in de huisartsenpraktijk of bij de patiënt thuis uitgevoerd. De reden om de interventie op HAGRO-niveau te implementeren is er een van “economy of scale”. In een individuele huisartsenpraktijk bestaat er relatief gezien te weinig ondersteuningsvragen. Hierdoor is het niet haalbaar om op efficiënte wijze voor iedere afzonderlijke huisartsenpraktijk ondersteuning op te zetten. In het ondersteuningsprogramma wordt het volgende aanbod geleverd:

Scholing, training en casuïstiekbespreking, gericht op diagnostiek en behandeling van psychiatrische en ernstige psychosociale problematiek.

Consultatie per telefoon en/of e-mail met de psychiater, sociaal geriater.

Consultatie in de huisartsenpraktijk met of zonder patiënt.

Liaisonverpleegkundige in de vorm van een SPV'er die de contacten tussen de HAGRO en de tweedelijns GGz onderhoudt.

Korte behandeling ter voorkoming van verwijzing, maximaal 3 tot 5 gesprekken.

Voor het EPO werden de volgende doelstellingen geformuleerd:

1. Betere patiëntuitkomsten bij ouderen met GGz problematiek gemeten naar de algemene gezondheidstoestand, de ervaren gezondheidsverandering en het sociaal functioneren.
2. Verbeterde diagnostiek bij huisartsen op het vlak van psychische problematiek bij ouderen.
3. Een gericht behandel- en verwijsgedrag van huisartsen bij ouderen met psychische problematiek.
4. Een door de huisarts als voldoende ervaren ondersteuning vanuit de tweedelijns GGz.
5. Een betere bereikbaarheid en toegankelijkheid van het GGz-aanbod voor ouderen.
6. Grotere tevredenheid bij patiënten over de totale keten van eerste en tweedelijns GGz.

Door middel van onderzoek zullen deze doelstellingen worden geëvalueerd: Het onderzoek richt zich op de zorgverlening aan ouderen van 60 jaar en ouder met mogelijke psychische problemen zoals die zich voordoet in de huisartsenpraktijken van vier HAGRO's in de regio Middenwestelijk Utrecht. Gekozen is voor een pretest posttest-design met een nulmeting T0 (care as usual) en een effectmeting T2 (zorgverlening in de huisartsenpraktijk na invoering van het EPO). Door middel van vragenlijsten en gestructureerde interviews worden data verzameld op de kwaliteitsdimensies structuur, proces en uitkomsten. Dataverzameling vindt plaats bij patiënten, huisartsen en EPO-medewerkers. Het resultaat van de studie wordt bepaald door het meten van statistisch significante en relevante verschillen tussen T0 en T2. De nulmeting (T0) heeft van januari tot juli 2002 plaatsgevonden. De implementatie van het integratieprogramma heeft conform planning plaatsgevonden. Middels een aparte meting (T1) is getoetst of het EPO ook daadwerkelijk operationeel was. De effectmeting (T2) is van start gegaan in januari 2004 en is in december 2004 afgerond. In 2005 zullen de eerste onderzoeksgegevens geanalyseerd worden, de eerste publicaties staan gepland voor 2006. Het onderzoek wordt uitgevoerd

door het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschap en Eerstelijnszorg van het Universitair Medisch Centrum Utrecht en het Nederlands Kenniscentrum Ouderenspsychiatrie (*De volledige onderzoeksopzet kan bij het Nederlands Kenniscentrum Ouderenspsychiatrie aangevraagd worden www.ouderenspsychiatrie.nl*).

Implementatie van en eerste resultaten van het programma tot nu toe

Halverwege 2002 startte het EPO in vier HAGRO's, te weten in Doorn, IJsselstein, Wijk bij Duurstede en Utrecht. In het programma werken vier SPV'en, twee psychiaters en twee sociaal geriateren die werkzaam zijn bij het regionale ambulante centrum voor ouderenspsychiatrie "De Es". Aan het programma is een programmacoördinator en een onderzoeksmedewerker verbonden. De inzet van de medewerkers werd in eerste instantie gefinancierd uit de regeling consultatiegelden.²⁰ Instellingen uit de tweedelijns GGz werden hiermee in staat gesteld tijd te investeren in het overdragen van hun specialistische kennis en vaardigheden aan hulpverleners in de eerste lijn. In de regio middenwestelijk Utrecht verliep dit via het project "Versterking van de eerste lijn in de geestelijke gezondheidszorg (GGz)". Het project was een initiatief van Altrecht, de districthuisartsenvereniging (DHV) en het Zorgkantoor. Door dit project werd de versterking van de eerste lijn in de regio op gecoördineerde wijze uitgevoerd. Medio 2002 was het project in de regio uitgegroeid tot 24 deelprojecten, waarvan het EPO er één was. Op dat moment waren er 60 tweedelijns GGz medewerkers betrokken bij deze

Tabel 1 Overzicht verwijsstromen [Figures of referrals]

	Start EPO		
	Periode 07-2001 t/m 06-2002	Periode 07-2002 t/m 06-2003	Periode 07-2003 t/m 06-2004
1. Verwijzingen huisarts direct naar tweedelijns GGz	142	163	153
2. Verwijzingen huisarts naar EPO		145	143
3. Verwijzingen vanuit EPO naar tweedelijns GGz		21	27
4. Totaal aantal verwijzingen naar tweedelijns GGz (1 + 3)	142	184	180
5. Totaal aantal verwijzingen naar EPO en tweedelijns GGz (1 + 2)		308	296

projecten. Inmiddels is de projectfase afgerond. Alle ondersteuningsactiviteiten vanuit de tweedelijns GGz zijn in een productcatalogus beschreven en er is overeenstemming met de regionale ziektekostenverzekeraar bereikt over financiering die aansluit bij de reguliere productieparameters.

Op grond van analyse van de onderzoeksgegevens zullen de effecten van het EPO uitgebreid in kaart worden gebracht. Hier op vooruitlopend kan op basis van het productieregistratiesysteem al een eerste beperkte indruk worden gegeven over het gebruik van het EPO en het effect op de verwijfsstromen (zie tabel 1).

In tabel 1 worden de getotaliseerde verwijfscijfers weergegeven van 27 huisartsen die deelnemen aan het EPO onderzoek. Het EPO startte in juli 2002, om aan jaarcijfers te komen, lopen de perioden van juli t/m juni.

Met gemiddeld 144 verwijfsingen per jaar (2), lijkt het er op dat de huisarts het EPO ziet als een serieuze verwijfsmogelijkheid.

Het aantal patiënten dat vanuit het EPO naar de tweedelijns GGz voor ouderen wordt verwezen (3) is over twee jaar gemiddeld 24 (17%), dit kleine percentage doorverwijfsingen bewijft dat het EPO geen doorgeefluik is richting de tweedelijns GGz.

Het aantal directe verwijfsingen door de huisartsen naar de tweedelijns GGz voor ouderen (1) stijgt na invoering van het EPO gemiddeld met 16 verwijfsingen (11%). Het totale aantal verwijfsingen naar de tweedelijns GGz voor ouderen (4) na implementatie van het EPO stijgt gemiddeld met 40 verwijfsingen (28%). Uit het onderzoek zal moeten blijken of deze stijging is toe te schrijven aan een betere herkenning van psychische problematiek bij ouderen.

De toegankelijkheid van de totale keten aan eerste en tweedelijns GGz voor ouderen (5) is op grond van de verwijfscijfers ruim verdubbeld van 142 in de voormeting naar resp. 308 en 296 in de nameting. Alvorens verdere conclusies te trekken, zal eerst uit het onderzoek moeten blijken of de huisarts met de komst van het EPO zelf niet minder patiënten met psychische problemen is gaan behandelen.

Besluit

De eerste ervaringen met het EPO zijn positief, op grond van de nu beschikbare gegevens kunnen we stellen dat het EPO zonder al te veel problemen kon worden geïmplementeerd en dat de betrokken huisartsen het programma positief waarderen. Ook de medewerkers van het EPO zijn positief over het programma. Zij zien het als een uitdaging de huisarts zo te adviseren dat een verwijfsing naar de gespecialiseerde GGz niet nodig is. De

hulpvragen van de huisartsen worden als reëel ervaren, de huisartsen staan open voor adviezen en zijn vooral blij als er oplossingen worden aangedragen. De EPO-medewerkers zien het programma tevens als een welkome aanvulling op hun reguliere functie en merken dat er bij hen meer begrip ontstaat voor de situatie waarin de huisarts moet werken.²¹ Op grond van de onderzoeksresultaten zal moeten blijken of het programma op alle doelstellingen positief scoort en vooral of ook de zorginhoudelijke doelstelling van het EPO wordt behaald.

Literatuur

- Ministerie van VWS. Standpunt rapport Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. Kenmerk: GVM/2427878. Den Haag, 2003.
- Boot JM, Knapen MHJM. De Nederlandse Gezondheidszorg. Utrecht: Het Spectrum, 1994.
- Ministerie van VWS. Beleidsvisie GGz. Den Haag: Sdu uitgevers, 1999.
- Tiemens BG. Management of mental health problems in primary care. The doctor, the patient and the medical model. Wageningen: Ponsen & Looyen bv, 1999.
- Herbert H, Feltz-Cornelis C van der. Wat wil de huisarts: Inventarisatie van wensen van huisartsen ten aanzien van psychiatrische consulten in de praktijk. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 2004; 59: 205-213.
- Database Eerstelijnsprojecten Steunpunt Tussen de Lijnen. Nieuwsbrief "Tussen de Lijnen", nummer 19, februari 2004.
- Bremmer MA, Beekman ATF, Deeg DJH, Balkom AJLM van, Dyck R van, Tilburg W van. Angststoornissen bij ouderen: prevalentie en risicofactoren. Tijdschrift Psychiatrie 1997; 39: 634-648.
- Ott A, Breteler MMB, Birkenhäger-Gillesse EB, Harskamp F van, Koning I de, Hofman A. De prevalentie bij ouderen van de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie en dementie bij de ziekte van Parkinson; het ERGO-onderzoek. Ned Tijdschr Geneeskd, 1996; 140: 200-205.
- Beekman ATF, Deeg DJH, Tilburg TG van, Schoevers RA, Smit JH, Hooijer C, Tilburg W van. Depressie bij ouderen in de Nederlandse bevolking: een onderzoek naar de prevalentie en risicofactoren. Tijdschrift Psychiatrie 1997; 39: 294-308.
- Heeren TJ, Kat M en Stek ML. Handboek Ouderenpsychiatrie. Leusden: De Tijdstroom, 2001.
- Beer M de, Lange J de. Depressie bij ouderen. Een literatuuronderzoek ten behoeve van de preventiepraktijk in de AGGZ. Utrecht: NcGv-reeks 93-2, 1993.
- Gezondheidsraad. Advies in zake psychogeriatrische ziektebeelden; in het bijzonder dementie, depressie en delirium. Den Haag: Gezondheidsraad, 1988.
- Speer DC, Schneider MG. Mental Health Needs of Older Adults and Primary Care: Opportunity for Interdisciplinary Geriatric Team Practice. Clinical Psychology: Science and Practice 2003; 10: 85-101.
- Volkers AC, Nuyen J, Verhaak PFM, Schellevis FG. The problem of diagnosing major depression in elderly primary care patients. (in press), 2003.
- Depla MFIA. Filters in de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen, Tijdschr Gerontol Geriatr 1996; 27: 206-214.
- Smits C. Nationaal Kompas Volksgezondheid, GGz voor ouderen; Kort en bondig. Trimbos-instituut, 2004.

- Koning CC, Nieuwenhuis J. Verslag van “De HAGRO-bezoeken in het kader van het netwerk geriatrie Utrecht”, Zeist, 2000.
- Kates N, Craven M, Crustolo AM, Nikolaou L, Allen C. Integrating mental health services within primary care, A Canadian Program. Elsevier, *General Hospital Psychiatry* 1997; 19: 324-332.
- Verhaak PFM, Zantinge EM, Berg JF van den, Voordouw I. Drie jaar ervaring met de Consultatieregeling GGz ten behoeve van de eerste lijn. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2003; 58: 547-556.
- Coenen R. Ondersteuning van huisartsen in het begeleiden van ouderen met psychische problemen, *Denkbeeld* 2003; 6: 36-38.