

ONDERZOEK

Prognose van depressie in de huisartsenpraktijk*

EEN DERDE VAN 55-PLUSSEERS NA 3 JAAR NOG NIET HERSTELD

Els Licht-Strunk, Harm W.J. van Marwijk, Trynke Hoekstra, Jos W.R. Twisk, Marten de Haan, Aartjan T.F. Beekman

- DOEL** Kennis opdoen over de duur van een depressieve episode, de kans op herstel en factoren die de prognose voorspellen bij depressieve 55-plussers in de huisartsenpraktijk.
- OPZET** Beschrijvend, cohortonderzoek.
- METHODE** 55-plussers die een van de 32 deelnemende huisartsenpraktijken in West-Friesland bezochten werden gescreend op de aanwezigheid van een depressieve stoornis met behulp van twee achtereenvolgende testen. We includeerden 234 deelnemers met een depressieve stoornis volgens DSM-IV criteria. Zij werden geïnterviewd tijdens de nulmeting en elke 6 maanden daarna, gedurende 3 jaar. De primaire uitkomstmaten waren tijd tot herstel en de kans op herstel op de verschillende meetpunten. Met behulp van multivariate regressieanalyses identificeerden we factoren die verband hielden met de prognose.
- RESULTATEN** De mediane duur van de depressie was 18 maanden (95%-BI: 13-23). 35% herstelde binnen 1 jaar, 60% binnen 2 jaar en 68% binnen 3 jaar. Er was een verband tussen het niet herstellen van de depressie enerzijds en een ernstigere depressie, een positieve familieanamnese voor depressie en de aanwezigheid van meer functionele beperkingen anderzijds. Het fysieke functioneren verslechterde tijdens de follow-up in de groep depressieve patiënten, maar niet in de groep herstelde patiënten.
- CONCLUSIE** Depressie bij 55-plussers in de huisartsenpraktijk heeft een slechte prognose. Variabelen die de prognose voorspellen kunnen vrij eenvoudig worden vastgesteld in de dagelijkse praktijk. Dit kan helpen om in een vroeger stadium intensievere depressiebehandeling aan te bieden aan mensen met het hoogste risico op een slechte prognose.

* Dit artikel is een bewerking van een artikel gepubliceerd in het *BMJ* (2009;338:a3079) met als titel 'Outcome of depression in later life in primary care: longitudinal cohort study with three years' follow-up'.
Afdrukt met toestemming.

VU Medisch Centrum en Vrije Universiteit,
EMGO+-Instituut, Amsterdam.
Afd. Huisartsgeneeskunde: dr. E. Licht-Strunk,
huisarts-epidemioloog; dr. H.W.J. van Marwijk,
huisarts-onderzoeker; prof.dr. M. de Haan,
huisarts.
Afd. Gezondheidswetenschappen:
drs. T. Hoekstra, gezondheidswetenschapper.
Afd. Epidemiologie en Biostatistiek:
prof.dr. J.W.R. Twisk, epidemioloog.
Afd. Psychiatrie: prof.dr. A.T.F. Beekman,
psychiater.
Contactpersoon: dr. E. Licht-Strunk
(e.licht@vumc.nl)

Ouderen met een depressie functioneren minder goed, hebben hoge zorgkosten en sterven eerder.¹⁻³ Daarnaast hebben zij een verhoogd risico op het krijgen van somatische aandoeningen, zoals cardiovasculaire ziekten en diabetes mellitus.^{4,5} Hoewel er effectieve behandelingen beschikbaar zijn,^{6,7} wordt de depressie vaak niet herkend en behandeld.⁸⁻¹⁰

Met de vergrijzing komen er meer depressieve ouderen. Door depressieve ouderen met een verhoogd risico op een slechte prognose te identificeren, kunnen we beschikbare middelen doelgericht inzetten. Aangezien de meeste ouderen contact hebben met hun huisarts, is de huisartsenpraktijk de meest relevante plaats voor verder onderzoek naar kenmerken van deze hoog-risicopatiënten.¹¹

Er is weinig bekend over de prognose van depressie bij ouderen in de huisartsenpraktijk.¹² In ons onderzoek volgden we depressieve 55-plussers gedurende 3 jaar, waarbij we keken naar de duur van de depressieve episode, de kans op herstel en factoren die het beloop voorspellen.

PATIËNTEN EN METHODEN

De West-Frieslandstudie is een cohortonderzoek naar depressie bij 55-plussers in de huisartsenpraktijk, met

een follow-up van 3 jaar. Hieraan namen 34 huisartsen uit 32 huisartspraktijken in West-Friesland deel. Van juni 2000-december 2002 benaderden wij 55-plussers die de huisarts bezochten voor deelname aan ons onderzoek. In twee stappen screenden wij hen op de aanwezigheid van een depressieve stoornis.

Onze methode is elders uitgebreid beschreven.¹³ Die komt in het kort neer op het volgende: we nodigden alle 55-plussers die de huisarts bezochten uit om de 'Geriatrische depressieschaal' met 15 items (GDS-15) in te vullen.^{14,15} Personen met een score van 5 of hoger nodigden we binnen 14 dagen uit voor een diagnostisch interview met de stemmingsmodule van de 'Primary care evaluation of mental disorders' (PRIME-MD), een vragenlijst die bestaat uit de 9 items in de DSM-IV.¹⁶ We includeerden alle mensen met een depressieve stoornis volgens DSM-IV-criteria, dus van niet-herkende depressies tot depressie met uitgebreide behandelingen in de tweede-lijn. De huisartsen werden niet op de hoogte gebracht van de uitkomsten van de screening. Getrainde interviewers bezochten de deelnemers elke 6 maanden, gedurende 3 jaar.

DEPRESSIE

Wij diagnosticeerden een depressieve stoornis met behulp van de stemmingsmodule van de PRIME-MD (score 0-9; 'depressieve stoornis' bij score 5 of hoger en de aanwezigheid van minimaal 1 kernsymptoom).¹⁶ Deze vragenlijst is ontwikkeld voor het diagnosticeren van een depressieve stoornis in de eerstelijns. Deze is eenvoudig toe te passen en het gebruik wordt aanbevolen door de NHG-standaard 'Depressieve stoornis'.¹⁷

De ernst en het beloop van de depressie registreerden we met de 'Montgomery Åsberg depression rating scale' (MÅDRS; score 0-60, afkappunt: 10). Deze schaal geeft een hogere score bij ernstigere klachten.^{18,19} Wij beschouwden de patiënt als hersteld als deze niet meer voldeed aan de diagnostische criteria voor depressieve stoornis én de score op de MÅDRS lager was dan 10.

POTENTIËLE VOORSPELLERS VAN HET BELOEP

Tijdens de nulmeting en na 1, 2 en 3 jaar namen we bij de deelnemers een gestructureerd interview af met gevalideerde vragenlijsten. We verzamelden gegevens over leeftijd, geslacht, leefomstandigheden, opleidingsniveau, comorbiditeit en medicatiegebruik. De vragenlijst over somatische comorbiditeit bevatte de volgende aandoeningen: longziekten, cardiovasculaire aandoeningen, perifere vaatlijden, diabetes mellitus, cerebrovasculaire aandoeningen, artrose en maligniteiten.²⁰

Met de 'Mini mental state examination' (MMSE) brachten we jaarlijks het cognitieve functioneren in kaart.^{21,22} Met de angstmodule van de PRIME-MD inventariseer-

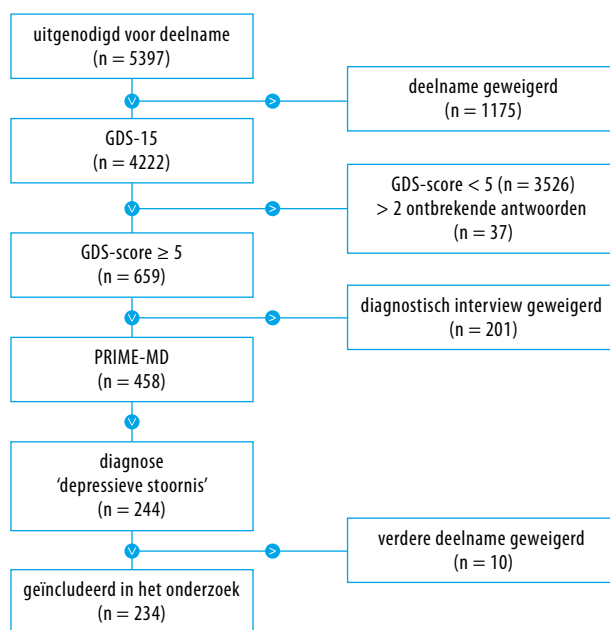
den we de aanwezigheid van een paniekaanval in de afgelopen maand.¹⁶ Tot slot gebruikten we de fysieke componentenschaal van de 'Medical outcomes study 36-item short-form general health survey' (MOS SF-36; score 0-100) om functionele beperkingen in kaart te brengen.^{23,24} Op deze schaal betekent een hogere score dat de patiënt beter functioneert.

STATISTISCHE ANALYSE

Duur van depressieve episode en de kans op herstel

Wij gebruikten de tijd vanaf de nulmeting tot herstel om de duur van de episode vast te stellen. De kans op herstel op de verschillende meetmomenten schatten we met behulp van de kaplan-meiermethode. We gebruikten hiervoor de gegevens van deelnemers met minimaal 2 metingen.

Potentiële voorspellers van het beloop Met cox-regressieanalyse identificeerden wij factoren die het beloop van depressie voorspelden. Allereerst bestudeerden we het verband tussen de mogelijke voorspeller en de uitkomst 'herstel van de depressie'. We maakten categorieën van determinanten die een niet-lineair verband hadden met de uitkomst. Vervolgens deden we een univariate regres-



FIGUUR 1 Stroomdiagram van een onderzoek naar depressieve stoornissen in de huisartsenpraktijk. Personen ouder dan 55 jaar die de huisartsenpraktijk bezochten werd gevraagd de 'Geriatrische depressieschaal' (GDS-15) in te vullen. Bij degenen die een score ≥ 5 hadden werd vervolgens de stemmingsmodule van de 'Primary care evaluation of mental disorders' (PRIME-MD)-vragenlijst afgenomen.

TABEL 1 Kenmerken van het cohort 55-plussers met een depressieve stoornis in de huisartsenpraktijk (n = 234)

kenmerk	gemiddelde (SD)	n (%) (n = 234)
demografie		
leeftijd in jaren	67 (8,6)	
55-64		115 (49)
65-74		73 (31)
≥75		46 (20)
geslacht		
♀		146 (62)
♂		88 (38)
opleidingsniveau (aantal jaren onderwijs)		
laag (0-6 jaar)		73 (31)
midden (7-10 jaar)		146 (62)
hoog (>10 jaar)		15 (6)
alleenwonend		87 (37)
depressie		
MÅDRS-score*	19,6 (7,8)	
PRIME-MD-score†	6,6 (1,3)	
depressie in familie		67 (29)
eerdere depressie		
geen		22 (10)
één		41 (19)
meer dan één		153 (71)
eerste depressie vóór het 55e levensjaar		148 (63)
overig		
MMSE-score	26,7 (2,8)	
paniekaanval in afgelopen maand		76 (33)
chronische somatische ziekten		
geen		30 (13)
één		66 (28)
meer dan één		138 (59)
functionele beperkingen‡	40,8 (13,2)	
behandeling depressie		
geen		141 (60)
antidepressiva op voorschrift huisarts		72 (31)
verwijzing naar tweedelij		21 (9)

MÅDRS = 'Montgomery Åsberg depression rating scale'; PRIME-MD = 'Primary care evaluation of mental disorders'; MMSE = 'Mini mental state examination'.

*Met de MÅDRS meet men de ernst en het beloop van een depressie. De schaal loopt van 0-60; bij ernstige klachten is de score hoog.

†Alleen personen met een score > 5 zijn meegeteld.

‡Op een schaal van 0-100.

sieanalyse met alle potentiële voorspellers. Determinanten die geassocieerd waren met de uitkomst ($p < 0,20$) stopten we in het multivariate regressiemodel. Handmatig verwijderden we één voor één de determinanten met de zwakste associatie met de uitkomstmaat, om zo tot het beste voorspellende model te komen. We toetsten het beste model met de log-likelihood-ratio-toets ($p < 0,10$). Naast de predictoren uit de nulmeting onderzochten we ook de verandering van determinanten in de tijd. We

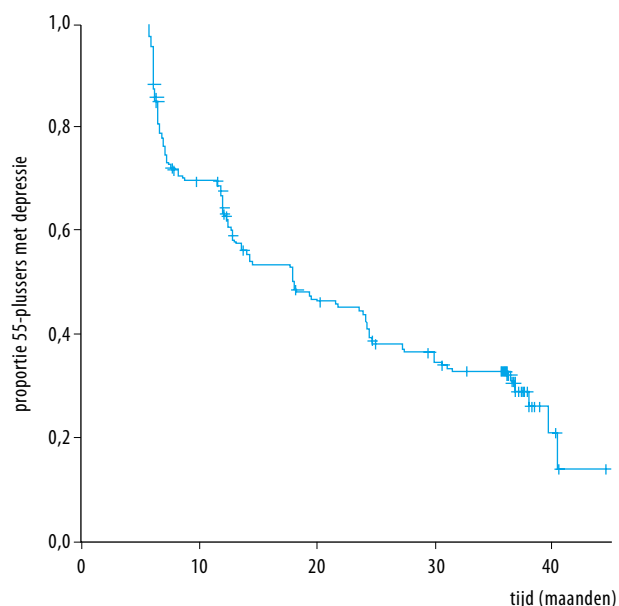
vergeleken veranderingen bij mensen die herstelden van de depressie met die bij mensen die niet herstelden.

RESULTATEN

Figuur 1 geeft de inclusie van patiënten in ons onderzoek weer. Van de 5397 personen die daartoe waren uitgenodigd vulden 4222 de GDS-15 in (78%). Mannen weigerden vaker dan vrouwen. We sloten 37 respondenten uit (1%), omdat zij meer dan 2 vragen niet hadden ingevuld. 659 respondenten (16%) scoorden boven het afkappunt. Van hen ging 70% procent (458 personen) akkoord met een diagnostisch interview. Er was geen verschil in leeftijd en geslacht tussen deelnemers en weigeraars. Bij 458 mensen werd een diagnostisch interview afgenomen; 244 van hen (53%) hadden een depressieve stoornis. Van deze groep namen 234 personen (96%) deel aan de nulmeting. Tabel 1 geeft de karakteristieken van de deelnemers weer.

Uitvallers De 30 personen die alleen de nulmeting ondergingen waren gemiddeld 4 jaar ouder (95%-BI: 0,8-7,4) dan de 204 deelnemers (87%) die meer dan één meting ondergingen. Deze twee groepen verschilden niet in andere patiëntkenmerken.

Duur depressieve episode en kans op herstel Figuur 2 toont de kaplan-meiercurve voor het herstel van de 204 deelnemers bij wie minstens 2 metingen waren verricht. De gemiddelde tijd tot herstel was 19 maanden (95%-BI: 17,5-21,2) en de mediane tijd tot herstel 18 maanden



FIGUUR 2 Kaplan-meiercurve van een cohort 55-plussers met een depressieve stoornis in de huisartsenpraktijk (n = 204).

(95%-BI: 12,8-23,1). In totaal was 35% van de deelnemers binnen 1 jaar hersteld (95%-BI: 28,3-42,0), 60% binnen 2 jaar (95%-BI: 53,0-67,7) en 68% binnen 3 jaar (95%-BI: 60,9-75,3).

Voorspellende factoren Met behulp van univariate cox-regressieanalyse vonden we 8 variabelen die een verband vertoonden met de tijd tot herstel ($p < 0,20$; tabel 2). In het multivariate model vonden we dat er een verband was tussen enerzijds het niet herstellen van een depressie binnen 3 jaar en anderzijds de ernst van depressie tijdens de nulmeting, een positieve familieanamnese voor depressie en meer functionele beperkingen.

Het cognitieve functioneren veranderde niet tijdens de follow-up (tabel 3). Slechts één deelnemer viel uit ten gevolge van ernstige cognitieve beperkingen en miste

daardoor het interview na 3 jaar. Bij de groep die depressief bleef namen de functionele beperkingen toe in de loop van de tijd, in tegenstelling tot bij de personen die herstelden.

Slechts 40% van de personen met een depressieve stoornis werd tijdens de nulmeting al behandeld voor een depressie; 31% gebruikte antidepressiva en 9% was verwezen naar de tweedelij (zie tabel 1). We vonden geen verband tussen behandeling en de kans op herstel. Mensen die tijdens de nulmeting al onder behandeling waren voor depressie hadden een ernstigere depressie dan degenen die nog niet behandeld werden.

Het aantal deelnemers dat een behandeling kreeg voor de depressie veranderde nauwelijks tijdens de follow-up. Na 3 jaar ontving slechts 37% van de patiënten in de depres-

TABEL 2 Potentiële voorspellende factoren voor het niet herstellen van een depressieve stoornis binnen 3 jaar bij een groep 55-plussers ($n = 204$); het verband tussen potentiële factoren en het niet herstellen werd geanalyseerd met univariate en multivariate cox-regressieanalyses

factor	univariate analyse hazardratio (95%-BI)	p-waarde*	multivariate analyse hazardratio (95% BI)	p-waarde
demografie				
leeftijd	1,02 (1,00-1,04)	0,14	–	–
geslacht (♀ versus ♂)	1,06 (0,75-1,52)	0,73	–	–
opleidingsniveau		0,33	–	–
gemiddeld versus laag	1,28 (0,88-1,89)	0,19	–	–
hoog versus laag	0,95 (0,49-1,85)	0,88	–	–
alleenwonend (ja versus nee)	1,32 (0,91-1,89)	0,15	–	–
comorbiditeit (somaatich en psychiatrisch)				
chronische somatische ziekten		0,41	–	–
één versus geen	1,22 (0,72-2,04)	0,46	–	–
meer dan één versus geen	1,39 (0,85-2,27)	0,19	–	–
angst (ja versus nee)	1,28 (0,88-1,85)	0,18	–	–
cognitieve beperking†	1,35 (0,79-2,27)	0,27	–	–
depressie				
MÅDRS-score‡	1,05 (1,03-1,08)	< 0,01	–	–
PRIME-MD-score‡	1,22 (1,06-1,41)	< 0,01	1,25 (1,08-1,45)	< 0,01
depressie in familie (ja versus nee)	1,30 (0,88-1,92)	0,19	1,45 (0,97-2,17)	0,07
eerste depressie vóór het 55e levensjaar	1,30 (0,90-1,89)	0,16	–	–
depressie behandeling (ja versus nee)	1,10 (0,77-1,57)	0,62	–	–
kwaliteit van leven				
functionele beperkingen	0,99 (0,98-1,00)	0,06	0,98 (0,97-0,99)	< 0,01

MÅDRS = 'Montgomery Asberg depression rating scale'; PRIME-MD = 'Primary care evaluation of mental disorders'; MMSE = 'Mini mental state examination'.

*P-waarden < 0,20 zijn rood afgedrukt. De 8 factoren met een p-waarde < 0,20 in de univariate analyse werden gebruikt in de multivariate analyse.

†Afgeleid uit de MMSE-score (≥ 24 versus < 24).

‡Alleen de PRIME-MD-gegevens werden voor de multivariate analyse gebruikt, aangezien er een sterke correlatie was tussen MÅDRS- en PRIME-MD-scores.

TABEL 3 Longitudinale gegevens van deelnemers aan een cohortonderzoek naar depressie bij 55-plussers in de huisartsenpraktijk (n = 204)*, onderverdeeld in een groep met een depressieve stoornis en een groep herstelde patiënten.

gegevens	toestand patiënt	bij nulmeting (n = 204)	na 1 jaar (n = 185)	na 2 jaar (n = 169)	na 3 jaar (n = 160)
MÅDRS-score; gemiddelde (SD)	depressieve stoornis	204 (100)	120 (65)	67 (40)	51 (32)
	hersteld	0 (0)	65 (35)	102 (60)	109 (68)
	depressieve stoornis	19,3 (7,9)	15,1 (7,6)	17,8 (8,0)	17,5 (7,1)
	hersteld	-	6,4 (4,2)	7,9 (6,1)	8,6 (6,2)
aantal patiënten met paniekaanval (%)	depressieve stoornis	68 (33)	17 (14)	13 (19)	9 (18)
	hersteld	-	6 (9)	6 (6)	13 (12)
MMSE-score; gemiddelde (SD)	depressieve stoornis	26,9 (2,6)	27,1 (2,7)	27,3 (2,6)	27,3 (2,2)
	hersteld	-	27,7 (1,9)	27,8 (2,2)	27,2 (2,3)
functionele beperkingen; gemiddelde (SD)	depressieve stoornis	41,7 (13,1)	40,3 (12,0)	37,8 (12,5)	37,2 (12,0)
	hersteld	-	44,0 (12,6)	42,1 (11,3)	43,0 (12,1)
behandeling depressie; n (%)	depressieve stoornis				
	geen	126 (62)	84 (70)	45 (67)	32 (63)
	antidepressiva	61 (30)	26 (22)	19 (28)	17 (33)
behandeling depressie; n (%)	hersteld				
	geen	17 (8)	10 (8)	3 (5)	2 (4)
	antidepressiva	-	46 (71)	79 (77)	83 (76)
overleden sinds nulmeting; n	geen	-	13 (20)	20 (20)	21 (19)
	antidepressiva	-	6 (9)	2 (3)	5 (5)
	verwijzing 2e lijn	-	2	4	9

MÅDRS = 'Montgomery Åsberg depression rating scale'; MMSE = 'Mini mental state examination'.

*Alleen patiënten bij wie minstens 2 metingen waren verricht werden meegeteld in deze tabel.

sieve groep een depressiebehandeling, vergeleken met 24% in de herstelde groep (zie tabel 3). Slechts een klein deel van de deelnemers werd verwezen naar de tweede-lijn. Dit laat zien dat de zorg voor depressieve ouderen met name plaats vindt in de eerstelijns.

BESCHOUWING

De prognose van depressie bij 55-plussers in de huisartspraktijk is slecht. De mediane duur van een depressieve episode was 18 maanden. Van de deelnemers was 35% was binnen een jaar hersteld, na 2 jaar 60% en na 3 jaar 68%. Slechts 40% van de deelnemers werd behandeld voor depressie tijdens de nulmeting. Dit is minder dan in de 'Netherlands mental health survey and incidence study' (NEMESIS). Volgens dat onderzoek werd 45% van de depressieve volwassenen in de algemene bevolking behandeld.²⁵ Onderbehandeling zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor de slechtere prognose onder ouderen. Op basis van onze resultaten kunnen we hier echter geen uitspraak over doen.

Voorspellers van prognose Er was een verband tussen een slechte prognose en de ernst van de depressie, een positieve familieanamnese voor depressie en de aanwezigheid van functionele beperkingen. Eerder onderzoek in de algemene bevolking vond dezelfde voorspellende factoren.¹² In de dagelijkse praktijk zijn deze factoren bij een patiënt eenvoudig vast te stellen. Zij zouden daarom een rol kunnen spelen bij het bieden van een depressiebehandeling op maat.

We zagen dat het fysieke functioneren in de loop der tijd verslechterde in de groep depressieve patiënten, maar niet in de groep herstelde patiënten. Dit werd ook in ander onderzoek gevonden; het bevestigt dat depressie een invaliderende aandoening is.²⁶ Een andere mogelijke verklaring kan zijn dat mensen met minder functionele beperkingen vaker herstellen van depressie.

Het is onduidelijk of er een verband is tussen depressie bij ouderen en cognitieve achteruitgang. Een aantal onderzoekers vond een verband,²⁷⁻²⁹ maar anderen niet.³⁰⁻³² Wij konden geen verband aantonen, bij de nulmeting (zie tabel 2) noch tijdens follow-up (zie tabel 3).

LEERPUNTEN

- **Depressie bij ouderen komt veel voor in de huisartsenpraktijk.**
- **Deze aandoening heeft grote invloed op het functioneren en de kwaliteit van leven.**
- **Depressie op hogere leeftijd heeft een slechte prognose.**
- **De ernst van de depressie, een positieve familieanamnese en de aanwezigheid van functionele beperkingen voorspellen een slechte prognose van de depressie.**

Slechts een klein deel van de deelnemers kreeg een behandeling wegens depressie. Dit komt overeen met bevindingen in eerder onderzoek.^{26,33} Wij vonden geen verband tussen behandeling en de prognose. Deelnemers die behandeld werden hadden echter tijdens de nulmeting een ernstigere depressie. Dit suggereert 'confounding by indication'.

Sterke punten en beperkingen Sterke punten van dit onderzoek waren het verzamelen van zowel diagnostische gegevens als gegevens over de ernst van depressie, de meerdere metingen in de tijd, de lange follow-up en de grote omvang van het cohort. We gebruikten een observationele onderzoeksopzet, zodat we inzicht konden krijgen in het klinische beloop van depressie in de dagelijkse praktijk, zonder dat we dit beïnvloedden met gestructureerde behandelprotocollen. Hierdoor zijn onze uitkomsten representatief voor de huisartsensetting.

Het includeren van personen die bij de nulmeting al een depressieve stoornis hadden (prevalente depressie) heeft een nadeel. Het beloop van een depressie is immers variabel, waardoor onze methode mogelijk geleid heeft tot inclusie van een relatief grote groep ouderen met een langdurige depressie. Het was echter onhaalbaar gedurende een bepaalde periode personen te includeren bij wie depressie optrad (incidente depressie), gezien de benodigde omvang van het startcohort en de lange follow-up. Door 55-plussers te screenen die bij de huisarts kwamen, ongeacht de reden van komst, selecteerden wij relatief vitale ouderen; zij konden immers zelf naar de praktijk komen. Degenen die uitvielen waren bovendien gemiddeld ouder. Ongeveer de helft van de deelnemers was jonger dan 65 jaar. Het is mogelijk dat we geen verandering in cognitief functioneren vonden (zie tabel 3) door een ondervertegenwoordiging van de oudste ouderen. Hoewel de leeftijd niet gecorreleerd was aan de prognose (zie tabel 2), verwachten wij dat ouderen kwetsbaarder zijn voor functionele achteruitgang. Uitval van de meest kwetsbare ouderen kan daardoor geleid hebben tot een

te optimistisch beeld van de werkelijke prognose van depressie bij ouderen.

De interviews vonden elke 6 maanden plaats. Het interval van 6 maanden kan geleid hebben tot een overschatting van de duur van de depressieve episode. We hadden geen informatie over hoe lang iemand al depressief was vóór afgaan aan de nulmeting. Dit leidde tot een onderschatting van de duur van de episode. Het voordeel van cox-regressieanalyse is dat men de gegevens kan gebruiken van alle personen bij wie minimaal 2 metingen zijn verricht. Bij deelnemers van wie een interview ontbrak was de follow-up echter korter dan 3 jaar óf het interval tussen de metingen langer dan 6 maanden. Dit kan de resultaten vertekend hebben.

Wij gebruikten zelfgerapporteerde gegevens over behandeling. Mogelijk schreven de huisartsen meer antidepressiva voor of verwezen zij meer patiënten dan de deelnemers zelf rapporteerden. Het voordeel van de zelfgerapporteerde data is echter dat dit een betere afspiegeling is van de werkelijk ontvangen behandeling.

CONCLUSIE

Onze resultaten laten zien dat de prognose van depressie bij ouderen in de huisartsenpraktijk slecht is. Diagnostische terughoudendheid en onderbehandeling zouden hier mogelijke verklaringen voor kunnen zijn. In een eerdere publicatie lieten wij zien dat de prognose van niet-herkende depressie slecht is. Na een jaar had tweederde van de patiënten met een niet-herkende depressie nog steeds een depressieve stoornis.¹⁰

Door patiënten te identificeren die een verhoogd risico hebben op een slechte prognose van de depressie kunnen we de zorg verbeteren. De voorspellende factoren die wij vonden zijn eenvoudig vast te stellen in de dagelijkse praktijk. Wanneer andere onderzoekers onze bevindingen bevestigen, kunnen deze voorspellers opgenomen worden in de richtlijnen. Mensen met een slechtere prognose kunnen op deze manier in een vroeger stadium een intensievere behandeling krijgen dan mensen met een betere prognose.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 10 september 2009

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2009;153:A743

➤ [Meer op www.ntvg.nl/onderzoek](http://www.ntvg.nl/onderzoek)

LITERATUUR

- 1 Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*. 1989;262:914-9.
- 2 Peytremann-Bridevaux I, Voellinger R, Santos-Eggimann B. Healthcare and preventive services utilization of elderly Europeans with depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2008;105:247-52.
- 3 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.
- 4 Bremmer MA, Hoogendijk WJ, Deeg DJ, Schoevers RA, Schalk BW, Beekman AT. Depression in older age is a risk factor for first ischemic cardiac events. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14:523-30.
- 5 Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2001;24:1069-78.
- 6 Chew-Graham CA, Lovell K, Roberts C, Baldwin R, Morley M, Burns A, et al. A randomised controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people. *Br J Gen Pract*. 2007;57:364-70.
- 7 Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Jr., Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288:2836-45.
- 8 Crabb R., Hunsley J. Utilization of mental health care services among older adults with depression. *J Clin Psychol*. 2006;62:299-312.
- 9 Young AS, Klap R, Sherbourne CD, Wells KB. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:55-61.
- 10 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;114:310-5.
- 11 Gilchrist G., Gunn J. Observational studies of depression in primary care: what do we know? *BMC Fam Pract*. 2007;8:28.
- 12 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.
- 13 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.
- 14 Sheikh JI YJ. Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*. 1986;5:165-72.
- 15 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.
- 16 Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, III, Hahn SR et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749-56.
- 17 van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Brueren MM, Sigling HO, Stolk J, van Gelderen MG, et al. NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie). *Huisarts Wet*. 1994;37:482-90.
- 18 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.
- 19 Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134:382-9.
- 20 Kriegsman DM, Penninx BW, van Eijk JT, Boeke AJ, Deeg DJ. Self-reports and general practitioner information on the presence of chronic diseases in community dwelling elderly. A study on the accuracy of patients' self-reports and on determinants of inaccuracy. *J Clin Epidemiol*. 1996;49:1407-17.
- 21 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. « Mini-mental state ». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189-98.
- 22 Kafonek S, Ettinger WH, Roca R, Kittner S, Taylor N, German PS. Instruments for screening for depression and dementia in a long-term care facility. *J Am Geriatr Soc*. 1989;37:29-34.
- 23 Ware JE, Koskinski M, Keller SD. SF-36 physical and mental summary scales: A users' manual 2nd ed. Boston: The Health Institute; 1994.
- 24 Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473-83.
- 25 Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br J Psychiatry*. 2002;181:208-13.
- 26 Lenze EJ, Schulz R, Martire LM, Zdaniuk B, Glass T, Kop WJ, et al. The course of functional decline in older people with persistently elevated depressive symptoms: longitudinal findings from the cardiovascular health study. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:569-575.
- 27 Ojo F, Al Snih S, Ray LA, Raji MA, Markides KS. History of fractures as predictor of subsequent hip and nonhip fractures among older Mexican Americans. *J Natl Med Assoc*. 2007;99:412-8.
- 28 Raji MA, Reyes-Ortiz CA, Kuo YF, Markides KS, Ottenbacher KJ. Depressive symptoms and cognitive change in older Mexican Americans. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2007;20:145-52.
- 29 Stimpson JB, Kuo YF, Ray LA, Raji MA, Peek MK. Risk of mortality related to widowhood in older Mexican Americans. *Ann Epidemiol*. 2007;17:313-9.
- 30 Beekman AT, Geerlings SW, Deeg DJ, Smit JH, Schoevers RS, de Beurs E, et al. The natural history of late-life depression: a 6-year prospective study in the community. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:605-11.
- 31 Forsell Y, Jorm AE, Winblad B. The outcome of depression and dysthymia in a very elderly population: Results from a three-year follow-up study. *Aging Ment Health* 1998;2:100-4.
- 32 Schulberg HC, Mulsant B, Schulz R, Rollman BL, Houck PR, Reynolds III CF. Characteristics and course of major depression in older primary care patients. *Int J Psychiatry Med*. 1998;28:421-36.
- 33 Verhaak PF. Analysis of referrals of mental health problems by general practitioners. *Br J Gen Pract*. 1993;43:203-8.