

De prognose van depressieve 55-plussers in de huisartsenpraktijk: Om somber van te worden!

Els Licht-Strunk

Mevrouw Smit

Mevrouw Smit is 78 jaar en woont alleen. Bij haar is COPD, hypertensie en artrose vastgesteld, waarvoor ze een inhaler, antihypertensiva, een statine en af en toe paracetamol gebruikt. Daarnaast slikt zij al jaren slaappillen om beter te kunnen slapen. De laatste tijd komt ze nauwelijks haar huis nog uit. Ze loopt onzeker en is bang om te vallen. De kortademigheid neemt toe en zij heeft vaak pijn in haar rug en knieën. Alleen als haar dochter langskomt, maakt zij nog wel eens een ommetje buiten.

Mevrouw Smit vraagt een visite aan omdat zij last heeft van haar buik. Sinds een dag of twee heeft zij diarree en ze maakt zich ongerust. In het HIS zie ik dat ze in het afgelopen jaar vrijwel maandelijks contact had met onze praktijk met verschillende lichamelijke klachten. Tijdens de visite valt het me op dat mevrouw Smit er kwetsbaar en ongelukkig uitziet. Ze vertelt dat zij gisteren nog diarree had. Vandaag gaat het beter en heeft zij alleen nog wat buikkrampen. Bevindingen uit de anamnese en het lichamelijke onderzoek passen bij een virale gastroenteritis.

Ik vraag hoe het de laatste tijd in het algemeen met haar gaat. Mevrouw Smit vertelt dat zij zich eenzaam voelt. De kortademigheid en de pijn irriteren haar. Ze is snel moe. Tot voor kort ging ze naar bijeenkomsten voor ouderen, maar nu het taxibedrijf gestopt is, weet zij niet hoe ze er moet komen. Ze vindt het fijn als haar kinderen langs komen, maar ze wil hen niet tot last zijn. Zij zijn immers druk met hun eigen leven. Eigenlijk vindt ze het leven zo niet leuk meer.

Heeft mevrouw Smit een depressie? Komen haar moeheid door de COPD en haar slechte conditie door te weinig beweging? Of door het chronische benzodiazepinegebruik? Of toch door een depressie? Valt zij af door de COPD, of heeft zij een verminderde eetlust door een depressie?

Depressie bij ouderen in de huisartsenpraktijk

In onze dagelijkse praktijk zijn patiënten als mevrouw Smit niet ongewoon. Mensen maken een afspraak bij de huisarts omdat ze ergens last van hebben. Iemand kan komen met een lichamelijke klacht die later een uiting van een depressie blijkt te zijn. Een ander geeft zelf meteen al aan dat hij niet lekker in zijn vel zit of zich somber voelt.

Depressie is een aandoening die hoort bij het domein van de huisarts. Zo'n 90% van de depressieve mensen komt bij de huisarts en het grootste deel van hen wordt niet doorverwezen naar de tweede lijn.^{1,2} Depressie bij ouderen is om een aantal redenen een relevant probleem. De kwaliteit van leven neemt af en de sterfte neemt toe vergeleken met niet-depressieve ouderen.³⁻⁵ Depressieve ouderen doen vaker een beroep op medische zorg, waaronder huisartsenzorg, dan niet-depressieve ouderen.⁶ Depressie is een behandelbare aandoening.⁷⁻⁸ Het is daarom belangrijk om zo veel mogelijk depressieve ouderen te diagnosticeren, zodat zij een passende behandeling kunnen krijgen.

Depressie bij ouderen is echter een complex probleem. Over het algemeen praten ouderen minder makkelijk over depressieve gevoelens dan jongeren. Een dertiger komt nogal eens op het spreekuur met de vraag om een verwijzing naar een psycholoog, omdat hij zich wat depressief voelt en erachter wil komen wat de oorzaak daarvan is. Een depressieve zeventiger komt eerder met lichamelijke klachten naar het consult.⁹ Op oudere leeftijd is er daarnaast vaker somatische comorbiditeit. Dit kan het onderscheid tussen klachten door een depressie en door een somatische ziekte erg moeilijk maken, zoals de casus van mevrouw Smit illustreert. Bepaalde somatische aandoeningen, zoals een myocard infarct, CVA, diabetes mellitus en ziekte van Parkinson, gaan gepaard met een verhoogd risico op depressie. Deze aandoeningen komen vooral op oudere leeftijd voor. Tot slot kan het vinden van een optimale behandeling lastig zijn. Bij comedatie is het niet altijd mogelijk om antidepressiva voor te schrijven in verband met het risico op ongewenste interacties. Fysieke beperkingen kunnen een belemmering vormen voor ouderen om naar een GGZ-instelling te gaan voor een behandeling. Om nog maar te zwijgen over de angst voor een stigma wanneer de arts een psychiatrische diagnose stelt.

Tot nu toe is het meeste onderzoek naar depressie bij ouderen uitgevoerd onder ouderen in de tweede lijn of in de open bevolking. De meeste depressieve ouderen zien we echter in de eerste lijn. Genoeg redenen dus om te kijken hoe het staat met de zorg voor en prognose van deze patiëntencategorie.

In dit artikel geef ik een overzicht van de belangrijkste bevindingen uit mijn promotieonderzoek.¹⁰ Ik geef daarin antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

- Hoe vaak komt depressie voor bij 55-plussers die de huisarts bezoeken?
- Wat is de prognose van depressieve 55-plussers in de huisartsenpraktijk?
- Kunnen we factoren identificeren die het beloop van de depressie voorspellen?

Prevalentie

In ons onderzoek wilden we allereerst meer weten over de omvang van het probleem. Hoe vaak komt een depressie eigenlijk voor bij ouderen? Voor een antwoord op deze vraag screenen we een grote groep 55-plussers in West-Friesland en de regio Amsterdam op depressie. In totaal deden 58 huisartsen mee met het onderzoek: 17 uit verstedelijkt gebied en 41 van het platteland. We vroegen mensen van 55 jaar en ouder die de huisarts bezochten om de GDS-15 in te vullen. Het maakte hierbij niet uit wat de reden van

het consult was, dus ook mensen die zich niet meldden met psychische klachten deden aan ons onderzoek mee.

De GDS-15 is een screeningslijst met 15 items over somberheid in de afgelopen 4 weken.^{11,12} De lijst is onder andere gevalideerd voor gebruik in de huisartsenpraktijk.¹³ Bij een score van 5 of hoger is er sprake van depressieve klachten die klinisch relevant zijn.

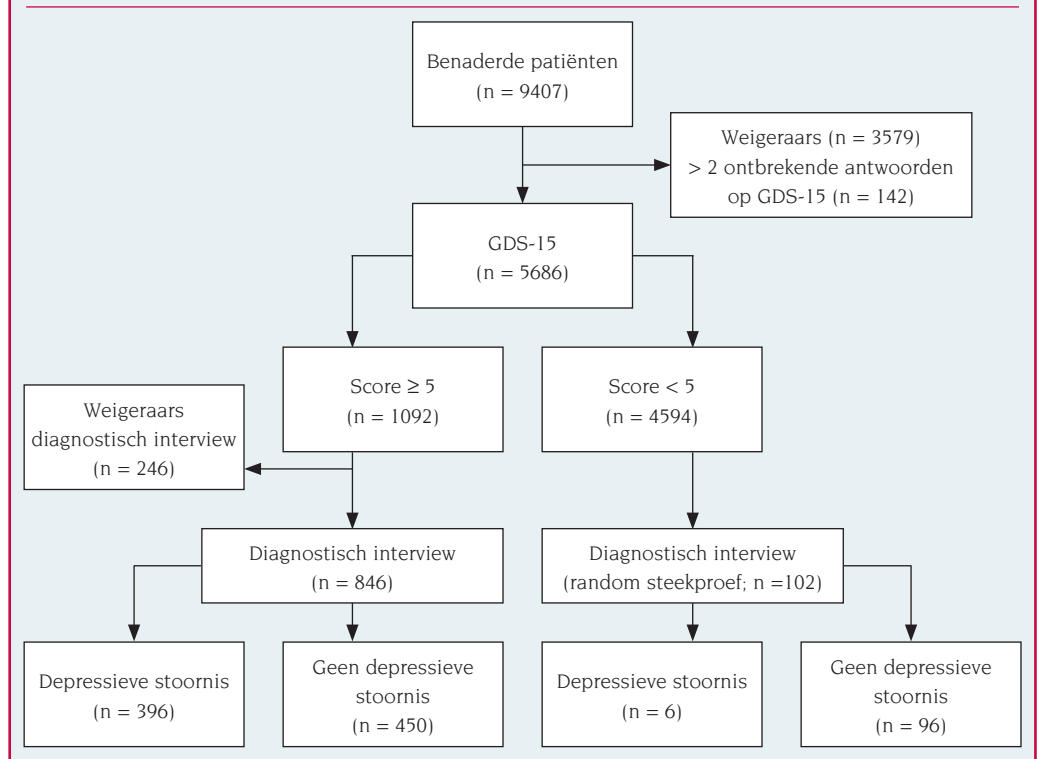
We nodigden mensen met een score van 5 of hoger binnen 2 weken uit voor een diagnostisch interview. Hiervoor gebruikten we de stemmingsmodule van de PRIME-MD. Deze vragenlijst vraagt de 9 DSM-criteria voor een depressieve stoornis uit. Er was sprake van een depressieve stoornis bij een score van 5 of hoger op de GDS-15 en een positieve uitkomst in het diagnostisch

interview. De mensen met een score van 5 of hoger op de GDS-15, maar met een negatieve uitkomst in het diagnostisch interview, definieerden we als mensen met een milde depressie.

Om te kunnen corrigeren voor fout-negatieve uitkomsten op de GDS-15 namen we bij een random steekproef van mensen met een score onder de 5 op de GDS-15 ook binnen 2 weken een diagnostisch interview af.

In totaal vulden 5686 mensen de GDS-15 in; bij 846 mensen namen we tevens een diagnostisch interview af (figuur 1). Hieruit

Figuur 1 Prevalentie van depressie. Stroomdiagram¹⁴



bleek dat 14% (95%-BI 8-20) van de 55-plussers die de huisarts bezochten een depressieve stoornis had. Daarnaast had nog eens 10% (95%-BI 8-12) een milde depressie. Dit betekent dat bijna 1 op de 4 55-plussers in de wachtkamer van de huisarts last heeft van somberheid. Het betrof vaker vrouwen en ze woonden vaker in de stad dan mensen zonder depressieve klachten. Van de mensen met een depressieve stoornis werd 23% behandeld met een antidepressivum.¹⁴

Samenvatting

Licht-Strunk E: De prognose van depressieve 55-plussers in de huisartsenpraktijk: Om somber van te worden! Huisarts Wet 2009;52(11):522-6.

Ons onderzoek naar de prevalentie en het beloop van depressie bij ouderen in de huisartsenpraktijk is een van de eerste op dit gebied. We namen bij 5686 55-plussers die de huisarts bezochten een depressiescreeningslijst af (de GDS-15) en nodigden hen bij een score van 5 of hoger uit voor een diagnostisch interview. Van deze groep had 14% een depressieve stoornis en 10% een milde depressie.

We volgden een deel van de 55-plussers met een depressieve stoornis gedurende drie jaar; zij werden om de zes maanden geïnterviewd aan de hand van gevalideerde vragenlijsten. De mediane duur van een depressieve stoornis bleek 18 maanden.

We zagen bij 35% van de deelnemers binnen een jaar herstel optreden, en bij 68% binnen drie jaar. Een op de drie mensen kreeg een behandeling tegen depressie.

Een slechtere prognose bleek samen te hangen met de volgende factoren: 1) een ernstigere depressie tijdens de nulmeting, 2) een positieve familieanamnese voor depressie en 3) functionele beperkingen.

De prognose is dus slecht en bij veel ouderen wordt de diagnose depressie niet of pas laat gesteld. De voorspellende factoren die we hebben geïdentificeerd kunnen in de toekomst mogelijk bijdragen aan het bieden van zorg op maat, waarbij mensen met een voorspelde slechtere prognose eerder starten met intensievere behandeling.

VU medisch centrum, EMGO Instituut, afdeling Huisartsgeneeskunde, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam; dr. E. Licht-Strunk, huisarts, epidemioloog.

Correspondentie: e.licht@vumc.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit onderzoek werd gesubsidieerd door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO, #904.57.127).

De kern

- ▶ Depressie op oudere leeftijd is een ernstig gezondheidsprobleem waarbij de kwaliteit van leven vermindert en het functioneren achteruit gaat.
- ▶ Van de 55-plussers in de wachtkamer van de huisarts heeft 14% een depressieve stoornis.
- ▶ Depressieve stoornissen hebben een slechte prognose bij deze groep mensen. Na drie jaar heeft eenderde van hen nog klachten.
- ▶ De volgende factoren voorspellen een slechtere prognose bij een depressieve stoornis: 1) ernstige depressie; 2) positieve familieanamnese voor depressie; 3) functionele beperkingen.

Prognose

Depressie bij 55-plussers komt dus veel voor in de huisartsenpraktijk. Maar alleen zo'n prevalentie zegt nog weinig. Voor een zinnige uitspraak over de relevantie van deze getallen moeten we weten wat de prognose van depressie bij hen is.

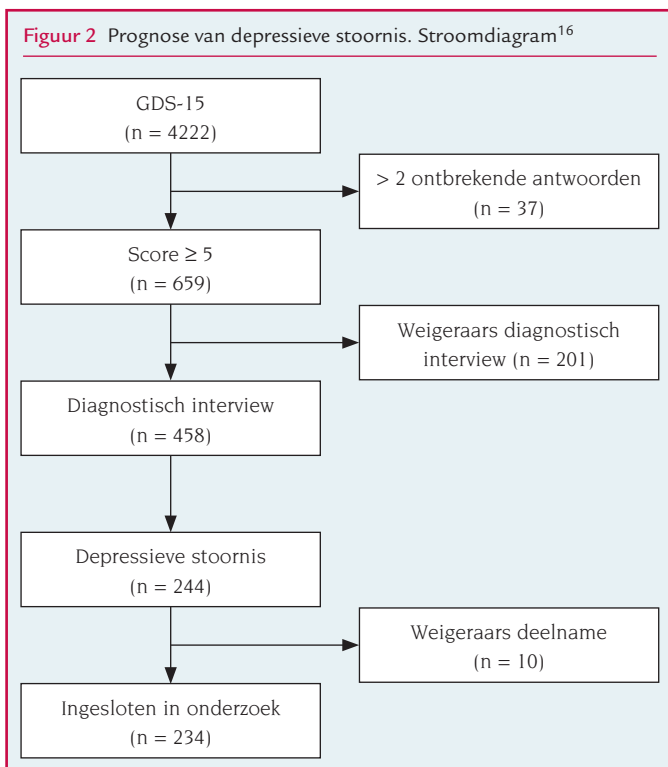
In een literatuuronderzoek vonden we slechts 4 cohortonderzoeken die in de eerste lijn waren uitgevoerd.¹⁵ De follow-up was 6 tot 12 maanden. Omdat we dit een wat beperkte opbrengst vonden, keken we ook naar onderzoeken die in de open bevolking waren uitgevoerd. Dit waren er 17, met een maximale follow-up van 10 jaar. Binnen 1 jaar herstelde 23 tot 51% van de depressieve ouderen. Bij 32 tot 54% duurde de depressie zelfs langer dan 3 jaar. Onderzoeken waarbij meer dan 2 opeenvolgende metingen in de tijd zijn gedaan, lieten zien dat depressie vaak een fluctuerend beloop heeft.

In ons eigen onderzoek interviewden we de deelnemers uit West-Friesland met een depressieve stoornis elk halfjaar, gedurende 3

jaar.¹⁶ Tijdens elke meting brachten we onder andere de ernst van de depressieve klachten in kaart. In totaal waren 234 55-plussers met een depressieve stoornis bereid om deel te nemen aan dit longitudinale deel van het onderzoek (figuur 2). In tabel 1 zijn een aantal karakteristieken van de deelnemers tijdens de nulmeting opgenomen. We gebruikten de gegevens van de 204 (87%) deelnemers met 2 of meer metingen voor de longitudinale analyses. Uitvallers waren wat ouder, maar er was geen verschil in ernst van depressie of andere karakteristieken. Herstel van depressie was gedefinieerd als het niet meer voldoen aan de DSM-criteria voor depressie én een score onder de 10 op de MÅDRS. Deze vragenlijst (score 0-60) is ontwikkeld om de verandering in ernst van depressieve klachten in de tijd te meten.^{17,18}

De mediane duur van een depressieve stoornis in ons cohort was 18 maanden (figuur 3); 35% van de deelnemers herstelde binnen een jaar en 68% binnen 3 jaar. Deze getallen zijn in overeenstemming met de uitkomsten van onderzoeken die we in het literatuuronderzoek gevonden hadden.¹⁵

De prognose van depressie bij ouderen lijkt dus slecht. Een van de argumenten die daarvoor aangedragen wordt, is dat depressie te vaak gemist zou worden. Als een diagnose niet gesteld wordt, vindt er geen behandeling plaats en kan de uitkomst slecht zijn. Dat lijkt een logische redenatie. Daarom vroegen we ons af wat de prognose was van mensen met een depressieve stoornis die niet door de huisarts gediagnosticeerd werd. Voor een antwoord op deze vraag analyseerden we de gegevens van deelnemers uit



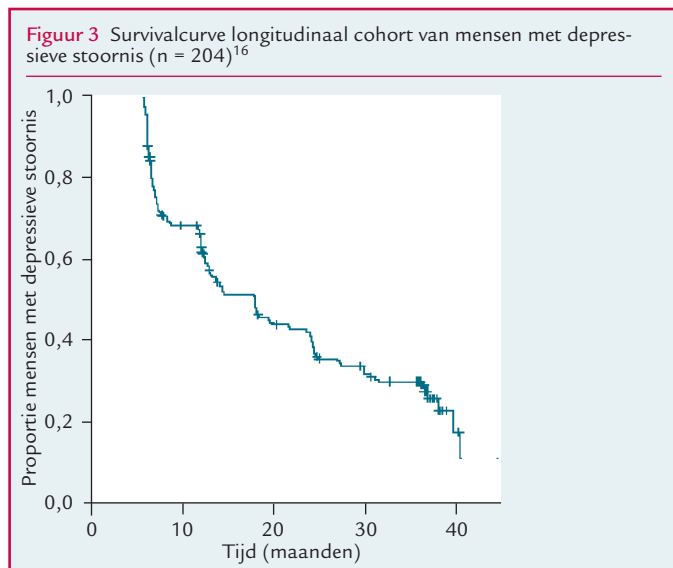
Tabel 1 Patiëntkenmerken van mensen met depressieve stoornis. Longitudinaal cohort (n = 234)¹⁶

	n	%	gemiddeld	sd
Demografie				
<i>Leeftijd</i>				
- 55-64	115	49		
- 65-74	73	31		
- 75 of ouder	46	20		
Vrouw	146	62		
<i>Opleidingsniveau</i>				
- laag (0-6 jaar)	73	31		
- midden (7-10 jaar)	146	62		
- hoog (>10 jaar)	15	6		
Alleenwonend	87	37		
Depressie				
MÅDRS; 0-60			19,6	7,8
PRIME-MD; 0-9			6,6	1,3
Depressie in familie	67	29		
<i>Eerdere depressieve episodes</i>				
- geen	22	10,2		
- één	41	19,0		
- meer dan één	153	70,8		
'Early-onset' depressie (<55 jr)	148	63		
Overig				
MMSE			26,7	2,8
Angststoornis	76	33		
<i>Chronische ziekten</i>				
- geen	30	13		
- één	66	28		
- meer dan één	138	59		
Functionele beperkingen; 0-100			40,8	13,2
<i>Depressie behandeling</i>				
- geen	141	60		
- antidepressiva	72	31		
- verwijzing	21	9		

een representatieve subgroep van praktijken.¹⁹ Het betreft een cohort met 73 deelnemers (tabel 2, op de website). Het bleek dat bij tweederde van hen (67%, 49 mensen) tijdens een jaar follow-up de diagnose depressie niet gesteld werd, en dus ook geen depressiebehandeling gestart werd. Na een halfjaar was 22% van hen hersteld, en na een jaar 37%. Dit betekent dat de depressieve stoornis na een jaar nog steeds aanwezig was bij tweederde van de deelnemers met een niet-gediagnosticeerde depressie. Deze percentages waren hetzelfde bij mensen die wel een diagnose en behandeling voor depressie hadden gekregen. Dit wil overigens niet zeggen dat behandeling niet effectief is; de depressies in deze herkende groep waren ernstiger. Deze bevinding bevestigden we met de analyses van de gegevens na 3 jaar: behandeling was geen voorspeller van de prognose, maar mensen die behandeld werden hadden wel ernstigere depressieve klachten.

Voorspellers van prognose

Het gaat dus niet goed met onze depressieve ouderen. Mogelijk kunnen we de prognose verbeteren door depressiebehandeling op maat aan te bieden. Op dit moment gebruiken richtlijnen geen prognostische variabelen bij behandelingsadviezen. Ik kan me echter voorstellen dat ik bij een depressieve oudere met een verwacht chronisch beloop eerder met een intensieve interventie wil starten, terwijl ik bij iemand met een verwacht gunstig beloop een wat meer afwachtend beleid ga voeren. Maar hoe weet ik nu wie een chronisch beloop zal hebben, en welke oudere mogelijk vanzelf ook wel gaat opknappen?



In ons cohort ouderen met een depressieve stoornis zijn we op zoek gegaan naar variabelen die het beloop voorspelden. We gebruikten de gegevens van de 204 deelnemers met een depressieve stoornis zoals in de vorige paragraaf beschreven. We onderzochten of de volgende variabelen het beloop voorspelden: leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, alleenwonend, chronische somatische comorbiditeit, comorbide angststoornis, verminderd cognitief functioneren (MMSE <24), de ernst van depressie tij-

dens de nulmeting, positieve familieanamnese voor depressie, eerste depressie voor het 55^{ste} levensjaar en de aanwezigheid van functionele beperkingen.¹⁶

We hebben eerst gekeken naar de verschillende individuele variabelen in univariate analyses. Vervolgens bouwden we een multivariaat model door de variabelen met de kleinste associatie te verwijderen (de zogenaamde handmatige achterwaartse analyse-methode). Uiteindelijk bleven slechts drie variabelen over in het beste multivariate model. Een slechtere prognose van depressie hing samen met:

1. een ernstigere depressie tijdens de nulmeting;
2. een positieve familieanamnese voor depressie;
3. functionele beperkingen.

Sterke en minder sterke punten van het onderzoek

Dit is een van de eerste onderzoeken waarin een grote groep depressieve ouderen in de huisartsenpraktijk gedurende een paar jaar is gevolgd.

We maakten daarbij gebruik van gevalideerde vragenlijsten, wat bij de diagnostiek van depressie voor- en nadelen heeft. Het voordeel is dat het gebruik van vragenlijsten aansluit bij de werkwijze van andere onderzoekers, waardoor we de uitkomsten kunnen vergelijken. Een nadeel is echter dat we hiermee de context van de patiënt buiten beschouwing hebben gelaten. In de dagelijkse praktijk neemt de huisarts deze context wel degelijk mee in het diagnostisch proces. Onze werkwijze sluit daardoor niet helemaal aan bij de dagelijkse praktijk.

Bij het onderzoeken van de prevalentie van depressie gebruikten we gegevens van deelnemers uit West-Friesland en de regio Amsterdam, waardoor we een representatief cohort mensen hadden uit stedelijke en niet-stedelijke gebieden. Het longitudinale cohort bestond echter alleen uit deelnemers uit West-Friesland. Daarbij waren onze deelnemers mobiel genoeg om naar de huisarts toe te komen. Mensen die de huisarts altijd thuis bezoekt waren ondervertegenwoordigd in ons onderzoek. Dit heeft uiteraard consequenties voor de generaliseerbaarheid van onze uitkomsten.

Een derde punt is dat wij mensen met een prevalentie depressie ingesloten hebben in ons onderzoek. We weten niet hoe lang zij de depressie al hadden. Het zou beter geweest zijn als we mensen met een nieuwe, dus incidente, depressie hadden kunnen insluiten. Dit was echter niet haalbaar omdat de insluitperiode van ons onderzoek dan veel langer had geduurd. En dan hadden we hen geen drie jaar meer kunnen volgen. Het is daardoor mogelijk dat we een oververtegenwoordiging hadden van mensen met een chronische depressie.

Mevrouw Smit, het vervolg

Uit het onderzoek blijkt dat depressie veel voorkomt bij ouderen die contact zoeken met de huisarts. Het is bekend dat zij deze klacht niet vaak zelf aan de orde stellen. Daarom bespreek ik met mevrouw Smit dat ik vind dat ze een sombere indruk maakt. We besluiten eerst te kijken

of we haar lichamelijke conditie kunnen optimaliseren. In een aantal weken bouwt zij haar slaappillen af. In overleg met de longarts start zij met een revalidatieprogramma bij de fysiotherapeut om haar conditie te verbeteren en haar te leren omgaan met de angst te vallen. Ze trekt de stoute schoenen aan en vraagt een kennis of zij met hem kan meerijden naar de bijeenkomsten voor ouderen. Hiermee is haar vervoersprobleem opgelost. We spreken af dat zij op vaste tijdstippen paracetamol gaat nemen tegen de pijn in haar rug en knieën, en niet pas op het moment dat zij veel last heeft. Tot slot vindt zij een vrijwilliger die haar om de twee weken thuis bezoekt en dan samen met haar een kopje thee drinkt of een ommetje maakt. Ze vindt het fijn om met deze vriendelijke vrouw naar de foto's uit haar verleden te kijken en mooie herinneringen op te halen.

Een aantal maanden later bezoek ik haar opnieuw. Ze ziet er nog steeds kwetsbaar uit en voelt zich vaak eenzaam. De dyspneu en de pijn zijn minder, maar niet over. Toch heeft zij wat meer zin in het leven en voelt zij zich minder vaak somber.

Hoe verder

Depressie bij ouderen in de huisartsenpraktijk: het lijkt een somber verhaal. De prevalentie is hoog, de prognose is slecht, en slechts een klein deel van de patiënten krijgt een depressiebehandeling. Maar ons onderzoek heeft ook een aantal mogelijkheden voor verbetering laten zien.

Allereerst lijkt het dat de herkenning te wensen overlaat. Een groot deel van de depressieve 55-plussers kreeg immers geen depressiebehandeling. De herkenning kan mijns inziens al verbeteren als wij als huisarts alerter zijn op de mogelijkheid van een depressie en ouderen vaker naar hun stemming vragen. Recent onderzoek in dit tijdschrift liet opnieuw zien dat het screenen van hoogrisicopatiënten te weinig oplevert.²⁰ De herkenning mag dan verbeteren, maar patiënten wilden vaak geen behandeling voor hun sombere stemming. Er bestaan diverse behandelingsopties voor depressie, maar mogelijk sluiten deze niet aan bij wat de patiënten zelf willen. Het is interessant om verder uit te zoeken waar dit aan ligt, en hoe we depressieve mensen beter kunnen benaderen. De casus van mevrouw Smit laat zien dat er naast expliciete depressiebehandelingen vaak ook andere mogelijkheden bestaan om de omstandigheden voor ouderen te verbeteren. Dit kan een positieve invloed op de stemming hebben.

Kortom, ik wil huisartsen oproepen om alert te zijn op de mogelijkheid van een depressie bij hun oudere patiënten. Ga de uitdaging aan om samen met hen te zoeken naar interventies die de stemming kunnen verbeteren. Eenvoudige oplossingen maken soms al een groot verschil en kunnen de kwaliteit van leven verbeteren. Deze manier van werken sluit goed aan bij ons generalistische vak.

Dankwoord

Het promotieonderzoek werd uitgevoerd onder begeleiding van dr. Harm W.J. van Marwijk, prof.dr. Marten de Haan en prof.dr. Aartjan T.F. Beekman.

We willen de huisartsen en patiënten die deelnamen aan ons onderzoek hartelijk danken voor hun medewerking.

Literatuur

- 1 Spijker J, Bijl RV, De Graaf R, Nolen WA. Care utilization and outcome of DSM-III-R major depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:19-24.
- 2 Verhaak PF, Schellevis FG, Nuijen J, Volkers AC. Patients with a psychiatric disorder in general practice: determinants of general practitioners' psychological diagnosis. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28:125-32.
- 3 Bruce ML, Seeman TE, Merrill SS, Blazer DG. The impact of depressive symptomatology on physical disability: MacArthur Studies of Successful Aging. *Am J Public Health* 1994;84:1796-9.
- 4 Gurland B. The impact of depression on quality of life of the elderly. *Clin Geriatr Med* 1992;8:377-86.
- 5 Penninx BW, Geerlings SW, Deeg DJ, Van Eijk JT, Van Tilburg W, Beekman AT. Minor and major depression and the risk of death in older persons. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:889-95.
- 6 Beekman AT, Deeg DJ, Braam AW, Smit JH, Van Tilburg W. Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychol Med* 1997;27:1397-409.
- 7 Baldwin RC, Anderson D, Black S, Evans S, Jones R, Wilson K, et al. Guideline for the management of late-life depression in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:829-38.
- 8 Van Marwijk H, Grundmeijer H, Bijl D, Van Gelderen M, De Haan M, Van Weel-Baumgarten E, et al. NHG-Standaard Depressieve stoornis. Eerste herziening. *Huisarts Wet* 2003;46:614-33.
- 9 Watts SC, Bhutani GE, Stout IH, Ducker GM, Cleator PJ, McGarry J, et al. Mental health in older adult recipients of primary care services: is depression the key issue? Identification, treatment and the general practitioner. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:427-37.
- 10 Licht-Strunk E. The prognosis of late-life depression in general practice. *Academisch proefschrift*. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2008.
- 11 Burke WJ, Roccaforte WH, Wengel SP. The short form of the Geriatric Depression Scale: a comparison with the 30-item form. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1991;4:173-8.
- 12 Sheikh JJ, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986;5:165-72.
- 13 Watson LC, Pignone MP. Screening accuracy for late-life depression in primary care: a systematic review. *J Fam Pract* 2003;52:956-64.
- 14 Licht-Strunk E, Van der Kooij KG, Van Schaik DJ, Van Marwijk HW, Van Hout HP, De Haan M, et al. Prevalence of depression in older patients consulting their general practitioner in The Netherlands. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:1013-9.
- 15 Licht-Strunk E, Van der Windt DA, Van Marwijk HW, De Haan M, Beekman AT. The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. *Fam Pract* 2007;24:168-80.
- 16 Licht-Strunk E, Van Marwijk HW, Hoekstra T, Twisk JW, De Haan M, Beekman AT. Outcome of depression in later life in primary care: longitudinal cohort study with three years' follow-up. *BMJ* 2009;338:a3079.
- 17 Hawley CJ, Gale TM, Sivakumaran T. Defining remission by cut off score on the MADRS: selecting the optimal value. *J Affect Disord* 2002;72:177-84.
- 18 Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-9.
- 19 Licht-Strunk E, Beekman ATF, De Haan M, Van Marwijk HWJ. The prognosis of undetected depression in older general practice patients. A one year follow-up study. *J Affect Disord* 2009;114(1-3):310-5.
- 20 Baas KD, Wittkamp KA, Van Weert HC, Lucassen P, Huyser J, Van den Hoogen H, et al. Screening op depressie in hoogrisicopatiënten levert te weinig op. *Huisarts Wet* 2009;6:269-74.