

STUURGROEP

Multidisciplinaire
Richtlijnontwikkeling

GGZ



 **Trimbos**
instituut

ADDENDUM OUDEREN BIJ DE MDR DEPRESSIE

Versie 1.0

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

ADDENDUM Ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn Depressie (16-09-2008).

Uitgever: Trimbos-instituut, Utrecht. Dit addendum is alleen digitaal beschikbaar via <http://www.ggzrichtlijnen.nl/>

Inhoudsopgave

Algemene inleiding	1
Aanleiding.....	1
Toepassing Addendum.....	1
Werkwijze.....	1
Uitgangsvragen.....	2
Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen.....	2
Aanbevelingen voor wetenschappelijk onderzoek.....	2
Samenvatting van de adviezen	4
Prevalentie, risicofactoren en preventie	8
Prevalentie.....	8
Risicofactoren.....	9
Preventie.....	12
Diagnostiek en classificatie	14
Diagnostiek.....	14
Anamnese.....	15
Somatische diagnostiek.....	16
Sociale diagnostiek.....	17
Differentiële diagnostiek.....	18
Dementie.....	18
Levensmoeheid zonder psychiatrische stoornis.....	19
Rouw.....	20
Angststoornissen.....	20
Aanpassingsstoornissen.....	20
Apathie.....	21
Classificatie.....	21
Meetinstrumenten.....	23
Meetinstrumenten ter screening.....	23
Meetinstrumenten ter diagnostiek en classificatie.....	25
Meetinstrumenten ter ernstbepaling.....	26
Specifieke settings.....	27
Algemeen ziekenhuis.....	27
Verpleeghuis.....	29
Indicatie voor behandeling	31
Eerstestapbehandeling	33
Biologische behandeling	34
Indicatie voor behandeling met antidepressiva.....	34
Eerstekeuzemiddelen.....	35
Voortzetting van de behandeling na herstel.....	37
Sint-Janskruid.....	38
Lichttherapie.....	38
Non-respons op een eerste stap in de medicamenteuze behandeling.....	39
Verhoging dosis.....	39
Overschakelen naar een ander antidepressivum of combinaties van antidepressiva of andere medicatie.....	39
Lithiumadditie.....	39
Klassieke MAO-remmers.....	40
Elektroconvulsieve therapie.....	40
Repetitieve transcraniale magnetische stimulatie.....	40
Psychotische depressies.....	41
Dysthyme stoornis en beperkte depressie.....	41
Elektroconvulsieve therapie.....	42
Slaapdeprivatie.....	42
Specifieke settings.....	43
Algemeen ziekenhuis.....	43
Verpleeghuis.....	44

Inhoudsopgave

<u>Psychologische/psychotherapeutische interventies</u>	46
<u>Effectiviteit van psychotherapie</u>	47
<u>Psycho-educatie</u>	48
<u>Probleemgerichte therapie en oplossingsgerichte therapie</u>	49
<u>Gedragstherapie en cognitieve gedragstherapie</u>	49
<u>Interpersoonlijke psychotherapie</u>	50
<u>Psychodynamische psychotherapie</u>	51
<u>Remiscentie en life-review</u>	51
<u>Groepspsychotherapie</u>	52
<u>Specifieke settings</u>	53
<u>Algemeen ziekenhuis</u>	53
<u>Verpleeghuis</u>	53
<u>Steunende en structurele interventies</u>	55
<u>Bewegingstherapie</u>	55
<u>Muziektherapie</u>	56
<u>Multidisciplinaire, multimodale interventies</u>	56
<u>Verpleegkundige interventies</u>	57
<u>Rehabilitatie</u>	58
<u>Ervaringen van patiënten met een depressie</u>	61
<u>Referenties</u>	62
<u>Bijlagen</u>	82
<u>Disclaimer</u>	84

Algemene inleiding

Aanleiding

In samenspraak met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ besloten om onder haar auspiciën en met ondersteuning van het Trimbos-instituut twee addenda te ontwikkelen bij de Multidisciplinaire richtlijn Depressie die in 2005 is verschenen: één voor ouderen en één voor jongeren.

Toepassing Addendum

De huidige *Multidisciplinaire richtlijn Depressie* ⁽¹³⁴⁾ (Trimbos-instituut, 2005) stelt expliciet dat depressie bij zeer ouderen met uitgebreide somatische comorbiditeit niet of niet volledig wordt behandeld. In de richtlijn staat niet expliciet of deze dan wél van toepassing is op de jonge ouderen en de ouderen met een minder uitgebreide somatische comorbiditeit. Deze laatste groepen komen echter ook niet of nauwelijks aan de orde, behalve in het hoofdstuk over steunende en structurerende begeleiding. Bij de jonge ouderen en bij ouderen met een minder uitgebreide somatische comorbiditeit zijn aanpassingen ten opzichte van de huidige richtlijn zeker wenselijk. Immers, veroudering begint niet op hoge leeftijd: reeds lang voor het bereiken van het 65ste levensjaar kan het nodig zijn rekening te houden met biologische, psychologische en sociale veranderingen bij het verouderen. Volwassenen van middelbare leeftijd met veel somatische comorbiditeit zouden mogelijk zelfs eerder volgens de richtlijnen van dit addendum moeten worden behandeld dan volgens de richtlijn voor volwassenen. Andersom kan het voorkomen dat sommige relatief jonge en vitale ouderen beter behandeld kunnen worden volgens de richtlijn voor volwassenen. Kortom, welke richtlijn van toepassing is wordt niet alleen bepaald door de kalenderleeftijd, maar eerder door de biologische/psychologische/sociale leeftijd. De grote interindividuele verschillen tussen ouderen is juist een van de belangrijkste kenmerken van deze groep. De werkgroep ziet daarom als doelgroep voor dit richtlijnaddendum niet alle ouderen boven een bepaalde leeftijd, maar die oudere volwassenen waarbij leeftijdsspecifieke biologische, psychologische en sociale veranderingen als consequentie hebben dat de richtlijn voor volwassenen niet meer zonder aanpassingen toegepast kan worden.

De veranderingen bij het verouderen worden omschreven in het *Handboek ouderenpsychiatrie* ⁽¹⁰³⁾ en het *Handboek Ouderenpsychologie* ⁽¹⁹¹⁾. De belangrijkste verschillen met jongere volwassenen zijn het vaker voorkomen van somatische comorbiditeit en gebruik van somatische medicatie, de hoge prevalentie van dementie en andere cognitieve stoornissen, veranderingen in farmacologische reacties bij het ouder worden, functionele veranderingen (zoals beperkingen in algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), mobiliteit, zintuigfuncties), het kleiner worden van het sociale netwerk en het verblijf in specifieke voorzieningen zoals verzorgingshuis en verpleeghuis.

Hiermee willen wij niet stellen dat de richtlijn voor volwassenen niet van toepassing zou zijn bij ouderen. Integendeel, algemene uitspraken over diagnostiek, classificatie, indicatiestelling, behandelprotocollen, en het patiëntenperspectief zijn in het algemeen ook bij ouderen van toepassing.

Dit addendum bespreekt de belangrijkste gepubliceerde onderzoeken en bestaande richtlijnen bij ouderen, volgens dezelfde structuur als de richtlijn voor volwassenen. Waar er duidelijke verschillen zijn ten opzichte van de richtlijn bij volwassenen wordt dit besproken. Bij het voorbereiden is veel gebruikgemaakt van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie bij Volwassenen⁽¹³⁴⁾ (2005), het Regionale Zorgprogramma Stemmingsstoornissen voor Ouderen in Midden-Westelijk Utrecht ⁽¹⁹⁷⁾, het *Handboek Ouderenpsychiatrie* ⁽¹⁰³⁾ en het *Handboek Ouderenpsychologie* ⁽¹⁹¹⁾.

Hoewel ouderen bij het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd niet ineens niet meer volwassen zijn, en in vele publicaties daarom gesproken wordt van oudere volwassenen versus jongere volwassenen, gebruikt deze richtlijn vanwege de leesbaarheid de ingeburgerde termen 'volwassenen' en 'ouderen'. De term 'ouderen' wordt door de werkgroep niet als negatief ervaren en niet vervangen door het vaak gebruikte 'senioren'. Daar waar de werkgroep in deze richtlijn 'hij' schrijft, wordt in het algemeen ook 'zij' bedoeld. Daar waar de richtlijn 'patiënt' schrijft, erkent de werkgroep dat de term 'cliënt' in de geestelijke gezondheidszorg veel wordt gebruikt. Omwille van de eenheid binnen deze richtlijn en binnen alle ggz-richtlijnen is de term patiënt aangehouden.

Werkwijze

De werkwijze van de richtlijncommissie wijkt af van de werkwijze die gevolgd werd bij de volwassenenrichtlijn. Wegens het beperkte budget was ook beperkte tijd beschikbaar. De gangbare procedure bij het maken van deze richtlijn is zodanig aangepast dat snel, efficiënt en doeltreffend gewerkt kon worden en ook de zorgvuldigheid in acht werd genomen. Er is een kleine werkgroep (8 personen) ingesteld die 2 keer vergaderd

heeft. De voorzitter van de werkgroep heeft, op basis 7 uitgangsvragen die geformuleerd waren door een groep experts, in samenwerking met de werkgroep een concepttekst geschreven. De werkgroepleden hebben vervolgens de tekst beoordeeld, waarbij de concepttekst ook is voorgelegd aan een groot aantal Nederlandse deskundigen uit verschillende disciplines op het gebied van depressies bij ouderen. Deze procedure is gevolgd omdat bij een kleine werkgroep het risico op 'selectiebias' groot is. De suggesties zijn vervolgens door de voorzitter verwerkt tot een tweede versie. Nadat de werkgroep met deze akkoord was, is een definitief concept aan de betrokken beroepsverenigingen voorgelegd voor akkoord.

Door de beperkte beschikbare tijd zijn er bepaalde onderwerpen niet of nauwelijks opgenomen die eigenlijk een verdieping vereisten, zoals depressies bij verstandelijk gehandicapten. De werkgroep is zich ervan bewust dat deze onderwerpen in een volgende versie meer aandacht verdienen.

Uitgangsvragen

De uitgangsvragen waren:

- Is de prevalentie van depressie bij ouderen anders dan bij volwassenen?
- Is er bij ouderen sprake van andere risicofactoren dan bij volwassenen?
- Verschilt de classificatie van stemmingsstoornissen bij ouderen van die bij volwassenen?
- In hoeverre verloopt het diagnostisch proces bij ouderen anders dan bij volwassenen?
- Welke differentiaaldiagnostische overwegingen moet men bij ouderen maken?
- Welke meetinstrumenten kunnen bij ouderen zinvol zijn?
- Is de behandeling bij ouderen anders dan bij volwassenen?

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Deze richtlijn is zoveel mogelijk 'evidence-based', waar geen 'evidence' te vinden was is gezocht naar overeenstemming binnen de literatuur of binnen de werkgroep. Vanwege het beperkt beschikbare budget is het niet mogelijk geweest bij elke aanbeveling aan te geven op welk niveau van bewijs dit is gebaseerd. Dit zou immers een uitgebreid literatuuronderzoek vergen gevolgd door een discussie over het indelen van de mate van bewijskracht, en hiervoor ontbraken de middelen. Er is uiteraard wel in elke paragraaf gestreefd naar het opnemen van zoveel mogelijk recente, relevante gepubliceerde onderzoeken.

Alhoewel de indeling in niveaus van bewijskracht ontbreekt, worden wel de ons bekende systematische reviews en *randomized controlled trials* (RCT's) genoemd bij de wetenschappelijke onderbouwing, zodat de lezer toch een indruk hiervan kan krijgen. Juridisch betekent dit dat de aanbevelingen van dit addendum minder 'hard' zijn dan die van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie bij volwassenen.

De literatuur is op volledigheid gecontroleerd bij de laatste herziening van de conceptversie (juli 2007). Er is geen uitgesproken voorkeur voor Nederlands onderzoek. De weinige internationale richtlijnen voor depressies bij ouderen bieden slechts een beperkte onderbouwing voor deze richtlijn (bv. [16](#) [135](#) [215](#)), deels omdat deze inmiddels alweer wat verouderd zijn. Hetzelfde geldt voor het inmiddels behoorlijke aantal internationale monografieën over depressies bij ouderen. Wel bevelen wij de meest recente monografie ([205](#)) aan ter verdieping, al heeft dit boek wel een overwegend biologisch-psychiatrisch karakter.

Er is gezocht naar literatuur betreffende enkele onderwerpen waar de werkgroep onvoldoende wetenschappelijke literatuur tot haar beschikking had. Dit betrof slaapdeprivatie, lichttherapie, sint-janskruid, cliëntgerichte psychotherapie, partnerrelatietherapie, belasting voor familieleden en verpleeg- en verzorgingshuizen.

Naast de wetenschappelijke onderbouwing is rekening gehouden met overwegingen die een rol spelen in de dagelijkse praktijkvoering, zoals: klinische relevantie, professioneel perspectief, patiëntenperspectief ('Ervaringen van patiënten met een depressie'), zorgorganisatie en andere relevante overwegingen die de brug tussen wetenschap en praktijk vormen.

Deze overwegingen zijn terug te vinden in de tekst. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de wetenschappelijke onderbouwing en de overwegingen.

Aanbevelingen voor wetenschappelijk onderzoek.

De werkgroep is van mening dat de volgende (niet-limitatieve) voorstellen voor wetenschappelijk onderzoek gerechtvaardigd zijn:

- onderzoek naar interventies door verpleegkundigen en vaktherapeuten;
- onderzoek naar preventieactiviteiten en naar minimale (niet-medicamenteuze) interventies;
- onderzoek naar interventies bij *minor depressive disorders*, therapieresistente depressie,

Titel: ADDENDUM Ouderen bij de MDR Depressie (1.0)

psychotische depressie, depressie in verpleeghuis of algemeen ziekenhuis.

Samenvatting van de adviezen

Samenvatting van de aanbevelingen uit Addendum Ouderen bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie

Prevalentie en risicofactoren

- Bij ouderen moet niet alleen aan de aanwezigheid van een depressieve stoornis worden gedacht, juist bij ouderen dient een beperkte depressie vaker te worden overwogen.
- De hoge prevalentie van depressies in verpleeghuizen en algemeen ziekenhuizen (en mogelijk bij allochtone ouderen) rechtvaardigt het gebruik van screeningsprogramma's gericht op betere herkenning en behandeling in deze settings.
- Bij ouderen met een depressie is het wenselijk risicofactoren systematisch in kaart te brengen middels een matrix volgens het biopsychosociale model of SSKK-model (stress-steun-kwetsbaarheid-krachtmodel).
- De gevolgen van lichamelijke ziekte en het gebruik van 'depressogene' medicatie verdienen bij ouderen met een depressie specifieke aandacht.

Preventie

- Geïndiceerde preventie wordt aanbevolen als de (mogelijk) meest effectieve vorm van preventie bij ouderen. De cursus 'In de put, uit de put' (55+) is daarbij de eerste keus.
- Er moeten meer cursussen worden aangeboden gericht op preventie en vooral in een integraal aanbod, samenhangend met andere lokale initiatieven.

Diagnostiek en classificatie

- Bij de diagnostiek van depressies wordt geadviseerd een stepped-care-model te hanteren, waarbij uitvoerige diagnostiek zoals in deze richtlijn wordt beschreven, niet bij iedere patiënt geïndiceerd is.
- Bij de diagnostiek van depressies wordt geadviseerd bij diagnostische onduidelijkheid over de aard van de aanwezige lichamelijke klachten zowel de exclusive als de inclusive benadering uit te voeren, gebruik te maken van een tijdas, en een heteroanamnese af te nemen.
- Bij de anamnese moet standaard naar suïcidaliteit en geheugen- en oriëntatieklachten worden gevraagd.
- Een heteroanamnese is een belangrijk en vaak onmisbaar onderdeel van de psychiatrische diagnostiek bij ouderen.
- Een somatische anamnese en lichamenlijk onderzoek, aangevuld met een (beperkt) laboratoriumonderzoek, dienen altijd plaats te vinden bij ouderen met een depressie.
- Standaard dienen bij de diagnostiek vasculaire risicofactoren te worden geïventariseerd, vooral bij de zogenaamde late-onsetdepressies.
- Bij de sociale diagnostiek dient er aandacht te zijn voor de belasting van de partner/verzorgenden, en voor het verdere sociale netwerk, de bezigheden en de levensloop.
- Vanwege de differentiële diagnostiek met dementie dienen standaard bij iedere oudere met verdenking op depressie expliciet en gericht enkele vragen naar oriëntatie in tijd en plaats en naar geheugenfuncties (zoals inprenting) te worden gesteld. Bij twijfel over de diagnose dient eventueel neuropsychologisch onderzoek te worden gedaan.
- Suïcidaliteit, 'levensmoeheid' of een andere doodswens bij ouderen die niet lijkt voort te komen uit een psychiatrische stoornis moet een reden zijn voor verdere diagnostiek, in het bijzonder naar persoonlijkheidsproblematiek.
- Vanwege de betekenis voor de prognose dienen bij iedere oudere met een verdenking op een depressie angstsymptomen te worden nagevraagd en vice versa.
- Bij depressies bij ouderen dient nagevraagd te worden of er sprake is van apathie.
- Bij ouderen moet actiever naar het bestaan van somberheidsklachten worden gevraagd dan bij jonger volwassenen
- Het uitvragen van een depressie met gebruik van ogenschijnlijk synonieme termen (neerslachtig, in de punt, somber, depressief) wordt aanbevolen.
- Indien niet zozeer stemmingsproblemen maar eerder remming (apathie, traagheid) en cognitieve problemen op de voorgrond staan, moet een 'vasculaire depressie' overwogen worden.

- Voor het vaststellen van depressie bij alzheimerpatiënten wordt geadviseerd van de consensuscriteria van Olin e.a. (2002) gebruik te maken.
- Voor het screenen van populaties 'at risk' is de GDS bij ouderen de beste keus, mits er geen sprake is van ernstige cognitieve stoornissen (MMSE moet ≥ 15 zijn).
- De werkgroep beveelt aan standaard bij oudere patiënten met een depressie te screenen op cognitieve achteruitgang met de gestandaardiseerde MMSE (S-MMSE).
- Ouderen met invaliderende lichamelijke aandoeningen (bijvoorbeeld CVA, ziekte van Parkinson, reuma), onverklaarde lichamelijke klachten of chronische pijn, alcoholmisbruik en klachten over slaap, angst of vergeetachtigheid, recent verweduwd in de huisartsenpraktijk, en ouderen opgenomen in het verpleeghuis of algemeen ziekenhuis, zouden standaard gescreend moeten worden op de aanwezigheid van een depressie gevolgd door, indien geïndiceerd, een behandelaanbod.
- Het gebruik van meetinstrumenten voor psychiatrische diagnostiek of classificatie wordt vooral aanbevolen bij wetenschappelijk onderzoek of bij lastige differentieeldiagnostische problemen.
- Elke oudere die start met behandeling, medicamenteus of niet-medicamenteus, zou voor het starten en tijdens de behandeling minimaal elke drie maanden geëvalueerd moeten worden.
- Het evalueren van de behandeling, dan wel het bepalen van de ernst van een depressie kan het beste met de MADRS of HRSD, bij niet hierin getrainden is de GDS een redelijk alternatief.
- Bij enige verdenking op een depressie in het algemeen ziekenhuis kan de GDS gebruikt worden als screeningsinstrument.
- Of alle in het algemeen ziekenhuis opgenomen ouderen met de GDS zouden moeten worden gescreend is op grond van de literatuur nog niet hard te maken, de werkgroep adviseert dit wel te overwegen.
- Aanbevolen wordt om iedere niet-demente verpleeghuisbewoner binnen twee tot vier weken na opname te screenen op een depressie, en dit iedere zes maanden te herhalen.
- Bij enige verdenking op een depressie in het verpleeghuis kan de GDS gebruikt worden als screeningsinstrument bij niet-demente patiënten.

Behandeling

- Een depressie dient bij ouderen behandeld te worden, aangezien de consequenties groot zijn en de prognose van behandeling niet vermindert door het ouder worden.
- Ouderen met een lichte tot matige depressieve stoornis of een beperkte depressie zouden in de eerste lijn eerst moeten worden behandeld met minimale interventies zoals bewegingstherapie, de cursus 'In de put, uit de put', leefstijladviezen.
- Bij onvoldoende effect kan daarna bij een lichte tot matige depressieve stoornis zowel psychotherapie als een antidepressivum worden overwogen, afhankelijk van de voorkeur van de patiënt en de beschikbaarheid van therapievormen.
- Bij een ernstige of een psychotische depressie is het aan te bevelen te starten met een antidepressivum en (in het geval van een ernstige/psychotische depressie) soms met elektroconvulsieve therapie.
- Antidepressiva zijn geïndiceerd bij ouderen met een ernstige depressie, vooral indien sprake is van vitale/melancholische of psychotische kenmerken.
- Depressies dienen in de aanwezigheid van somatische comorbiditeit of van dementie onverminderd behandeld te worden.
- Als eerstekeuzemiddel raden wij een SSRI aan met dezelfde startdosis als bij jongervolwassenen. Alleen bij hoogbejaarden, ernstige somatische comorbiditeit en bij patiënten met dementie valt een lagere startdosis te overwegen.
- Bij ernstige of psychotische depressies, bij in de ggz opgenomen ouderen met een depressie, en bij non-respons op een eerstekeuzemiddel is nortriptyline geïndiceerd, waarbij met een lagere dosering als bij volwassenen wordt gestart maar wel snel wordt opgehoogd. Een plasmaspiegelbepaling zou standaard moeten plaatsvinden bij de subgroepen waar een TCA is geïndiceerd en zeker bij non-respons.
- Het optreden van lichamelijke klachten tijdens een behandeling met antidepressiva moet bij ouderen niet te snel als bijwerking worden geïnterpreteerd. Het is aan te bevelen voor het starten van een antidepressivum een checklist af te nemen met de voor dat antidepressivum meest voorkomende bijwerkingen.
- Voor het starten van een SSRI wordt aanbevolen bij ouderen het serumnatriumgehalte te bepalen als er andere risicofactoren zijn, zoals het gebruik van diuretica. Bij enige verdenking op een hyponatriëmie dient de bepaling te worden herhaald.
- Voortzetten van de behandeling na herstel van een eerste depressieve episode is bij ouderen geïndiceerd gedurende minimaal één jaar.

- Bij ouderen met een recidiverende depressie is jarenlange, mogelijk levenslange onderhoudsbehandeling geïndiceerd, afhankelijk van vele factoren zoals ernst, duur, bijwerkingen en wens van de patiënt.
- Wij adviseren de richtlijn voor volwassenen te volgen en alleen sint-janskruid te overwegen bij lichte tot matig ernstige depressies en bedacht te zijn op geneesmiddeleninteracties.
- Het effect van lichttherapie bij ouderen met een (al dan niet seizoensgebonden) depressie is beperkt onderzocht, vooralsnog wordt geadviseerd dit als optie te overwegen bij ouderen met een seizoensgebonden depressie.
- Bij non-responders op een SSRI of een andere niet-TCA zijn vele opties te overwegen, zoals overschakeling op een ander antidepressivum, al of niet van een andere groep, en het toevoegen van lithium.
- Bij non-responders op een TCA beveelt de werkgroep lithiumadditie aan, bij opnieuw non-respons gevolgd door elektroconvulsieve therapie. Bij ernstige depressies met somatische complicaties is meteen starten met elektroconvulsieve therapie geïndiceerd.
- Bij een psychotische depressie adviseert de werkgroep met nortriptyline te beginnen. Bij ernstige psychotische verschijnselen en bij onvoldoende effect na 4-6 weken monotherapie met een antidepressivum wordt toevoegen van een antipsychoticum aanbevolen. Elektroconvulsieve therapie kan meteen geïndiceerd zijn bij somatische complicaties.
- Bij de dysthyme stoornis adviseert de werkgroep dezelfde indicatiestelling voor antidepressiva bij ouderen als bij volwassenen.
- Bij de beperkte depressie is de effectiviteit van medicamenteuze interventies bij ouderen onvoldoende aangetoond en zijn minimale interventies zoals bewegingstherapie, de cursus 'In de put, uit de put', en leefstijladviezen gedurende 3 maanden te overwegen.
- ECT dient bij ouderen eerder te worden overwogen dan bij jongervolwassenen, in het bijzonder als er sprake is van een psychotische depressie en/of een slechte somatische conditie.
- Slaapdeprivatie wordt vooralsnog bij ouderen met een depressie niet aanbevolen.
- Bij het toepassen van psychotherapie bij ouderen zijn aanpassingen wenselijk ten opzichte van de praktijk bij jongervolwassenen. Dit betreft onder meer de duur en de frequentie van de zittingen en het rekening houden met zintuiglijke beperkingen, geheugenproblemen, en specifieke (tegen)overdrachtsfenomenen.
- Psychotherapie dient bij ouderen overwogen te worden op dezelfde gronden als bij volwassenen.
- Bij depressies bij dementiepatiënten hebben niet-medicamenteuze behandelvormen de voorkeur boven antidepressiva.
- Psycho-educatie is een essentieel onderdeel van elke behandeling van depressie bij ouderen. Zowel voorafgaand aan een medicamenteuze als aan een psychotherapeutische of andere behandeling dient bij ouderen psycho-educatie plaats te vinden.
- De folder *Depressie bij ouderen* van het Fonds Psychische Gezondheid wordt aanbevolen als voorlichtingsfolder.
- Probleemgerichte therapie is een veelbelovende therapievorm die goed als eerste stap kan worden overwogen bij de psychotherapeutische behandeling van depressies bij ouderen.
- Bij de beschikbaarheid van een hierin getrainde cognitief-gedragstherapeut, adviseert de werkgroep bij ouderen met een depressie als eerste keuze cognitieve gedragstherapie te overwegen.
- Interpersoonlijke psychotherapie kan overwogen worden in combinatie met een antidepressivum in de acute fase; in de onderhoudsbehandeling is interpersoonlijke psychotherapie een goede optie indien gecombineerd met medicatie, en kan zij ook overwogen worden bij ouderen die geen onderhoudsmedicatie willen of verdragen.
- Psychodynamische psychotherapie kan worden overwogen bij ouderen, in het bijzonder als probleemgerichte therapie, cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke psychotherapie niet effectief zijn gebleken of niet geïndiceerd zijn.
- Life-review en reminiscentie zijn goede behandelopties bij ouderen met een depressie.
- Bij oudere patiënten met een depressie kunnen meerdere psychotherapievormen in groepsvorm worden overwogen.
- Ouderen met een depressie dienen gestimuleerd te worden tot deelname aan bewegingstherapie of andere vormen van lichaamsbeweging.
- Muziektherapie kan worden overwogen bij ouderen.
- Interventies waarin de huisarts samenwerkt met andere disciplines en waar een multimodaal diagnostiek- en behandelprogramma wordt aangeboden verdienen vanwege de aangetoonde effectiviteit de voorkeur boven interventies door de huisarts alleen.
- De effectiviteit van verpleegkundige interventies en activiteiten dient nader onderzocht te worden. Het verdient aanbeveling om een beproefd model van verpleegkundige diagnostiek en interventies te gebruiken.

- Daar waar sprake is van een chronische depressie dienen de rehabilitatiebenadering en rehabilitatiemethodieken een onlosmakelijk onderdeel te zijn van de zorg. De doelstelling van behandeling is breder dan de behandeling van de stoornis of behandeling van de symptomen, maar gericht op de wensen en de behoeften van de patiënt om de kwaliteit van leven te vergroten. Rehabilitatie voor ouderen met chronische psychiatrische problematiek heeft eigen accenten.
- Er zijn nog nauwelijks nieuwe interventies ontwikkeld of bestaande interventies aangepast, specifiek toegerust voor deze doelgroep. De werkgroep beveelt nader onderzoek aan.

Prevalentie, risicofactoren en preventie

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

Prevalentie

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Wij gebruiken in deze richtlijn de termen 'major depressive disorder' (depressieve stoornis, onderverdeeld in licht, matig en ernstig) en 'minor depressive disorder' (= beperkte depressie) zoals de DSM-IV dit heeft geoperationaliseerd. Voor de diagnose major depressive disorder moet volgens de DSM-IV voldaan worden aan minimaal 5 van de 9 aldaar genoemde symptomen. De minor depressive disorder vereist in totaal 2-4 van die symptomen. Waarschijnlijk bevinden 'minor' en 'major' zich op een continuüm en is geen sprake van geheel verschillende stoornissen.

Uit een aantal (ook Nederlandse) bevolkingsonderzoeken onder ouderen is gebleken dat, net als bij jongvolwassenen, 1 op de 4 ouderen een psychische stoornis heeft. De depressieve stoornis komt bij ongeveer 2% van de 55-plussers voor, de beperkte depressie bij ongeveer 10% (21). De prevalentie van alle klinisch relevante depressieve syndromen is 13-14%. De prevalentie van de beperkte depressie lijkt toe te nemen met de leeftijd en die van de depressieve stoornis neemt af met de leeftijd. Op de consequenties van de beperkte depressie wordt later ingegaan.

Of de prevalentie van depressieve syndromen bij hoogbejaarden hoger is, is niet geheel duidelijk. Uit het Leidse 85-plusonderzoek bleek bij ruim 15% een klinisch relevante stemmingsstoornis aanwezig (234), niet sterk verschillend van jongbejaarden. In een follow-uponderzoek van deze populatie bleek dat van deze 85-plussers met een depressie slechts 14% per jaar in remissie kwam, wat op een slechtere prognose wijst dan bij de jongbejaarden (234).

Wel zijn er aanwijzingen dat de prevalentie van depressies bij allochtone ouderen mogelijk veel hoger is dan bij autochtone ouderen. Zo bleek ongeveer 34% van de Marokkaanse en 62% van de Turkse ouderen een klinisch relevante depressie te hebben (271).

In het verzorgingshuis is de prevalentie van de depressieve stoornis volgens een ander Nederlands onderzoek ongeveer 4%, de prevalentie van beperkte depressie is eveneens ongeveer 4% (80).

In het verpleeghuis blijkt volgens een literatuuroverzicht en twee Nederlandse onderzoeken sprake van gemiddeld zo'n 15% depressieve stoornis en ongeveer 25% beperkte depressie (82 108). Overigens vond een later Nederlands onderzoek iets lagere cijfers, ruim 8% depressieve stoornis en 14% beperkte depressie, terwijl een 'subclinical depression' (in dit onderzoek geoperationaliseerd als een score op de *Geriatric Depression Scale* (zie [Meetinstrumenten ter screening](#)) > 10, zonder dat werd voldaan aan de criteria voor een depressie) voorkwam bij 24% (107).

In het algemeen ziekenhuis worden in de internationale literatuur hoge, maar sterk uiteenlopende prevalentiecijfers beschreven, variërend van 10-30% (52). Ook hier vond een Nederlandse onderzoek iets lagere prevalentiecijfers: een depressieve stoornis bij bijna 6% (126).

De hogere prevalentie bij vrouwen ten opzichte van mannen blijkt op oudere leeftijd duidelijk te verminderen en soms zelfs te verdwijnen (zoals in het Leidse 85-plusonderzoek, 234).

Conclusies

- Bij het verouderen neemt de prevalentie van depressieve stoornis af en die van 'beperkte depressie' lijkt toe te nemen.
- Bij ouderen is de 'beperkte depressie' waarschijnlijk de meest voorkomende stemmingsstoornis.
- De prevalentie van depressies in bepaalde populaties ouderen is hoger dan in de algemene bevolking, zoals in verpleeghuizen, algemeen ziekenhuizen en mogelijk bij allochtone ouderen.

Aanbevelingen

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Bij ouderen moet niet alleen aan de aanwezigheid van een depressieve stoornis worden gedacht, juist bij ouderen dient een beperkte depressie vaker te worden overwogen.

De hoge prevalentie van depressies in verpleeghuizen en algemeen ziekenhuizen (en mogelijk bij allochtone ouderen) rechtvaardigt het gebruik van screeningsprogramma's gericht op betere herkenning en behandeling in deze settings.

Risicofactoren

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

In een review uit 2003 bleken rouw, slaapstoornissen, lichamelijke handicaps, eerdere depressie en het vrouwelijke geslacht onafhankelijke risicofactoren te zijn bij ouderen (54). In een recentere review werden als belangrijkste risicofactoren gevonden: cognitieve stoornissen, gebrek aan of verlies van sociale contacten, lichamelijke ziekten, functionele beperkingen, een eerdere depressie en het vrouwelijke geslacht (78). Er is veel onderzoek gepubliceerd naar het onderscheid tussen 'early' en 'late-onset depression'. Met het laatste worden stemmingsstoornissen bedoeld die op 'oudere' leeftijd (vaak 50-60 jaar) voor het eerst voorkomen, maar over de afkaleeftijden bestaan grote verschillen in de literatuur. Het onderzoek heeft zich vooral gericht op verschillen in symptoomprofielen (die slechts in geringe mate werden gevonden en vaak niet werden gerepliceerd in vervolgonderzoek) en in risicofactoren. Bij de late-onset-depressie leek een minder grote rol voor genetische invloeden en persoonlijkheidsfactoren en een grotere rol voor 'biologische' risicofactoren, vooral de vasculaire risicofactoren.

Genetische risicofactoren spelen op oudere leeftijd waarschijnlijk een minder belangrijke rol dan bij jongervolwassenen, maar uit onderzoek blijkt dat ook bij laat-ontstane depressies een samenhang bestaat met een positieve familieanamnese.

Stressvolle levensgebeurtenissen en -omstandigheden kunnen op elke leeftijd een rol spelen bij het ontstaan van een depressie. Het kan gaan om min of meer acute gebeurtenissen die aan het ontstaan van een depressie voorafgaan, om meer langdurige problemen, of om gebeurtenissen uit het verleden. Zo blijken het vroege verlies van een ouder en traumatische oorlogservaringen ook 50-60 jaar later nog een risicofactor te zijn voor het krijgen van een depressie (20).

In de derde (ongeveer 60-75 jaar) en vierde (75 jaar en ouder) levensfasen treden belangrijke veranderingen op. In de derde levensfase gaat het vooral om veranderingen in de rol die iemand heeft in zijn directe omgeving en in de maatschappij (o.m. het wegvallen van werk), in de vierde levensfase staan afnemende vitaliteit, het ontstaan van ziekte en handicaps en het verlies van naasten op de voorgrond. Hoewel sommige auteurs suggereren dat levensgebeurtenissen en verlieservaringen die te verwachten zijn in een bepaalde levensfase ('on time') mogelijk minder snel tot een depressie leiden dan gebeurtenissen die 'off time' zijn, is weinig empirisch onderzoek hiernaar gedaan. In een groot bevolkingsonderzoek werd geen interactie gevonden tussen leeftijd en gevoeligheid voor stressvolle levensgebeurtenissen (116).

Bij ouderen is er weinig onderzoek verricht naar de rol van persoonlijkheidsfactoren in de etiologie van stemmingsstoornissen. Uit Nederlands onderzoek bleek bij bepaalde combinaties van neuroticisme, chronische stress en recente levensgebeurtenissen het risico op het ontstaan van depressies bij ouderen sterk verhoogd en bij andere combinaties (bv. laag neuroticisme gecombineerd met óf weinig chronische stress óf recente levensgebeurtenissen) niet (182). Een enigszins vergelijkbare bevinding is dat het opnieuw optreden van depressieve symptomen na herstel van een depressie werd verklaard door het gelijktijdig aanwezig zijn van het persoonlijkheidsconstruct 'sociotropie' en negatieve interpersoonlijke gebeurtenissen, of door het gelijktijdig aanwezig zijn van 'autonomie' en negatieve gebeurtenissen die de autonomie aantastten, maar niet indien persoonlijkheid en levensgebeurtenissen niet 'bij elkaar pasten' (168). Neuroticisme bleek een belangrijke voorspeller van het optreden (en het beloop) van depressies bij ouderen, zelfs belangrijker dan gezondheidsfactoren of sociale factoren (235).

Uit een aantal onderzoeken blijkt dat ouderen met 'early-onset-depressies' meer persoonlijkheidsstoornissen vertonen dan ouderen met late-onset-depressies (46 74 255 280). Het betreft in deze onderzoeken voornamelijk cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen. Condello e.a. (58) wezen op mogelijke veranderingen die op kunnen treden bij persoonlijkheidsstoornissen op latere leeftijd: de stoornissen uit zich dan in andere vormen, zoals depressie. Hoewel empirisch onderzoek ontbreekt zijn er op basis van casestudies aanwijzingen dat ouderen met een antisociale, borderline, theatrale of narcistische persoonlijkheidsstoornis vaak een afname vertonen van agressief én impulsief gedrag en een toename van onder meer depressieve klachten (6 231).

Er zijn duidelijke aanwijzingen dat diverse somatische geneesmiddelen aanleiding kunnen geven tot het ontstaan van een stemmingsstoornis. Het beschikbare bewijs hiervoor is echter vooral afkomstig uit casereports of uit onderzoek dat niet gericht was op het vinden van een relatie tussen medicatie en stemming, zodat de wetenschappelijke onderbouwing mager is.

Er zijn enige empirische aanwijzingen dat somatische medicatie mogelijk vooral een beperkte depressie veroorzaakt (76).

In de richtlijn voor volwassenen worden groepen somatische medicijnen genoemd die mogelijk tot depressies kunnen leiden. Het hierboven genoemde onderzoek van Dhondt heeft aannemelijk gemaakt welke groepen bij ouderen 'depressogeen' kunnen zijn:

- systemische corticosteroiden;

- niet selectieve bètablokkers;
- H₂-receptorantagonisten;
- NSAID (non-steroidal anti-inflammatory drugs);
- calciumantagonisten.

Wanneer tijdens het gebruik van een van deze middelen een depressie ontstaat (vooral bij een eerste episode) of verergert, verdient het aanbeveling het middel zo mogelijk te staken of te vervangen door een middel waarvan niet beschreven is dat het een stemmingsstoornis kan veroorzaken. Zo kan de lipofiele bètablokker propranolol worden vervangen door het niet-lipofiele atenolol, dat niet de bloed-hersenbarrière kan passeren. Er is overigens nooit systematisch onderzocht of deze strategie werkzaam is.

Een stemmingsstoornis kan (mede) het gevolg zijn van het ge/misbruik van alcohol en drugs. Omgekeerd kan een stemmingsstoornis juist aanleiding zijn tot misbruik van middelen. Bij ouderen is amper onderzoek verricht naar de relatie tussen depressie en alcoholmisbruik.

Lichamelijke ziekte is voor ouderen een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van stemmingsstoornissen. Onduidelijk hierbij is hoe vaak somatische aandoeningen of comorbiditeit de enige of belangrijkste oorzaak zijn van de stemmingsstoornis. Er zijn verschillende mogelijkheden voor een verband tussen een stemmingsstoornis en een lichamelijke aandoening, zoals besproken in de richtlijn volwassenen. Uit onderzoek bij ouderen is bekend dat het niet zozeer gaat om een direct oorzakelijk verband tussen bepaalde somatische ziekten en depressie, maar om de gevolgen van de lichamelijke aandoening die op bevolkingsniveau de belangrijkste te beïnvloeden factor vormen die geassocieerd is met het ontstaan van depressies (20). Factoren als pijn, slechte mobiliteit, achteruitgang met betrekking tot de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL; functionele beperkingen), verlies van controle over het bestaan en rolverandering door de ziekte komen naar voren als belangrijke variabelen. Aan deze factoren is vaak wat te doen waardoor de kans op een depressie verminderd kan worden.

Bovenstaande kan mogelijk verklaren waarom er weinig overeenstemming is in de gerontopsychiatrische literatuur over bij welke lichamelijke aandoeningen depressie vooral optreedt. Naast de opsomming in de richtlijn voor volwassenen van mogelijke aandoeningen waaraan gedacht moet worden (neurologische en endocriene ziekten, hart- en vaatziekten, maligniteiten, nierziekten en auto-immuunziekten) worden bij ouderen vaak genoemd: chronische infecties, ondervoeding, pernicioze anemie en chronisch obstructief longlijden (COPD).

Extra aandacht is geboden voor ouderen met een niet-Europese achtergrond. Bij hen kan sprake zijn van somatische aandoeningen die men bij autochtonen minder vaak aantreft, zoals vitamine-D-tekort of ijzergebrecanemie bij het dragen van kleding die vrijwel het volledige lichaam bedekt, hemoglobinoopathiën en tuberculose. Verder komt diabetes mellitus veelvuldig voor bij Hindoestanen evenals cardiovasculaire stoornissen en hypertensie (die ook veel bij Creolen voorkomen).

De laatste jaren is veel aandacht voor de schade die bij veroudering in de hersenen ontstaat als mogelijk oorzaak van een late-onsetdepressie. Het onderzoek hiernaar richt zich daarbij vooral op schade door een verminderde doorbloeding van het hersenweefsel.

Vooral de witte stof in de hersenen (waarin de verbindingen tussen de verschillende hersengebieden liggen) lijkt hiervoor kwetsbaar te zijn. Dit wordt de vasculairedepressiehypothese genoemd, waarover overigens nog veel discussie bestaat (102). Vasculaire risicofactoren, zoals hypertensie, diabetes mellitus, hypercholesterolemie, overgewicht, roken en te weinig lichaamsbeweging zijn dus mogelijk van groot belang bij het ontstaan van deze subgroep van depressies bij ouderen en dienen bij de diagnostiek aandacht te krijgen (zie 'Anamnese' bij 'Diagnostiek en classificatie'). Overigens zijn er ook aanwijzingen voor een reciproque causale relatie: depressie als risicofactor voor ischemische hartziekten.

De onderzoeksresultaten spreken elkaar tot op heden sterk tegen over of er bij een 'vasculaire depressie' sprake is van een slechtere prognose. Ook de therapeutische consequenties zijn nog verre van duidelijk door het vrijwel geheel ontbreken van randomized controlled trials (RCT's) (zie 'Indicatie voor behandeling met antidepressiva' bij 'Biologische behandeling').

Depressie is zelf ook een risicofactor. Het verhoogt de kans om later een alzheimerdementie te krijgen met ongeveer een factor 2 (184). De negatieve effecten van een depressie op de therapietrouw bij lichamelijke ziekten is eveneens een belangrijk punt van aandacht.

Het biopsychosociale model uitermate geschikt voor een overzichtelijke indeling van de vele risicofactoren. Zowel biologische, psychologische en sociale factoren spelen immers een rol bij het ontstaan, beloop en herstel van stemmingsstoornissen (31). Geen van de hierboven genoemde factoren biedt afzonderlijk een voldoende verklaring voor het ontstaan van een stemmingsstoornis: het gaat om de interactie tussen de factoren. Daarbij gaat het om een verhouding tussen enerzijds factoren die het ontstaan en aanhouden van een stemmingsstoornis bevorderen (stress en kwetsbaarheid) en anderzijds factoren die een stemmingsstoornis tegengaan of voorkomen (kracht en sociale steun). Deze verhouding staat bekend als het stress-steun-kwetsbaarheid-krachtmodel (SSKK-model; 110). Om tot een afweging te komen van de factoren

die een rol gespeeld hebben bij het ontstaan en die van belang zijn voor het beloop en de te kiezen behandeling kan men gebruikmaken van een 'matrix van biopsychosociale factoren'. Daarin staat zijn de factoren verdeeld in kwetsbaarheidfactoren, stressfactoren en steunende factoren (zie figuur 1). De indeling van sommige risicofactoren als een kwetsbaarheid- of stressfactor is overigens enigszins arbitrair. Wat betreft de steunende/beschermende factoren, die naar onze ervaring vaak veronachtzaamd worden, kan bijvoorbeeld gedacht worden aan religiositeit, waarvan uit onderzoek bekend is dat deze ook een beschermende rol kan spelen tegen het ontwikkelen van een depressie (37).

Het invullen van deze matrix illustreert het grote belang dat binnen de ouderenpsychiatrie wordt gehecht aan een goede multidisciplinaire samenwerking. Al is het bij sommige onderdelen duidelijk welke discipline hiervoor verantwoordelijk is, andere onderdelen kunnen door meerdere disciplines in goede onderlinge afstemming worden ingevuld.

Figuur 1 Matrix van biopsychosociale factoren

	<i>Kwetsbaarheid</i>	<i>Stressoren bij ontstaan</i>	<i>Stressoren bij beloop</i>	<i>Kracht/steun/interventie</i>
Biologisch	<ul style="list-style-type: none"> • erfelijke factoren • eerdere depressies 	<ul style="list-style-type: none"> • alle somatische ziekten (m.n. ziekte van Parkinson, cerebrovasculair accident (CVA) • depressogene medicatie 	<ul style="list-style-type: none"> • depressogene medicatie • chronische ziekte 	<ul style="list-style-type: none"> • antidepressiva/elektroconvulsieve therapie (ECT)
Psychologisch	<ul style="list-style-type: none"> • jeugdtrauma's (bv. verlies ouder) • persoonlijkheid 	<ul style="list-style-type: none"> • psychotrauma • chronische conflicten 	<ul style="list-style-type: none"> • beperkte copingstrategie 	<ul style="list-style-type: none"> • uitgebreide copingstrategie • religie • psychotherapie
Sociaal	<ul style="list-style-type: none"> • sociale isolatie • armoede • analfabetisme • heimwee 	<ul style="list-style-type: none"> • recente levensgebeurtenissen (bv. verlies dierbaren, verhuizing, pensionering) 	<ul style="list-style-type: none"> • te veel steun • te weinig steun 	<ul style="list-style-type: none"> • adequate sociale steun

Een belangrijk gevaar bij ouderen is dat er altijd wel risicofactoren aanwezig zijn die mogelijk met de depressie te maken hebben. Het gebeurt nogal eens dat hierbij de onervaren onderzoeker denkt te weten wat stressvol is voor de ouderen en invult dat het verlies van een partner of van somatisch gezondheid wel 'de' oorzaak van de depressie zal zijn. De depressie wordt dan ook gezien als een logische, gezonde reactie op deze stressfactor en daarmee lijkt de somberheid niet meer een ziekte. Echter, zoals zo fraai wordt uitgedrukt in het Engels: *'The presence of a reason for the depression is not a good reason to ignore the presence of the depression'*.

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Conclusies

- Bij ouderen zijn grofweg dezelfde risicofactoren van belang die ook bij jongervolwassenen een rol spelen, wel kan de verhouding tussen de verschillende risicofactoren met de leeftijd veranderen. Voor ouderen zijn in het bijzonder de gevolgen van lichamelijke ziekten van belang.
- Specifiek voor ouderen zijn de vasculaire risicofactoren die aanleiding kunnen geven tot een 'vasculaire depressie'.

Aanbevelingen

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Bij ouderen met een depressie is het wenselijk risicofactoren systematisch in kaart te brengen middels een matrix volgens het biopsychosociale model of SSKK-model (stress-steun-kwetsbaarheid-krachtmodel).

De gevolgen van lichamelijke ziekte en het gebruik van 'depressogene' medicatie verdienen bij ouderen met een depressie specifieke aandacht.

Preventie

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Er zijn vele preventieve interventies voor ouderen ontwikkeld in de afgelopen tien jaar. Verschillende interventies blijken effectief, maar niet alle interventies zijn goed onderzocht op hun effectiviteit. In een review uit 2004 naar toepasbare en effectieve interventies bij ouderen zijn tien gecontroleerde trials (waarvan acht RCT's). Vijf daarvan lieten 5 een positief resultaat zien (55). De resultaten waren te heterogeen voor een meta-analyse. Het bewijs voor effectiviteit was zwak. De toepasbaarheid van de interventies bij ouderen bleek goed. Vier interventies bleken potentieel geschikt voor de preventie van depressie bij ouderen: *life review*, cognitief-gedragstherapeutische cursussen, interventies voor recent verweduwd en voor somatisch zieken. Een goed overzicht van mogelijkheden voor preventie van depressies bij ouderen is te vinden bij Cuijpers en Willemse (66). Selectieve preventie, dat wil zeggen preventieactiviteiten die gericht zijn op ouderen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van depressies, is volgens hen van belang bij de volgende doelgroepen: weduwen en weduwnaars (rouwgroepen), mantelzorgers van hulpbehoevende ouderen, ouderen met een chronische ziekte, ouderen in instituties en ouderen die kampen met eenzaamheid. Voorbeelden van geïndiceerde en zorggericht preventie, dat wil zeggen preventieactiviteiten die gericht zijn op ouderen met beginnende depressieve klachten zijn: voorlichting, cursussen zoals 'In de put, uit de put', screening en vroegtijdige behandeling en deskundigheidsbevordering van niet-ggz-hulpverleners. Zij stellen dat de tijd gekomen is om de ontwikkelde, effectieve interventies op een meer samenhangende en integrale wijze uit te voeren, aansluitend bij lokaal beleid en lokale reeds aanwezige initiatieven.

Empirische ondersteuning voor in het bijzonder geïndiceerde preventie is te vinden in het proefschrift van Schoevers (216): het *number needed to treat* (NNT) bij geïndiceerde preventie was (iets) lager dan bij selectieve preventie. Dit betekent dat minder mensen mee moeten doen met een programma van geïndiceerde preventie om bij één persoon een depressie te voorkomen.

Smit e.a. (228) berekenden welke ouderen een verhoogd risico hadden op het ontwikkelen van een depressie en zij suggereren dat preventieve activiteiten zich het beste kunnen richten op ouderen met depressieve symptomen, functionele beperkingen, een beperkt sociaal netwerk (vooral vrouwen) en op ouderen met een laag opleidingsniveau of met chronische ziekten.

Een aantal cursussen zijn ontwikkeld ter preventie van depressie bij ouderen, bijvoorbeeld 'Op zoek naar zin', 'Kleur je leven' en 'Lichte dagen, donkere dagen' (voor mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst) ontwikkeld door het Trimbos-instituut.

Het beste bewijs voor effectiviteit is er voor de cursus 'In de put, uit de put' (55+). Deze cursus is gericht op ouderen die depressieve klachten hebben en is gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie. De cursus bestaat uit tien bijeenkomsten van elk twee uur en is erop gericht ouderen specifieke vaardigheden te leren in zelfobservatie en zelfverandering waardoor een neerwaarts gerichte spiraal van depressiviteit kan worden voorkomen. In de cursus komen de volgende onderwerpen aan de orde: wat is een depressie; spanning en ontspanning; plezierige activiteiten; de relatie tussen denken en stemming; assertiviteit; en contacten met anderen. Uit één RCT blijken aanwijzingen voor de effectiviteit van deze cursus (99). Er zijn een boek en een handreiking voor coördinatoren en begeleiders beschikbaar vanuit het Trimbos-instituut (66).

Een uitgebreid programma dat gericht is op vroegsignalering en behandeling in Drentse verzorgingshuizen toonde aan dat, ten opzichte van 'care as usual', de herkenning van depressies significant was verbeterd (80). Er bleken echter niet significant meer ouderen te worden behandeld voor hun depressie, maar er bleken wel meer ouderen met een depressie te zijn verbeterd. Bij follow-up na 6 maanden bleek echter nauwelijks een verminderde prevalentie van depressies in de experimentele groep.

Vanwege de kennis van en de ervaring met depressie bij ouderen binnen de ouderenpsychiatrie, is het belangrijk dat de preventieve activiteiten inhoudelijk en organisatorisch dicht bij de hulpverlening plaatsvinden. De grens tussen hulpverlening en preventie is immers niet altijd scherp te trekken, zoals bij ondersteuningsgroepen en psycho-educatiegroepen. Preventie vormt vanuit de 'stepped-care-gedachte' een

onmisbare schakel in het hulpaanbod.

Omdat voor sommige ouderen de drempel van een preventie cursus die wordt georganiseerd vanuit een ggz-instelling mogelijk te hoog is, valt te overwegen preventie cursussen deels buiten de ggz te organiseren. Mogelijk kunnen ook activiteiten ondernomen worden vanuit kerkgenootschappen, ouderenbonden en vrijwilligers. Of deze activiteiten een preventieve functie hebben, is voor zover ons bekend niet onderzocht. Bij sommige groepen kan worden overwogen een screeningsprogramma te starten (zie ook ['Meetinstrumenten ter screening'](#)).

Ten slotte moet niet worden vergeten dat niet alleen de depressieve oudere, maar ook de aanwezige mantelzorgers uit preventief oogpunt aandacht verdienen.

Conclusies

- De effectiviteit van preventieve activiteiten bij ouderen is onvoldoende aangetoond
- De cursus 'In de put, uit de put' (55+) is effectief gebleken

Aanbevelingen

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Geïndiceerde preventie wordt aanbevolen als de (mogelijk) meest effectieve vorm van preventie bij ouderen. De cursus 'In de put, uit de put' (55+) is daarbij de eerste keus.

Er moeten meer cursussen worden aangeboden gericht op preventie en vooral in een integraal aanbod, samenhangend met andere lokale initiatieven.

Diagnostiek en classificatie

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

Diagnostiek

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Overdiagnostiek van psychiatrische stoornissen krijgt pas sinds korte tijd meer aandacht, waarbij gewezen wordt op het te snel diagnosticeren en behandelen van depressieve klachten - zonder dat sprake is van een stemmingsstoornis - die grotendeels zonder behandeling ook over zouden gaan.

Onderdiagnostiek (en onderbehandeling) van psychiatrische stoornissen bij ouderen in de eerste lijn is eerder regel dan uitzondering. In algemene ziekenhuizen en verpleeghuizen is eveneens sprake van veel onderdiagnostiek en onderbehandeling. Daarnaast is gebleken dat slechts 8 à 16% van de ouderen met functioneel psychiatrische problematiek doordringt tot de gespecialiseerde ggz. Bij jongervolwassenen zijn dat er ongeveer 2 keer zo veel ⁽⁷²⁾. In buitenlands onderzoek naar het zogeheten filtermodel van Goldberg en Huxley is bij depressies gevonden dat van de 27 depressieve ouderen per 1.000 ouderen, er 22 naar de huisarts gaan; de huisarts onderkent bij 5,3 van hen de depressie en verwijst er vervolgens 2,8 door naar de gespecialiseerde ggz ⁽⁵⁶⁾.

Er zijn vele mogelijke verklaringen voor de genoemde *onderdiagnostiek*. Een eerste reden is terughoudendheid bij de ouderen zelf; ze zien de klachten niet als onderdeel van een ziekte maar als iets wat bij de oude dag hoort, of zij schamen zich voor psychische klachten.

Ook kan een rol spelen dat de hulpvraag van de oudere met depressieve klachten zich vaak in eerste instantie richt op de erbij voorkomende lichamelijke verschijnselen, zoals moeheid, eetlust- en gewichtsverlies, slapeloosheid. Daar dit indicatoren kunnen zijn van een (ernstige) lichamelijke ziekte waarop bij ouderen grotere kans bestaat dan bij jongeren, wordt vaak gekozen voor nader lichamenlijk onderzoek door de huisarts of medisch specialist. Wanneer dit niets oplevert blijft het vaak bij geruststelling en wordt niet gedacht aan een stemmingsstoornis. Mogelijk brengt de huidige generatie ouderen klachten over de stemming minder snel spontaan naar voren dan jongervolwassenen. Soms bestaat er angst voor dementie bij de oudere met depressieve klachten en worden de concentratiestoornissen geïnterpreteerd als geheugenstoornissen en richt de vraag zich hierop. In dit geval komt de vraag ook vaak van de omgeving (partner, kinderen) van de patiënt, die vooral de vergeetachtigheid opmerkt. Het is dus belangrijk de verborgen hulpvraag op te merken. Bij allochtone ouderen kan van een zeer late hulpvraag sprake zijn, omdat (vaak uit schaamte) symptomen lang 'binnenskamers' worden gehouden door de familie.

Een andere reden voor onderdiagnostiek is dat de hulpverleners in de eerste lijn bij ouderen de depressie vaker, net als de oudere en zijn/haar omgeving zelf, niet zien als ziekte maar als iets dat past bij de leeftijd of de levensomstandigheden. Overigens is het onderscheid tussen een depressie en verdriet als normale reactie op levensomstandigheden, en daarmee het concluderen van onder- of overdiagnostiek, bij ouderen niet altijd eenvoudig (zie ook '[Somatische diagnostiek](#)').

Er zijn ons geen empirische gegevens bekend rond *overdiagnostiek* en overbehandeling van depressies bij ouderen. Het is goed te benadrukken dat de diagnostiek die in deze richtlijn wordt besproken, niet bij iedere oudere met enige depressieve klachten hoeft te worden toegepast. Niet alleen behandeling, maar ook diagnostiek dient immers op indicatie te worden toegepast. Huisartsen verrichten vaak klachtgerichte diagnostiek waarbij rekening gehouden wordt met de context en zijn niet altijd overtuigd, bijvoorbeeld omdat de depressies die zij zien ook vaak spontaan weer overgaan, van de meerwaarde van psychiatrische diagnostiek conform bijvoorbeeld de DSM-IV. Vooral in de huisartsenpraktijk, waar immers de diagnostiek niet zozeer een eenmalige activiteit is maar meer een procesmatig karakter heeft, is een periode van '*watchful waiting*' met herhaalde beoordelingen van de stemming, goed te rechtvaardigen bij lichtere en kortdurende (niet langer dan 3 maanden) depressies. Indien de huisarts een duidelijke verslechtering ten opzichte van het voorgaande functioneren vaststelt, dan is het van belang dat hij beoordeelt of er sprake is van een depressie alvorens gekozen wordt voor een beperkte of uitvoerige diagnostiek en behandeling.

Het is in de ogen van de werkgroep goed te verdedigen dat allereerst beperkte, klachtgerichte diagnostiek ('*stepped diagnosis*') plaatsvindt, al of niet gevolgd door een kort behandelaanbod ('*stepped care*') en dat pas bij onvoldoende succes uitgebreidere psychiatrische diagnostiek plaatsvindt zoals in deze richtlijn wordt beschreven, al of niet gevolgd door een uitgebreider behandelaanbod.

Een specifiek probleem dat vooral bij ouderen voorkomt is het diagnosticeren van een depressie bij somatisch zieke ouderen of in de aanwezigheid van veel somatische klachten. De DSM stelt dat een symptoom pas als depressiesymptoom kan worden gezien als er geen somatische verklaring voor te geven is. Richtlijnen ontbreken echter voor het bepalen of een symptoom (bv. moeheid) verklaard kan worden door een bepaalde

aandoening (anemie, hypothyreoïdie) of door de behandeling hiervoor (bijwerking medicatie), of misschien zelfs een verouderingsverschijnsel is (ouderen hebben minder energie, slapen vaak minder en hebben minder eetlust). Symptomen kunnen bovendien ontstaan als een psychologische reactie op de lichamelijke ziekte. En ten slotte varieert het sterk van persoon tot persoon bij welke waarde van hemoglobine of thyroïdstimulerend hormoon (TSH) hij last heeft van moeheid. De betrouwbaarheid van het inschatten van de etiologie van een specifiek symptoom is dan ook matig (¹²²). Deze etiologische benadering van DSM-symptomen levert dus grote problemen op bij somatische comorbiditeit.

In de literatuur worden hiervoor diverse oplossingen gesuggereerd (¹²²) Het meest eenvoudig is de *'inclusive approach'*: alle symptomen tellen mee voor de diagnose depressie, ongeacht of er wel of niet een mogelijke somatische verklaring is. De *'exclusive approach'* is afkomstig uit de oncologie en laat de somatische symptomen weg uit de criteria voor een depressie. Bij de *'substitutive approach'* worden somatische vragen vervangen door psychologische depressievragen (bv. naar sociale teruggetrokkenheid) die niet opgenomen zijn in de DSM; ook bij vragenlijsten is dit mogelijk (zie bv.¹⁹⁵).

Het zal duidelijk zijn dat de exclusive approach een hoge specificiteit geeft en de inclusive approach een hoge sensitiviteit. In het onderzoek van Koenig e.a. (¹²²) werd dit ook bevestigd en bleek de prevalentie van de depressieve stoornis te variëren van 10-21%, afhankelijk van de toegepaste benadering. Welke benadering het beste is hangt af van de doelstelling van de onderzoeker.

Een praktisch advies is om zowel de exclusive als de inclusive benadering te volgen, meestal komt de onderzoeker dan op beide wijzen tot dezelfde conclusie. Indien de conclusies verschillen wordt vaak geadviseerd de inclusive approach te laten prevaleren (⁶⁴).

Ten slotte adviseren diverse auteurs het maken van een tijdas. Hierop wordt weergegeven op welk moment in de tijd welk symptoom, lichamenlijk of psychisch, ontstond, en worden hierbij ook de objectief vastgestelde somatische ziekten of laboratoriumbevindingen genoteerd. Aangezien niet elke depressieve patiënt dit met enige nauwkeurigheid kan aangeven is hier wederom een heteroanamnese onmisbaar.

Voor een verdere bespreking van het diagnosticeren van depressies bij somatisch zieke patiënten wordt verwezen naar de literatuur (^{64 278}).

Nogmaals wordt hier benadrukt dat een depressie geen normale reactie is op de aanwezigheid van een lichamenlijke ziekte.

Conclusie

- Er zijn veel aanwijzingen voor onderdiagnostiek van depressies bij ouderen in diverse echelons in de gezondheidszorg.
- Voor het bepalen of lichamenlijk klachten onderdeel zijn van een depressie, van eventueel aanwezige lichamenlijke ziekten of bij de leeftijd passen, zijn diverse mogelijkheden beschreven in de literatuur.

Aanbevelingen

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Bij de diagnostiek van depressies wordt geadviseerd een stepped-care-model te hanteren, waarbij uitvoerige diagnostiek zoals in deze richtlijn wordt beschreven, niet bij iedere patiënt geïndiceerd is.

Bij de diagnostiek van depressies wordt geadviseerd bij diagnostische onduidelijkheid over de aard van de aanwezige lichamenlijk klachten zowel de exclusive als de inclusive benadering uit te voeren, gebruik te maken van een tijdas, en een heteroanamnese af te nemen.

Anamnese

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Met behulp van open vragen wordt allereerst nagegaan wat de spontane klachten van de patiënt zijn. Vervolgens worden alle symptomen van stemmingsstoornissen uitgevraagd: ook de afwezigheid van een depressiekenmerk is relevant.

In geen enkele leeftijdsgroep is de incidentie van suïcide zo hoog is als bij ouderen, en wel vooral bij oudere mannen. Naast leeftijd en mannelijk geslacht zijn psychiatrische stoornissen, en dan vooral depressie, risicofactoren voor suïcide, evenals eenzaamheid en een eerdere suïcidepoging (¹⁷⁸). Uitgebreid uitvragen van doodswensen/-gedachten/-plannen en deze risicofactoren is daarom bij ouderen vereist. Daarnaast dient ook gevraagd te worden naar angst en spanningsklachten, twijfelzucht, dwanggedachten, dwanghandelingen, depersonalisatie en derealisatie, hallucinaties en waangedachten (m.n. de stemmingscongruente). Verschijnselen die kunnen wijzen op een (beginnende) dementie moeten worden uitgevraagd evenals eerdere

(hypo)manische episodes.

Met behulp van gericht navragen naar concrete situaties en door het noemen van voorbeelden geven kan meestal een goede indruk van de stemmingsklachten worden verkregen. Een voorbeeld is het navragen of de oudere kan genieten van het bezoek van de kleinkinderen.

Het is bij ouderen soms moeilijk om somberheid te onderscheiden van al langer bestaande vermindering van de motivatie en apathie.

Bij symptomen zoals concentratie- en geheugenstoornissen, interesseverlies en slaapklachten, die ook bij dementie kunnen voorkomen, is het zaak deze gedetailleerd uit te vragen. Het beloop in de tijd kan hierbij inzicht geven: sinds hoe lang bestaan welke symptomen, in welke volgorde zijn de symptomen opgetreden. Het voorkomen van andere cognitieve stoornissen, zoals verminderde *wordfluency*, fatische stoornissen, woordvindingsstoornissen, perseveraties, verlies van overzicht en een verminderd vermogen om samengestelde handelingen te verrichten is eveneens van belang.

Niet alleen bij ouderen met spontane klachten die kunnen passen bij dementie dient nader onderzoek van geheugenfuncties en oriëntatie plaats te vinden: dit hoort bij elke oudere met een depressie onderdeel van de diagnostiek te zijn. Er kan niet worden volstaan met het aannemen dat geheugen en oriëntatie wel intact zijn op grond van het ontbreken van aanwijzingen voor het tegendeel, zoals in de praktijk met regelmaat gebeurt. Het navragen van de oriëntatie in tijd en plaats en het testen van de inprenting (bv. door te vragen drie voorwerpen te onthouden; zie de *Mini Mental State Examination* ('[Meetinstrumenten ter screening](#)') is nauwelijks tijdrovend en is als screening geschikt om een goede indruk te krijgen van deze cognitieve functies. Indien een oudere wordt begeleid door een partner of familielid, kunnen cognitieve problemen gemaskeerd worden. De begeleider geeft soms de antwoorden die de patiënt niet weet, of het valt op dat de patiënt bij vragen naar cognitieve functies zich meteen tot de partner wendt (het '*head-turning sign*').

Bij de somatische depressiesymptomen (slaap- en eetpatroon, moeheid, psychomotoriek), maar ook bij pijnklachten of meerdere onverklaarde lichamelijke symptomen is het belangrijk te achterhalen of deze (mede) verklaard kunnen worden door de depressie, dan wel door veroudering of somatische ziekte. Hierbij is het gedetailleerd uitvragen van het ontstaan in de tijd van elke klacht een goed hulpmiddel.

Een specifiek aandachtspunt bij ouderen is de heteroanamnese. Mede omdat sommige ouderen hun depressieve klachten niet altijd uiten, en vanwege de differentiële diagnostiek met dementie waarbij het ziektebesef vaak ontbreekt, is een heteroanamnese vaak onmisbaar bij de diagnostiek.

Veel van de hier genoemde symptomen zijn onderdeel van de verpleegkundige diagnostiek, waarmee actuele of potentiële gezondheidsproblemen worden beschreven, en ten aanzien waarvan de verpleegkundige op grond van zijn opleiding hulp en bijstand kan en mag verlenen. Vaak wordt gebruikgemaakt van de PES-structuur (Probleem, Etiologie, Symptomen), wat betekent dat de relatie tussen het probleem, de ziekteoorzaken, en de bijbehorende klachten en verschijnselen beschreven moet worden.

Zowel in de ambulante als in de klinische ggz behoort de gerichtheid op gevolgen van ziekte of handicaps tot het werkveld van verpleegkundigen. Verpleegkundige diagnostiek kan niet zonder gerichte observatie. Als hulpmiddel bij het vaststellen van verpleegproblemen en zorgbehoefte bij depressieve ouderen kan gebruikgemaakt worden van het model 'Functionele gezondheidspatronen van Gordon' (⁹²). Dit model heeft breed ingang gevonden in vooral de Nederlandse klinische verpleegkundige praktijk.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd: Bij de anamnese moet standaard naar suicidaliteit en geheugen- en oriëntatieklachten worden gevraagd.

Een heteroanamnese is een belangrijk en vaak onmisbaar onderdeel van de psychiatrische diagnostiek bij ouderen.

Somatische diagnostiek

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Bij elke episode van een depressie dient een organische factor te worden uitgesloten. Dit geldt vooral als de eerste episode zich op latere leeftijd openbaart, dat wil zeggen na bijvoorbeeld het 50-ste levensjaar (over de grenzen van de 'late-onset' depressie bestaat weinig uniformiteit in de literatuur), en bij een negatieve familieanamnese. Gezien recent onderzoek naar de samenhang tussen hart- en vaatziekten en depressies dient aan deze groep aandoeningen extra aandacht besteed te worden.

Een somatische anamnese moet standaard plaatsvinden. Indien dit afwijkingen toont dan is nader lichamelijk onderzoek aangewezen (NB: ook ogenschijnlijke vitaal-depressieve kenmerken dienen in principe als een somatische afwijking te worden beschouwd).

Gezien de vasculairedepressiehypothese (zie '[Risicofactoren](#)') beveelt de werkgroep aan bij anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek gericht naar vasculaire risicofactoren te zoeken (bv.

bloeddruk meten, *body-mass index* (BMI) bepalen, onderzoek naar diabetes mellitus en cholesterolbepalen), zeker bij de 'late-onset' depressie.

Ook dient gevraagd te worden naar het gebruik van geneesmiddelen die een depressie kunnen veroorzaken. Adviezen of, wanneer, hoe uitgebreid en door wie een oudere met een depressie lichamenlijk moet worden onderzocht variëren sterk in de literatuur en zullen ook per werksetting (ambulant, klinisch) variëren.

Empirische gegevens ter onderbouwing van adviezen ontbreken vrijwel geheel, er is helemaal nog niet bekend hoe vaak een nog niet onderkende, relevante lichamenlijke ziekte wordt gevonden.

De werkgroep is van mening dat in de diagnostiekfase bij iedere oudere met een verdenking op depressie minimaal één keer een lichamenlijk onderzoek dient plaats te vinden. Elke arts die betrokken is bij de diagnostiek en behandeling van een oudere met een depressie moet zich ervan vergewissen of dit is gebeurd en of het onderzoek voldoende uitgebreid was, en anders in deze lacune (doen) voorzien. Het delegeren van het lichamenlijk onderzoek naar de huisarts of naar een polikliniek geriatrie behoort tot de mogelijkheden.

Laboratoriumonderzoek wordt vrijwel unaniem in de literatuur als onmisbaar gezien bij ouderen met een stemmingsstoornis. Er is geen overeenstemming in de literatuur over welk laboratoriumonderzoek verricht zou moeten worden. De werkgroep beveelt aan: volledig bloedbeeld, Na, K, Ca, glucose, leverfuncties, TSH, vitamine B12 en foliumzuur ⁽¹⁶⁾.

Een EEG kan in uitzonderlijke gevallen geïndiceerd zijn, zoals in de differentiële diagnostiek met delier, of op verdenking van een lithiumintoxicatie bij normale serumspiegels. Een CT-scan en met name een MRI-scan kan overwogen worden bij verdenking op een zogenaamde vasculaire depressie.

Somatische symptomen kunnen de diagnostiek ernstig bemoeilijken omdat ze soms ten onrechte worden toegeschreven aan een nog niet bekende somatische ziekte en niet worden herkend als vitaaldepressieve klachten. Soms worden ouderen hierdoor maanden lang uitgebreid op somatisch gebied onderzocht terwijl de depressie niet wordt herkend en behandeld. Anderzijds kan een niet-herkende lichamenlijke oorzaak de behandeling van een depressie in negatieve zin beïnvloeden.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Een somatische anamnese en lichamenlijk onderzoek, aangevuld met een (beperkt) laboratoriumonderzoek, dienen altijd plaats te vinden bij ouderen met een depressie.

Standaard dienen bij de diagnostiek vasculaire risicofactoren te worden geïnteriseerd, vooral bij de zogenaamde late-onsetdepressies.

Sociale diagnostiek

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Het stellen van een diagnose en het vinden van de oorzakelijke factoren is nog geen volledige diagnostiek.

Juist bij ouderen is, evenals de heteroanamnese, de 'sociale' diagnostiek belangrijk.

Bij de sociale diagnostiek gaat het om het in kaart brengen van de sociale aspecten van het stress-steun-kwetsbaarheid-krachtmodel (SSKK-model; zie 'Risicofactoren') en het maken van een inventarisatie van de belasting voor de familieleden. De zorg voor een depressieve partner kan zeer belastend zijn ⁽²⁷⁵⁾. Op grond hiervan kan eventueel een behandelaanbod voor familieleden worden gedaan (te denken valt aan meer preventiegerichte groepen voor familieleden van patiënten).

De sociale omgeving omvat hier familie, wonen, eventueel werken, vrienden, vrije tijd, religie enzovoort. Ook het in kaart brengen van sociale beperkingen is van belang, omdat er op het gebied van maatschappelijk functioneren vaak grote verliezen worden geleden (bv. werk, hobby's, relatie) of anderszins problemen kunnen bestaan. Het is van belang om te weten welke bezigheden iemand had (hoe zag een gewone dag eruit?) en van welke hobby's iemand kon genieten voordat hij depressief werd. Het inventariseren van beschermende factoren is relevant omdat uit onderzoek bekend is dat het hebben van een partner of het hebben van sociale steun de impact kan beperken die functionele achteruitgang heeft op het ontwikkelen van een depressie ⁽²¹⁶⁾. Meestal is er geen sprake meer van een samenwonend gezinssysteem, op een enkele uitzondering na. Een enkele keer komt het voor dat een eigen moeder of vader nog leeft en meestal zorgbehoevend is. De kinderen wonen meestal zelfstandig, hebben hun eigen leven en wonen soms ver weg, vaak zijn er kleinkinderen.

Meestal is er geen sprake meer van een eigen werksituatie. Door het verlies van een partner komt veelvuldig voor dat er, naast emotionele, ook praktische problemen ontstaan. Broers en zussen en andere familieleden (dezelfde generatie) kunnen heel trouw zijn in het contact maar worden zelf ook ouder. Wanneer er sprake is van verslechterende mobiliteit wordt het onderhouden van contacten vaak sterk bemoeilijkt.

Buren kunnen ook erg belangrijk zijn, evenals kennissen en vrienden vanwege de lange duur van het contact met hen. Hobby's kunnen als tijdsbesteding een grotere rol gaan spelen. De godsdienst en contacten rondom

de uitoefening ervan kunnen erg belangrijk zijn voor een oudere, maar worden naar onze ervaring te weinig routinematig ter sprake gebracht in de intakefase.

Bij de biografie dient aandacht besteed te worden aan specifieke omstandigheden die bij ouderen relevant kunnen zijn voor het ontstaan van een stemmingsstoornis. Hierbij kan gedacht worden het opvoedingsklimaat (zeker bij de oudste ouderen was er minder aandacht dan nu voor pedagogische, emotionele behoeften van kinderen) en ervaringen tijdens de crisisjaren en de tweede wereldoorlog. Ook bij ouderen kunnen bekende vroege levensgebeurtenissen nog een rol spelen bij het ontstaan van een depressie, zoals het verlies van een ouder, een ouder met een alcoholprobleem, fysieke mishandeling of seksueel misbruik.

Overigens moet ook op signalen van ouderenmishandeling worden gelet, een onderwerp dat vooral bij demente ouderen meer in de belangstelling komt. Ook depressieve ouderen kunnen door hun gedrag het slachtoffer worden van lichamelijk of geestelijk geweld, verwaarlozing of financiële uitbuiting.

Op grond van bovenstaande zal duidelijk zijn dat de tijdsinvestering voor een intake bij ouderen meestal ruim genomen moet worden, zeker wanneer er sprake is van zorgmijders die in het contact meestal zeer complex kunnen reageren als ze al mee willen doen aan nadere diagnostiek.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Bij de sociale diagnostiek dient er aandacht te zijn voor de belasting van de partner/verzorgenden, en voor het verdere sociale netwerk, de bezigheden en de levensloop.

Differentiële diagnostiek

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

Dementie

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

De belangrijkste differentieeldiagnostische overweging is dementie. Allereerst is het goed te beseffen dat de prevalentie van dementie bij jonge ouderen laag is (<1% tussen 60-65 jaar) en pas tussen 70-75 jaar wordt de prevalentie van dementie hoger dan die van depressie. Depressieve symptomen komen bij 25-35% van patiënten met dementie voor, terwijl ongeveer 10-20% voldoet aan de criteria voor een depressieve stoornis (Richtlijn Diagnostiek en Medicamenteuze Behandeling van Dementie,¹⁷⁶).

Het onderscheid tussen een 'pure' depressie met weinig cognitieve klachten, en een 'pure' dementie met weinig stemmingssymptomen is zelden erg moeilijk. Een uitzondering is soms de beginfase van dementie, hier kan een neuropsychologisch onderzoek uitkomst bieden. Wanneer echter forse stemmingssymptomen tegelijk voorkomen met evidente cognitieve stoornissen, is het onderscheid tussen een stemmingsstoornis met secundair cognitieve problemen en een dementie met secundair stemmingssymptomen niet eenvoudig. Veel psychiatriehandboeken kennen lijstjes met symptomen die meer bij depressie of meer bij dementie zouden voorkomen, doch in de praktijk brengen deze niet vaak helderheid. Deze lijsten zijn vooral gericht op het onderscheid tussen een 'gewone' depressie en een alzheimerdementie, terwijl bij een subcorticale dementie, een vasculaire dementie of bij een 'vasculaire depressie' dit onderscheid veel lastiger is.

Enigszins bruikbaar zijn de volgende regels, die zeker niet zo zwart-wit zijn als vaak in de literatuur wordt gesuggereerd.

- Depressieve patiënten klagen eerder zelf over het geheugen of 'overdrijven' hun geheugenklachten, dementiepatiënten ontkennen of bagatelliseren vaker hun geheugenklachten.
- Bij testen antwoorden depressieve patiënten vaker met 'weet niet' en geven demente patiënten vaker foute antwoorden (confabulaties).
- Bij depressieve patiënten valt op dat het korte- en langetermijngeheugen evenveel is aangedaan, bij dementiepatiënten is vooral het kortetermijngeheugen aangedaan.
- Als het bij depressieve patiënten lukt om een onderwerp te vinden dat hun interesse nog wel heeft, dan blijkt hieromtrent het geheugen vaak intact, terwijl dementiepatiënten vaak ook grote geheugenproblemen hebben omtrent activiteiten die wel hun interesse hebben.
- Bij een depressie zijn de cognitieve stoornissen meestal beperkter en geven deze zelden aanleiding tot objectieve stoornissen in het dagelijks functioneren, in vergelijking met dementiepatiënten.
- Ten slotte komt bij depressie geen apraxie, afasie of agnosie voor (tenzij er bijvoorbeeld een CVA heeft plaatsgevonden dat - mede - de depressie heeft veroorzaakt!) terwijl dit bij dementie (althans bij alzheimerdementie) wel veelvuldig voorkomt, zeker in wat meer gevorderde stadia.

Soms kunnen bij een depressie de concentratie- en geheugenklachten zo sterk zijn dat er op syndromaal niveau sprake is van dementie, in de literatuur komt dit onder verschillende, deels verouderde (pseudodementie) termen voor, zoals '*dementia syndrome of depression*' en '*depressive dementia*'. Er bestaan (voorlopige) aparte criteria voor het vaststellen van depressie bij alzheimerpatiënten ⁽¹⁸⁰⁾. De verschillen van deze criteria met de DSM-IV-criteria zijn dat het symptoom 'concentratieproblemen' is vervallen, twee nieuwe symptomen zijn toegevoegd (sociale isolatie/terugtrekking en prikkelbaarheid) en dat drie van de tien symptomen nodig zijn.

Soms kan alleen een proefbehandeling de diagnose verhelderen. Cognitieve stoornissen zijn in ieder geval geen contra-indicatie voor behandeling. Het gaat meestal niet om de vraag of er sprake is van dementie óf van depressie, maar om de vraag of bij deze patiënt met veel cognitieve en affectieve symptomen, de ernst van de affectieve symptomen voldoende is om een (proef) behandeling te rechtvaardigen.

Er zijn verschillende mogelijkheden waarop cognitieve en affectieve klachten/symptomen met elkaar kunnen samenhangen, maar de verdere bespreking hiervan valt buiten het bestek van de richtlijn.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Vanwege de differentiële diagnostiek met dementie dienen standaard bij iedere oudere met verdenking op depressie expliciet en gericht enkele vragen naar oriëntatie in tijd en plaats en naar geheugenfuncties (zoals inprinting) te worden gesteld. Bij twijfel over de diagnose dient eventueel neuropsychologisch onderzoek te worden gedaan.

Levensmoeheid zonder psychiatrische stoornis

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Een specifiek probleem bij ouderen is het vaststellen van een stemmingsstoornis bij ouderen in de terminale fase en bij 'levensmoeheid'. In beide situaties gaat het om de vraag of de aanwezige stemmingsklachten wijzen op een stemmingsstoornis of dat deze begrijpelijk zijn gezien de slechte somatische situatie, dan wel gezien andere levensomstandigheden. Overigens suggereert dit ten onrechte een tweedeling: ook een stemmingsstoornis kan begrijpelijk zijn gezien de omstandigheden. Bovendien kan hierdoor mogelijk ook de indruk kan ontstaan dat een stoornis altijd behandeld moet worden en een begrijpelijke stemmingsdaling niet. De term 'levensmoeheid' werd landelijk bekend door de 'zaak Brongersma', een oud-senator die van een arts hulp bij zelfdoding kreeg zonder dat sprake was van een medische aandoening ⁽⁴³⁾. Uiteindelijk heeft de Hoge Raad vastgesteld dat een arts zich slechts kan beroepen op overmacht bij het toepassen van euthanasie of hulp bij zelfdoding indien sprake is van een medisch classificeerbare aandoening (waaronder overigens ook psychiatrische aandoeningen). De uitspraak stelt dat artsen niet bekwaam zijn in het beantwoorden van 'levensvragen', daarin gesteund door discussies over het nogal subjectieve aspect van het vaststellen van de 'kwaliteit van leven' ⁽²⁶⁶⁾. Dit geeft daarmee een dilemma: als er sprake is van een psychiatrische aandoening dan dient deze eerst behandeld te worden (indien mogelijk uiteraard) alvorens hulp bij euthanasie of zelfdoding mogelijk is, maar als er geen sprake is van een psychiatrische aandoening dan vervalt de rechtsgrond voor euthanasie of zelfdoding ook. Bij een oudere is, na verlies van dierbaren, van lichamelijke en geestelijke vitaliteit, van werk of van een actieve deelname aan de samenleving, het onderscheid tussen 'normaal' verdriet hierover en een depressie, niet altijd eenvoudig.

In verpleeghuizen en hospices komen regelmatig ouderen voor met een infauste prognose, die amper eten of drinken, dood willen en geen hoop op genezing hebben. Het vaststellen van een depressie is dan niet eenvoudig, daarnaast is het de vraag welke behandelmogelijkheden er zijn. Door sommige auteurs wordt overigens methylfenidaat als behandeloptie genoemd, waarbij een goede reactie mogelijk als diagnosticum kan worden gebruikt (een goede reactie wijst op een depressie) maar de empirische ondersteuning hiervan ontbreekt en de validiteit van deze 'diagnostische test' is dan ook twijfelachtig.

Psychiaters worden regelmatig betrokken bij een euthanasievraag, waarbij meestal hun rol beperkt is tot het al of niet vaststellen van wilsbekwaamheid vanuit een psychiatrische stoornis (bv. een stemmingsstoornis). Psychologen lijken juist meer te worden betrokken als er geen evidente psychiatrische stoornis is, om het proces van acceptatie van een terminale ziekte of van de levensomstandigheden te bevorderen. Vaak wordt door behandelaars als uitgangspunt genomen dat een duidelijke doodswens wijst op psychiatrische problematiek totdat het tegendeel is bewezen. Dit hoeft echter lang niet altijd een stemmingsstoornis te zijn: in een recent onderzoek betreffende 23 ouderen die in de afwezigheid van een gediagnosticeerde psychiatrische stoornis zelfmoord hadden gepleegd, zijn aanwijzingen gevonden voor persoonlijkheidsproblematiek bij een groot deel van hen. In mindere mate bleek de aanwezigheid van een ernstige lichamelijke ziekte en/of rouw belangrijke bijdragende factoren aan de suïcide te zijn, meer dan de

aanwezigheid van subsyndromale psychiatrische stoornissen (¹⁰¹). De praktische consequentie hiervan is mogelijk dat bij doodswensen zonder evidente stemmingsstoornis of ernstig lichamelijk lijden verdere persoonlijkheidsdiagnostiek aangewezen kan zijn.

De term 'balanssuicide' wordt vaak genoemd in deze situatie. De suïcide zou dan een redelijke keus zijn van de oudere, in alle gemoedsrust genomen na een rationele afweging van voors en tegens van het huidige bestaan. Het bestaan van een balanssuicide wordt sterk betwist (¹²⁴). Voor zover onderzocht (en voor zover goed te onderzoeken) maken balanssuicides hooguit enkele procenten uit van alle suïcides (²⁴⁸). De discussie over de zogeheten 'pil van Drion' waarbij ouderen zelf zouden mogen beschikken over middelen om niet op een meer gruwelijke manier een einde aan hun leven te moeten maken, gaat voorbij aan het ambivalente karakter van de doodswens en de sterk wisselende aard van het doodsverlangen. Ook vele casereports van ouderen na een mislukte suïcidepoging, die later (al of niet na behandeling) tevreden zijn dat ze leven, suggereren dat elke doodswens zorgvuldig moet worden onderzocht. Ook het tegenovergestelde komt uiteraard voor, ouderen die met dwang van een suïcide zijn weerhouden en die later alsnog suïcide plegen.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Suïcidaliteit, 'levensmoeheid' of een andere doodswens bij ouderen die niet lijkt voort te komen uit een psychiatrische stoornis moet een reden zijn voor verdere diagnostiek, in het bijzonder naar persoonlijkheidsproblematiek.

Rouw

Voor de overeenkomsten en verschillen met rouw verwijzen wij naar het [hoofdstuk Diagnostiek, subhoofdstuk Andere, minder ernstige psychiatrische stoornissen](#) van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie bij volwassenen, waar dit uitgebreid wordt besproken. Bij ouderen is ons één onderzoek hiernaar bekend, waarin gevonden werd dat de volgende symptomen een onderdeel waren van gecompliceerde rouw: '*searching, yearning, preoccupation with thoughts of the deceased, crying, disbelief regarding the death, feeling stunned by the death, and lack of acceptance of the death*' (¹⁹³). Opgemerkt moet worden dat een depressie ontstaan door een verlieservaring een uitstekend focus is voor behandeling met Interpersoonlijke Psychotherapie (zie '[Interpersoonlijke psychotherapie](#)' bij '[Psychologische/psychotherapeutische interventies](#)').

Angststoornissen

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Indien op oudere leeftijd angstklachten ontstaan bij een oudere die hier niet mee bekend is, moet overwogen worden of er sprake is van een depressie. Stemmingsstoornissen en angststoornissen vertonen overlap van symptomen, komen op syndroomniveau vaak samen voor en blijken deels dezelfde risicofactoren te hebben (^{27 217}). Vooral een gegeneraliseerde angststoornis en een posttraumatische stressstoornis moeten bij ouderen worden overwogen. Indien een depressie gepaard gaat met veel angstsymptomen of met een comorbide angststoornis, is de prognose met betrekking tot behandeling waarschijnlijk slechter.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Vanwege de betekenis voor de prognose dienen bij iedere oudere met een verdenking op een depressie angstsymptomen te worden nagevraagd en vice versa.

Aanpassingsstoornissen

Specifiek voor ouderen is bijvoorbeeld de depressieve reactie na verhuizing naar het verzorgingshuis of verpleeghuis ('aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken'). Voor de verdere bespreking van de aanpassingsstoornis verwijzen wij naar het hoofdstuk '[Diagnostiek, subhoofdstuk 'Andere, minder ernstige psychische stoornissen](#)' van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie bij volwassenen.

Apathie

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Zoals eerder beschreven bij vasculaire depressies kan apathie hiervan een onderdeel zijn, maar ook bij 'gewone' depressies kan apathie voorkomen. Als er vooral sprake is van apathie en niet zozeer van een gedaalde stemming is de vraag aan de orde of er nog wel sprake is van een stemmingsstoornis. Soms kan beter van een 'remmingsstoornis' worden gesproken of van een 'motivationale syndroom'. Bij ouderen komt apathie veelvuldig voor in het kader van psychiatrische (vooral depressie, maar ook dementie en schizofrenie) en somatische (vooral neurologische) ziektebeelden, maar kan ook onafhankelijk hiervan optreden. Niet altijd is de patiënt zich bewust van de apathie; de partner of verzorgenden daarentegen vaak des te meer. Apathie bij de patiënt kan een grote belasting voor de omgeving zijn.

Er zijn enkele meetschalen voor apathie ontwikkeld (de *Apathy Evaluation Scale* en de *Apathy Scale*) en sommige meetschalen (zoals de onder 'Meetinstrumenten' behandelde *Neuropsychiatrische vragenlijst*, de NPI) kennen secties met apathievragen. Voor een verdere bespreking verwijzen wij naar de literatuur (zie bv. [270](#)). De behandeling van apathie die niet in het kader van een depressie voorkomt valt buiten de doelstellingen van deze richtlijn.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Bij depressies bij ouderen dient nagevraagd te worden of er sprake is van apathie.

Classificatie

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Er is geen goed opgezet empirisch onderzoek naar de bruikbaarheid van classificatiesystemen zoals de DSM ([1](#)) bij ouderen. Wel is duidelijk dat de DSM niet is ontwikkeld voor ouderen, maar voor jongervolwassenen. Dit levert soms problemen op, maar in het algemeen is met geringe aanpassingen de DSM bruikbaar bij ouderen. Ook voor huisartsen geldt dat de criteria voor een stemmingsstoornis van de *DSM IV Primary Care* versie of de *International Classification of Primary Care* (ICPC), bij ouderen geschikt zijn om een diagnose te stellen. Vooral het feit dat een symptoom pas als depressiesymptoom kan worden gezien als er geen somatische verklaring voor te geven is, levert in de dagelijkse praktijk interpretatieproblemen op. Het is immers niet eenvoudig om vast te stellen bij een patiënt met een verminderde schildklierfunctie of de moeheid daar een gevolg van is of van een eventuele depressie. Een ander voorbeeld is het gebruik van het ernstcriterium: de klachten moeten invloed hebben op het beroepsmatige (of het sociale) functioneren. Dit is een criterium dat bij ouderen die geen baan meer hebben of die op lichamelijke gronden vroegere hobby's niet meer kunnen uitoefenen, minder eenvoudig te interpreteren is. De specifieke problemen van het vaststellen van een depressie bij patiënten met veel somatische klachten of bij de aanwezigheid van een somatische ziekte, zijn onder 'Diagnostiek' besproken.

Het onderscheid zoals de DSM dat maakt tussen lichte, matige en ernstige depressieve stoornissen op grond van het aantal symptomen (5-6, 6-8 en 8-9 respectievelijk), is naar de mening van de werkgroep bij ouderen niet zinvol. De reden is dat de gevolgen van depressies bij ouderen meestal samenhangen met somatische (verslechtering van medicatietrouw van somatische medicatie, slechtere voedingstoestand) en sociale gevolgen (bv. bij een beperkt sociaal netwerk) die niet in direct verband met het aantal symptomen hoeven te staan. De reden voor een klinische opname bijvoorbeeld, is in de praktijk niet zozeer de ernst van de depressie, maar vaak de eerder genoemde somatische gevolgen en/of het beperkte sociale netwerk. De beperkte depressie gaat bij ouderen gepaard met evidente, en in sommige onderzoeken even sterke effecten op het welbevinden en functioneren als bij een depressieve stoornis, maar uitgebreid onderzoek hiernaar is niet verricht, zodat definitieve conclusies nog niet kunnen worden getrokken. In een review in de eerste lijn is gevonden dat ouderen met een beperkte depressie na 1 jaar zowel op de *Hamilton Rating Scale for Depression* als qua functionele uitkomst zich tussen patiënten met een depressieve stoornis en ouderen zonder depressie bevonden ([145](#)). 'Beperkt' lijkt in ieder geval mogelijk meer een aanduiding van het aantal depressiesymptomen dan van de gevolgen en is daarmee een verwarrende term. Ongeveer 25% van de patiënten met een beperkte depressie ontwikkelt een depressieve stoornis binnen 2 jaar ([1](#)).

Een probleem is overigens dat de beperkte depressie onder vele, niet bepaald synonieme termen in de literatuur voorkomt: *borderline depression*, *subthreshold depression*, *minor depression*, *subclinical depression* en andere ([186](#)). Wij gebruiken in deze richtlijn alleen de termen depressieve stoornis (major depression) (onderverdeeld in licht, matig en ernstig) en beperkte depressie (minor depression), zoals de DSM IV dit heeft geoperationaliseerd. Waarschijnlijk bevinden 'minor' en 'major depression' zich op een continuüm en is geen sprake van geheel verschillende stoornissen.

In een groot Nederlands bevolkingsonderzoek bij ouderen werd vrijwel geen verschil gevonden tussen de symptomen van een depressie en van dysthymie (23). In buitenlands onderzoek zijn aanwijzingen te vinden dat dysthymie bij ouderen vaak op late leeftijd ontstaat (en dus niet van jongs af aan aanwezig is) en geluxeerd wordt door levensgebeurtenissen en lichamelijke ziekten. De correlatie met persoonlijkheidsproblematiek is minder sterk dan bij jongervolwassenen.

Bovenstaande betekent dat bij ouderen de indeling in ernst, oplopend van depressieve klachten via de beperkte depressie en dysthymie, naar lichte, matige en ten slotte ernstige depressies, onvoldoende gerelateerd is aan uitkomstmaten om beslissingen over behandeling slechts hierop te baseren.

Stemmingsstoornissen bij ouderen kennen geen eigen criteria - behoudens de depressie bij alzheimerdementie -, omdat de symptomen enigszins kunnen verschillen van depressies bij niet-demente patiënten (180 176). Het belangrijkste verschil is dat bij de gebruikelijke DSM-symptomen 2 nieuwe zijn toegevoegd (sociale isolatie of terugtrekking, en prikkelbaarheid), terwijl concentratieproblemen is weggelaten als symptoom. Verder is vereist dat minimaal 3 van de 10 symptomen gedurende 2 weken aanwezig zijn, in plaats van minimaal 5 van de 9 zoals bij niet-alzheimerpatiënten. Een belangrijk kenmerk van depressieve klachten bij dementiepatiënten is dat het beeld sterk kan wisselen, afhankelijk van de omstandigheden. Dit tijdselement kan bij de diagnostiek worden gebruikt.

De DSM-criteria lijken niet geschikt om depressie te diagnosticeren bij dementiepatiënten, vooral omdat er symptoomoverlap is en de betreffende symptomen niet voldoende zijn geoperationaliseerd (253). Zo is er sprake van een verschillende aard dan wel oorzaak van ogenschijnlijk dezelfde symptomen: het interesseverlies bij dementie komt voort uit het verminderde besef van de buitenwereld, het interesseverlies bij depressie komt voort uit het geen plezier meer beleven in activiteiten.

In de literatuur wordt regelmatig genoemd dat depressies bij ouderen een enigszins ander klinisch beeld zouden hebben. Bij deze als atypisch omschreven presentatie zouden lichamelijke klachten, geheugenklachten of gedragsproblemen meer op de voorgrond staan, terwijl somberheid en overmatige schuldgevoelens minder voor zouden komen. Empirisch onderzoek heeft echter nauwelijks symptoomverschillen kunnen aantonen tussen ouderen en jongervolwassenen met een depressie (125), al zijn er in een klein aantal onderzoeken wel geringe verschillen gevonden. Mogelijk leggen ouderen vaker de nadruk op andere klachten, zoals op de lichamelijke verschijnselen (moeheid, gewichtsverlies, slecht slapen) als ze zich, bijvoorbeeld in de eerste lijn, presenteren. Blazer stelt in zijn monografie kort en krachtig: *'Older persons do not usually mask depressive symptoms more than younger persons when the clinician probes for the presence of a depressed mood'* (30). Het is dus van groot belang te denken aan een depressie bij ouderen met meerdere lichamelijke klachten zonder somatische oorzaak.

Naar de ervaring van de werkgroep geeft het stellen van de juiste vraag ('als ik u zo zie, klopt het dan dat u somber bent?') zelden ontkenning van somberheid. Het navragen van ogenschijnlijk synonieme termen (neerslachtig, in de put, somber, depressief) is eveneens een praktisch advies, aangezien sommige ouderen naar onze ervaring hun psychische klachten een bepaald woord geven en niet altijd een in onze ogen vergelijkbare term herkennen.

Ook dient de onderzoeker zich te realiseren dat somberheid óf interesseverlies vereist is volgens de DSM-IV voor de classificatie depressieve stoornis, en dat bij ogenschijnlijk ontbreken van somberheid goed nagevraagd moet worden of er sprake is van interesseverlies.

Bij de vasculaire depressie is mogelijk wel sprake van een iets ander klinisch beeld, waarvoor enige, maar nog verre van definitieve, ondersteuning in de literatuur te vinden is. Het belangrijkste verschil is dat de depressieve stemming minder op de voorgrond staat en remming (apathie, traagheid) juist meer, evenals cognitieve stoornissen (vooral stoornissen in de uitvoerende functies: het plannen maken voor en het initiëren, opeenvolgen, controleren en stoppen van ingewikkelde handelingen). Er zijn twee verschillende voorstellen voor criteria voor deze vasculaire depressie geïntroduceerd, op grond van leeftijd (eerste depressie na het zestigste jaar) en vasculaire risicofactoren (4) of op grond van MRI-afwijkingen (130). Op beide criteria is de nodige kritiek te leveren, maar duidelijk is dat er waarschijnlijk een specifieke subgroep bij ouderen bestaat bij wie de stemmingsklachten minder op de voorgrond staan.

Een depressie ten gevolge van de directe invloed van een somatische aandoening wordt in de DSM-IV geclassificeerd als 'een stemmingsstoornis door een somatische aandoening' (bv. CVA) 'met depressieve kenmerken'. Het bovengenoemde onderscheid tussen directe gevolgen en indirecte is overigens arbitrair. Bij de somatische ziekten waarbij sprake zou zijn van een direct etiologisch verband (met name de ziekte van Alzheimer, de ziekte van Parkinson en het CVA) spelen andere factoren, psychologische en sociale, eveneens een rol bij het ontstaan van depressies en zijn conceptuele vragen aan de orde aangezien een depressie ook gezien kan worden als een onderdeel van de betreffende somatische aandoening.

Conclusie

- De DSM is bij ouderen geschikt voor het classificeren van stemmingsstoornissen, al zijn enige aanpassingen nodig zoals van de ernstcriteria en voor het beoordelen van somatische klachten.

- Er zijn onvoldoende aanwijzingen dat een depressie bij ouderen met andere symptomen gepaard gaat dan bij jongervolwassenen

Een depressie bij dementiepatiënten heeft mogelijk wel enige typische kenmerken en daarvoor zijn aparte criteria gepostuleerd.

Aanbevelingen

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Bij ouderen moet actiever naar het bestaan van somberheidsklachten worden gevraagd dan bij jongervolwassenen.

Het uitvragen van een depressie met gebruik van ogenschijnlijk synonieme termen (neerslachtig, in de punt, somber, depressief) wordt aanbevolen.

Indien niet zozeer stemmingsproblemen maar eerder remming (apathie, traagheid) en cognitieve problemen op de voorgrond staan, moet een 'vasculaire depressie' overwogen worden.

Voor het vaststellen van depressie bij alzheimerpatiënten wordt geadviseerd van de consensuscriteria van Olin e.a. (¹⁸⁰) gebruik te maken

Meetinstrumenten

Vragenlijsten kunnen op vele manieren worden onderverdeeld. De Multidisciplinaire richtlijn Depressie bij volwassenen maakt een onderscheid in lijsten gericht op screening, op classificatie en op ernstmeting. Dit addendum volgt deze indeling, met als uitzondering dat wij de zelfinvulvragenlijsten bespreken bij screeningsinstrumenten omdat de meeste screeningsinstrumenten door de patient zelf ingevuld moeten worden. De meeste meetinstrumenten die hieronder worden besproken kunnen gevonden worden op de website van het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (<http://www.ouderenpsychiatrie.nl/>) of van het Tijdschrift voor Psychiatrie (www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl).

Meetinstrumenten ter screening

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

De in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie bij volwassenen genoemde screeningslijsten, de INSTEL (*INterventie Studie Eerste Lijn*), DHS (*Depressieherkenningschaal*), 4DKL (*Vierdimensionale Vragenlijst*), MDQ (*Mood Disorder Questionnaire*) en de *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) zijn, met uitzondering van de laatste, voor zover ons bekend, niet apart bij ouderen onderzocht op hun psychometrische kwaliteiten. Diverse buitenlandse onderzoeken en een Nederlands onderzoek suggereren dat de HADS bruikbaar is bij ouderen (²³³), maar het merendeel van het onderzoek bij ouderen richt zich niet op de functie van de HADS als screeningsinstrument. In het enige ons bekende onderzoek waarin wel hiernaar werd gekeken bleek de HADS onvoldoende sensitief en specifiek ter screening bij in het algemeen ziekenhuis opgenomen ouderen (⁷⁰).

Er is een specifieke lijst ontwikkeld voor mensen met een verstandelijke handicap, de Signaallijst Depressie voor Zwakzinnigen (SDZ), waarover ons geen gepubliceerd onderzoek bekend is (Schoonhoven en Blok, persoonlijke mededeling).

Geriatric Depression Scale

Bij ouderen wordt het meest gebruikgemaakt van de *Geriatric Depression Scale* (GDS, niet te verwarren met de *Global Deterioration Scale* met dezelfde afkorting) als screeningsinstrument, die ook specifiek voor dit doel werd ontwikkeld (²⁷⁶, Nederlandse vertaling ^{127 167}). De GDS is een zelfinvulvragenlijst met 30 items, die met ja/nee moet worden beantwoord, en waarin volgens de ontwikkelaars geen somatische items in voorkomen. Men kan overigens twijfel over hebben voor wat dit laatste betreft bij de vraag 'Voelt u zich energiek?'. De GDS wordt in diverse (nationale en internationale) consensusdocumenten aanbevolen als de meest geschikte zelfinvulvragenlijst bij ouderen (zoals in het VK door het Royal College of General Practitioners, het Royal College of Physicians en de British Geriatrics Society; ¹⁶). De GDS voldoet aan de eisen voor een screeningstest: kort, eenvoudig, betrouwbaar en valide, en acceptabel voor de doelpopulatie.

De keuze voor het gebruik van de GDS als diagnostisch instrument bij ouderen is gebaseerd op het feit dat deze in vrijwel iedere setting (huisartsenpraktijk, ggz, algemeen ziekenhuis, verpleeghuis) is gebruikt, dat er

normgegevens beschikbaar zijn in de algemene bevolking en voor diverse psychiatrische populaties en dat deze lijst in depressieonderzoek de meest gebruikte zelfinvullijst bij ouderen is. In Nederland is de GDS bijvoorbeeld onderzocht in de huisartsenpraktijk (153), het algemeen ziekenhuis (127) en het verpleeghuis (82 108) en bij hoogbejaarden (63).

Er zijn vele verkorte versies van de GDS in omloop, waarvan echter alleen de GDS-15 voldoende is onderzocht. Het voordeel bij een zelfinvulvragenlijst van een minder goed onderzochte, kortere versie is hooguit aanwezig bij ouderen die niet in staat zijn de lijst zelf in te vullen, zoals vooral in algemeen ziekenhuizen, verpleeghuizen of bij zintuig- of schrijfbepalingen zal voorkomen.

Bij gebruik als screeningsinstrument betekent een score boven het afkappunt dat de kans op een depressie groot is en dient nadere psychiatrische diagnostiek plaats te vinden om dit te bevestigen. Het meest gebruikte afkappunt is 10/11, bij somatisch zieke ouderen wordt vaak een hoger afkappunt (13/14) aanbevolen (196) maar andere onderzoeken suggereren hetzelfde afkappunt te gebruiken (123). Voor de GDS-15 is het omslagpunt 5/6, bij somatisch zieken wordt 7/8 geadviseerd.

Bij mensen met duidelijke cognitieve stoornissen is het gebruik van een zelfinvulvragenlijst minder of niet betrouwbaar. Bij de GDS-30 is aangetoond dat deze bij een score < 15 op de *Mini Mental State Examination* (MMSE,⁸⁴) niet meer betrouwbaar is.

Andere screeningsinstrumenten

Andere screeningsinstrumenten lijken minder geschikt voor ouderen (de *Zung* en de *Beck Depression Inventory* (BDI)) of zijn minder goed onderzocht (*Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D)), zij het dat de laatstgenoemde wel veel gebruikt is als screeningsinstrument in bevolkingsonderzoek, ook in Nederland (24).

Het lijkt logisch te veronderstellen dat elke zelfinvulvragenlijst onbetrouwbaar wordt als screeningsinstrument bij duidelijke cognitieve stoornissen, maar voor zover bekend is dit alleen voor de GDS onderzocht.

De *Depressielijst* is specifiek ontwikkeld voor onderzoek van de stemming bij dementiepatiënten (77). Hierbij krijgen ouderen 15 trefwoorden te zien op kaarten. De onderzoeker stelt een bijpassende, simpele vraag en rubriceert het antwoord op een scoringsformulier. Op deze wijze blijkt een betrouwbare meting van de stemming bij ouderen met een cognitieve stoornis mogelijk. Deze lijst is geschikt voor een eerste inventarisatie van stemmingsproblemen, de geschiktheid als screeningsinstrument zal nog uit nader onderzoek naar de psychometrische eigenschappen op dit gebied moeten blijken.

De *Cornell Scale for Depression in Dementia* (zie '[Meetinstrumenten ter ernstbepaling](#)') bleek in het buitenland bruikbaar als screeningsinstrument voor depressie bij ouderen met dementie (51) maar het invullen is wel erg tijdrovend (ongeveer 30 minuten) voor dit doel.

Onderzoek naar screening

Het advies met welk instrument te screenen is eenvoudiger dan bij wie te screenen. Er is veel discussie over de wenselijkheid en effectiviteit van screeningsprogramma's. Screenen is wenselijk als de prevalentie van de aandoening voldoende hoog is, de gevolgen van de aandoening voldoende ernstig zijn, behandel mogelijkheden beschikbaar en toepasbaar zijn, en als in onderzoek is aangetoond dat screenen betere eindresultaten oplevert dan niet-screenen. Aan de eerste drie voorwaarden wordt voldaan in bijvoorbeeld verzorgingshuizen, verpleeghuizen, algemeen ziekenhuizen en bij bepaalde subgroepen ouderen (bv. somatisch zieken of recent verweduwd, patiënten met frequent huisartsbezoek, multipale somatische klachten, chronische pijnklachten of langerdurende onbegrepen lichamelijke klachten) in de huisartsenpraktijk. Screenen vergt echter een aanzienlijke tijdsinvestering, en vooral in de eerste lijn kunnen vraagtekens gezet worden bij de haalbaarheid hiervan. Met name praktijkondersteuners en sociaalpsychiatrische verpleegkundigen, die de laatste jaren op vele plaatsen vanuit de ggz zijn ingezet in de huisartsenpraktijk, bieden mogelijkheden om de haalbaarheid van screening te vergroten.

Veel empirische ondersteuning dat screening zonder verdere interventie in deze populaties een beter effect oplevert is er echter niet, net als overigens bij jongervolwassenen (Cochrane review 89). Er is wel een aantal goed opgezette RCT's verricht waaruit blijkt dat in de eerste lijn een systematisch screenings- en behandelprotocol duidelijk effectiever is dan standaardzorg, maar ook trials met negatieve uitkomsten zijn gepubliceerd (45 260). In een gerandomiseerd onderzoek bleek screening, gevolgd door een eerstelijnsverpleegkundige, die 10 huisbezoeken bracht aan ouderen met een depressie, bij 50% van hen tot herstel te leiden, ten opzichte van 23% herstel bij de ouderen die de standaardbehandeling van de huisarts kregen (29). Een tweede RCT vond eveneens dat een door verpleegkundigen uitgevoerd screenings- en behandelprogramma gericht op ouderen met psychiatrische stoornissen in het algemeen, een sterkere reductie op de *Montgomery Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS, zie '[Meetinstrumenten ter ernstbepaling](#)') gaf dan de groep die standaardzorg kreeg (194). Een andere RCT vond dat na screening met de GDS, het aanbieden van een multidisciplinaire interventie met onder meer training voor de huisartsen, psycho-educatie en activatie bij bewoners van verzorgingshuizen een statistisch significante (doch klinisch weinig betekende) verbetering gaf in GDS-score ten opzichte van standaardzorg (142). Uit bekende IMPACT-onderzoek, een grote RCT met 1.801 huisartspatiënten met een depressieve stoornis of een beperkte depressie bleek dat bij ouderen die deels door screening, deels door verwijzing werden behandeld met een pakket aan interventies (een depressiecaremanager, huisarts en psychiater, die voorlichting,

activatie, antidepressiva en 'problem solving therapy' gaven) significant vaker herstelden dan patiënten die standaardzorg kregen (251).

De 15-itemversie van de GDS (GDS-15) wordt door het Royal College of General Practitioners aanbevolen voor screeningsprogramma's bij 75-plussers en is goed toepasbaar gebleken in de huisartsenpraktijk (11). Ook anderen bevelen aan dat alle ouderen in de huisartsenpraktijk gescreend zouden moeten worden op depressie (165).

Het stellen van twee screenende vragen ('bent u de afgelopen twee weken somber of moedeloos geweest?' en 'heeft u de afgelopen twee weken weinig plezier en interesse gehad in activiteiten?') is mogelijk even effectief als het gebruik van zelfinvulvragenlijsten. Screening wordt vooral aanbevolen bij ouderen met invaliderende lichamelijke aandoeningen (zoals CVA, de ziekte van Parkinson, reuma), onverklaarde lichamelijke klachten of chronische pijn, alcoholmisbruik, en klachten over slaap, angst of vergeetachtigheid. Het bij preventie al besproken vroegsignaleringsproject in Drentse verzorgingshuizen toonde aan dat, ten opzichte van 'care-as-usual' de herkenning van depressies significant was verbeterd (80). Zoals aldaar besproken bleken de resultaten tegenvallend.

De werkgroep beveelt aan om standaard bij oudere patiënten met een depressie te screenen op cognitieve achteruitgang met de gestandaardiseerde *Mini Mental State Examination* (S-MMSE) (84 164). Dit is een screeningsinstrument voor cognitieve functies, af te nemen door een arts, psycholoog (gezondheidszorgpsycholoog of klinisch psycholoog) of verpleegkundige. Een score < 24 is een indicatie voor nader onderzoek, bijvoorbeeld een uitgebreider neuropsychologisch onderzoek en betekent dus zeker niet dat iemand waarschijnlijk dement is. Vele factoren kunnen een lage score op de MMSE verklaren, zoals motivatie, aandacht, interesse, lichamelijke ziekten en beperkingen, of een depressie of een andere psychiatrische ziekte. Bij een depressie is herhaling van de MMSE als de depressie wat is opgeklaard aan te bevelen. Een score ≥ 24 betekent ook niet dat iemand niet dement is (m.n. hoger opgeleiden kunnen hoger dan 23 scoren in het begin van dementie).

Het nut van screenen moet worden afgewogen tegen de nadelen van screenen, zoals het onnodig ongerust maken van een deel van de gescreende populatie, het stigma dat sommigen ervaren na deelname aan een psychiatrisch screeningsprogramma, de kosten die ermee gemoeid zijn.

Conclusie

- Als screeningslijst voldoet de *Geriatric Depression Scale*30 (GDS-30) het beste, de GDS-15 is een redelijk alternatief.
- Bij patiënten met matige tot ernstige cognitieve stoornissen is het gebruik van een zelfinvulvragenlijst minder of niet betrouwbaar. De *Cornell Scale for Depression in Dementia* is in deze doelgroep een alternatief.
- Er zijn amper aanwijzingen dat screening zonder verdere interventie zinvol is, terwijl een geïntegreerd screenings- en behandelprogramma effectief is.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd: Voor het screenen van populaties 'at risk' is de GDS bij ouderen de beste keus, mits er geen sprake is van ernstige cognitieve stoornissen (MMSE moet ≥ 15 zijn).

De werkgroep beveelt aan standaard bij oudere patiënten met een depressie te screenen op cognitieve achteruitgang met de gestandaardiseerde MMSE (S-MMSE).

Ouderen met invaliderende lichamelijke aandoeningen (bijvoorbeeld CVA, ziekte van Parkinson, reuma), onverklaarde lichamelijke klachten of chronische pijn, alcoholmisbruik en klachten over slaap, angst of vergeetachtigheid, recent verweduwen in de huisartsenpraktijk, en ouderen opgenomen in het verpleeghuis of algemeen ziekenhuis, zouden standaard gescreend moeten worden op de aanwezigheid van een depressie gevolgd door, indien geïndiceerd, een behandelaanbod.

Meetinstrumenten ter diagnostiek en classificatie

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Om de diagnose depressie te stellen zijn diverse uitgebreide, gevalideerde diagnostische interviews voor ouderen ontwikkeld, zoals de *Geriatric Mental State Schedule* (GMS, 61) en de *Cambridge Examination of Mental Disorders of the Elderly* (CAMDEX). Daarnaast worden diverse instrumenten die voor volwassenen zijn ontwikkeld toegepast bij ouderen, meestal zonder dat opnieuw de psychometrische kwaliteiten uitgebreid zijn geëvalueerd. Dit hoeft niet bij voorbaat een reden te zijn deze instrumenten niet te gebruiken.

Aangezien de GMS niet leidt tot DSM- maar tot ICD-classificaties, is er misschien een lichte voorkeur te

noemen voor de CAMDEX, die in het Nederlands is vertaald ⁽⁷³⁾ en waarvan inmiddels in 2002 een gereviseerde versie is verschenen (CAMDEX-R).

Bij de differentiële diagnostiek tussen depressie en dementie kan gebruikgemaakt worden van meetinstrumenten zoals de *Gedragsobservatieschaal Intramurale Psychogeriatric* (GIP) en de *Neuropsychiatrische Vragenlijst* (NPI)). Beide zijn evenwel niet voldoende onderzocht voor hun specifieke eigenschappen hieromtrent en i.h.a. is onvoldoende onderzocht of hiermee een diagnose kan worden gesteld ^(111 112).

Op verschillende momenten in de hulpverlening gebruiken verpleegkundigen instrumenten of modellen ter ondersteuning van het verpleegkundig diagnostisch proces. Er zijn diverse systematische anamneses in omloop die zijn gebaseerd op de elf gezondheidspatronen van Gordon (zie 'Anamnese' bij 'Diagnostiek'). Ze vormen het vertrekpunt voor verpleegkundige interventies. Veel voorkomende verpleegproblemen bij ouderen zijn: lage zelfwaardering, veranderde denkprocessen, hopeloosheid/de moed laten zakken, suïcidaliteit, verstoring dag-nachtritme, sociaal isolement/eenzaamheid, angst/overal tegenop zien, ineffectieve coping, therapietrouwproblemen/onzorgvuldige medicatie-inname, inadequate voedsel/vochtinname.

Door de uitgebreidheid van deze instrumenten worden deze vrijwel alleen in een onderzoekssetting gebruikt, of een enkele maal om bij ingewikkelde casuïstiek alle mogelijke symptomen nog eens systematisch na te vragen en nieuwe diagnostische overwegingen te genereren.

Conclusies

- Voor het stellen van een psychiatrische diagnose bij ouderen is de *Cambridge Examination of Mental Disorders of the Elderly R* (CAMDEX-R) het meest geschikt.
- Gedragsobservatielijsten zijn onvoldoende onderzocht op hun vermogen een diagnose/classificatie te stellen.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

Het gebruik van meetinstrumenten voor psychiatrische diagnostiek of classificatie wordt vooral aanbevolen bij wetenschappelijk onderzoek of bij lastige differentieeldiagnostische problemen.

Meetinstrumenten ter ernstbepaling

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

De *Geriatric Depression Scale* (GDS) is ontwikkeld als screeningslijst, maar is daarmee nog niet ongeschikt om het effect van een behandeling te meten. De GDS is in medicatietrials de meest gebruikte zelfinvulvragenlijst en wordt daarin vaak als secundaire uitkomstmaat voor de behandeling beschouwd. Bovendien blijkt de correlatie met ernstlijsten zoals de *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS; ¹⁶⁶) en de *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD; ⁹⁵) vrijwel altijd erg hoog te zijn. De GDS bleek in een Nederlands onderzoek gevoelig om veranderingen te meten na het overlijden van een partner ⁽²⁵⁶⁾. De GDS lijkt daarmee gebruikt te kunnen worden als (redelijk betrouwbare) maat om de ernst van de depressie te meten.

Als meetinstrumenten om de ernst van een depressie vast te leggen, nadat de diagnose op een andere manier is vastgesteld, worden de MADRS en de HRSD gebruikt in vrijwel alle medicatietrials bij ouderen. De MADRS wordt beter geschikt geacht dan de HRSD bij ouderen, vooral omdat de laatste meer somatische items bevat. Dit theoretische voordeel bleek overigens in twee vergelijkende onderzoeken bij somatisch zieke ouderen niet tot duidelijke verschillen in psychometrische gegevens te leiden ^(96 136).

Bij patiënten met duidelijke cognitieve stoornissen, en zeker indien er sprake is van depressie bij een dementiepatiënt, wordt de *Cornell Scale for Depression in Dementia* aanbevolen om de ernst van de depressie vast te leggen ⁽²⁾. Nadat de hierin beschreven depressiekenmerken bij de patiënt zijn uitgevraagd worden dezelfde kenmerken voorgelegd aan een partner of belangrijke andere, of in (dag)klinische setting aan een verpleegkundige/verzorgende die de patiënt goed kent. Een belangrijk probleem is dat familieleden van dementiepatiënten neigen tot overschatting van depressieve symptomen. Indien de patiënt en de andere beoordelaar over een item van mening verschillen is het niet duidelijk wat de onderzoeker moet scoren en dient deze naar het idee van de werkgroep zijn ervaring als clinicus mee te wegen in de scoring.

In het oorspronkelijke onderzoek uit 1988 bleek een goede betrouwbaarheid (interne consistentie en interbeoordelaarsovereenstemming), maar gegevens over de validiteit blinken niet uit in helderheid. Een afkappunt waarboven een klinisch relevante depressie vermoed kan worden werd niet genoemd. Op grond

van dit onderzoek wordt, enigszins arbitrair, gesuggereerd om 8 als afkappunt te gebruiken voor lichte depressies en 12 voor matig ernstige depressies. Sindsdien zijn slechts enkele, en helaas vooral matig opgezette onderzoeken gepubliceerd, die de validiteit onderschrijven en een iets lager omslagpunt suggereren (7, zelfs 5). Er is een Nederlandse vertaling van de Cornell beschikbaar (© R.M.Droes, VUmc, Amsterdam). Om de belasting van mantelzorg goed en snel in kaart te brengen wordt in de Nederlandse situatie gebruikgemaakt van de Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ; ¹⁹²).

De *Camberwell Assessment of Needs for Elderly* (CANE; ²⁰⁴) is een goed instrument om de behoefte aan zorg bij depressieve ouderen in kaart te brengen.

Observatielijsten zoals de *Beoordelingschaal Oudere Patiënten* (BOP) en de al genoemde GIP bevatten slechts drie respectievelijk zes depressie-items en zijn waarschijnlijk ongeschikt om, en in ieder geval onvoldoende onderzocht op hun vermogen daarvoor, de ernst van een depressie vast te leggen. Voor gebruik van observatielijsten geldt dat een zekere mate van training van verzorgenden noodzakelijk voordat deze betrouwbaar kunnen worden ingevuld.

Aangezien binnen de ggz op weinig plaatsen routinematig de behandeling met een voor ernstmeting gevalideerd instrument wordt geëvalueerd, lijkt dit buiten de ggz nauwelijks haalbaar.

Conclusie

- De *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS) en de *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD) zijn bij ouderen geschikt om de ernst van de depressie vast te leggen.
- De *Geriatric Depression Scale* (GDS) is er niet specifiek voor ontwikkeld, maar in de praktijk waarschijnlijk voldoende geschikt om de ernst van de depressie te meten.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Elke oudere die start met behandeling, medicamenteus of niet-medicamenteus, zou voor het starten en tijdens de behandeling minimaal elke drie maanden geëvalueerd moeten worden.

Het evalueren van de behandeling, dan wel het bepalen van de ernst van een depressie kan het beste met de MADRS of HRSD, bij niet hierin getrainden is de GDS een redelijk alternatief.

Specifieke settings

Bijzonder bij ouderen is dat veelvuldig diagnostiek wordt verricht buiten de spreekkamer van de behandelaar: bijvoorbeeld bij de patiënt thuis, in het algemeen ziekenhuis of in het verpleeghuis. Aangezien er voldoende literatuur beschikbaar is over depressies in het algemeen ziekenhuis en het verpleeghuis, zullen deze settings in aparte paragrafen worden besproken.

Algemeen ziekenhuis

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

De prevalentie van depressies in het algemeen ziekenhuis is hoog (10-30%, zie 'Prevalentie'). Het merendeel van de patiënten op somatische afdelingen in een algemeen ziekenhuis is boven de 65 jaar. Vaak is er sprake van een samengaan van somatische en psychiatrische problematiek, en is de diagnose niet eenvoudig. Op geriatrische afdelingen in het algemeen ziekenhuis ligt de gaat het vooral om ouderen met multiple stoornissen en comorbiditeit.

Het is belangrijk dat de aanwezigheid van een depressie bij patiënten in een algemeen ziekenhuis tijdig onderkend wordt, en dat een behandeling gestart wordt en de patiënt indien nodig gericht door wordt verwezen voor behandeling na ontslag. Een depressie werkt namelijk vertragend op het genezingsproces van somatische aandoeningen (deels door verminderde therapietrouw), verlengt de opnameduur en verhoogt de mortaliteit (⁵⁷). Helaas varieert de herkenning van depressies in het algemeen ziekenhuis van nihil tot maximaal 26%, met een mediaan van 10%, terwijl behandeling eveneens een uitzondering is (⁵³).

Redenen hiervoor zijn:

- De somatische klachten staan zeker gedurende de eerste tijd van de opname van een patiënt in een algemeen ziekenhuis meestal op de voorgrond. Het gebeurt regelmatig dat psychische klachten pas

zichtbaar en gesignaleerd worden nadat de patiënt lichamelijk is opgeknapt.

- Bij frequente, onbegrepen uitingen van lichamelijke klachten kan te lang eenzijdig gezocht worden naar een onderliggend somatisch lijden. Het sterke appel van een patiënt en de aandacht van de hulpverleners voor voornamelijk de somatische aspecten van ziekte spelen hierbij een rol.
- Veel neurologische en cardiovasculaire ziektebeelden leiden frequent tot voor de patiënt nieuwe beperkingen. Er is dan veel aandacht nodig voor de ziekte en de ziektegevolgen. Reacties van de patiënt op zijn beperkingen (met als gevolg rolverandering en verandering in het activiteitenpatroon) zijn vaak zeer invloedbaar voor de hulpverlener waardoor een sombere stemming als passend wordt beschouwd.
- De medewerkers zijn primair medisch/paramedisch geschoold, er werken maar een beperkt aantal psychiatrisch geschoolde verpleegkundigen en er zijn relatief weinig uren voor een psychiater/psycholoog.

Het signaleren van symptomen die kunnen wijzen op een depressie is dan ook essentieel. Van hulpverleners in het ziekenhuis vraagt dit om een actieve houding en voldoende kennis.

Situaties die kunnen wijzen op de aanwezigheid of het ontstaan van een depressieve stoornis bij opgenomen oudere patiënten kunnen zijn:

- de patiënt knapt klinisch onvoldoende op of er treedt een terugval op, bijvoorbeeld tijdens de revalidatie;
- de patiënt blijft met betrekking tot de algemene dagelijkse levensverrichtingen erg afhankelijk en toont weinig initiatief, zonder dat zijn aandoening daar aanleiding toe geeft;
- er is sprake van recent ontstaan inadequaat gedrag;
- de patiënt maakt in tegenstelling tot wat men van hem gewend is een 'verwarde' indruk; daarbij kan er sprake zijn van wanen, hallucinaties, geprikkeldheid, vergeetachtigheid, initiatiefloosheid;
- de patiënt blijft veel lichamelijke klachten uiten die onvoldoende lijken te passen bij de gevonden somatische problemen.

Verpleegkundigen en paramedici kunnen naar aanleiding van bovengenoemde signalen gericht depressiekenmerken gaan observeren en deze onder de aandacht van de verantwoordelijke arts brengen. Afhankelijk van de samenstelling van het team van een afdeling (beschikking over vaste consulent-psychiater, GGZ-verpleegkundige, psycholoog, klinisch geriater, consultatief verpleegkundige) zullen er afspraken nodig zijn over de te volgen werkwijze.

Het wordt aanbevolen bij aanwijzingen voor een stemmingsstoornis een psychiater te consulteren, zeker in de volgende situaties:

- bij een ernstige of psychotische depressie of bij suïcidaliteit;
- als behandeling van de stemmingsstoornis niet (voldoende) aanslaat;
- indien patiënt bekend is met een eerdere depressie of manie;
- bij onbegrepen veranderingen in gedrag.

De *Geriatric Depression Scale* (GDS) is in het algemeen ziekenhuis het meest gebruikte screeningsinstrument met een goede sensitiviteit en specificiteit ([123](#) [68](#)). Zowel de GDS-30 als de GDS-15 kan worden gebruikt in het algemeen ziekenhuis als screeningsinstrument. Bij een score boven het afkappunt is nadere psychiatrische diagnostiek aangewezen.

Het lijkt voor de hand te liggen alle ouderen bij opname in een algemeen ziekenhuis te screenen op een depressie, niet alleen bij signalen van bijvoorbeeld verpleegkundigen. In de literatuur zijn ook wel voorstellen te vinden dit te doen om zo de herkenning van depressies te verbeteren ([207](#)). Een recente RCT liet echter geen effect zien van een uitgebreid screenings- en behandelprogramma bij ouderen in het algemeen ziekenhuis ([52](#)).

Een dergelijke screening lijkt ook niet haalbaar. Aangezien het merendeel van de opgenomen patiënten na korte tijd het ziekenhuis verlaat, is te overwegen alleen de ouderen die langer in het ziekenhuis verblijven (waarbij mogelijk de depressie het langere verblijf mede veroorzaakt) te screenen op een depressie.

Conclusie

- In het algemeen ziekenhuizen is de prevalentie van depressies bij ouderen hoog, terwijl de herkenning matig tot slecht is.

- De *Geriatric Depression Scale* (GDS) blijkt in het algemeen ziekenhuis een voldoende sensitiviteit en specificiteit te hebben om als screeningsinstrument gebruikt te kunnen worden.
- Er is onvoldoende empirische ondersteuning voor het aanbieden van een screenings- en behandelprogramma voor alle ouderen in het algemeen ziekenhuis.

Aanbevelingen

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Bij enige verdenking op een depressie in het algemeen ziekenhuis kan de GDS gebruikt worden als screeningsinstrument.

Of alle in het algemeen ziekenhuis opgenomen ouderen met de GDS zouden moeten worden gescreend is op grond van de literatuur nog niet hard te maken, de werkgroep adviseert dit wel te overwegen.

Verpleeghuis

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

De prevalentie van depressies bij ouderen in het verpleeghuis is hoog (gemiddeld 25% beperkte depressie en 15% depressieve stoornis ^(82 108)). De eerder beschreven relatie tussen depressie en somatische aandoeningen is van toepassing, en zo is (zij het niet consistent) aangetoond dat de mortaliteit bij verpleeghuisbewoners met een depressie hoger is dan bij bewoners zonder depressie ⁽²⁰⁶⁾.

De herkenning van depressies is in verpleeghuizen matig en afhankelijk van de ernst van de depressie ^(51 82). De bij het algemeen ziekenhuis genoemde redenen voor de matige herkenning spelen ook in het verpleeghuis waarschijnlijk een rol bij de matige herkenning van depressies in het verpleeghuis. Voldoende kennis van depressieve symptomen is een voorwaarde voor een goede signalering. Bij ouderen in het verpleeghuis is de valkuil vooral dat negatieve symptomen zoals apathie en het verlies van interesse en plezier regelmatig worden waargenomen bij geïnstitutionaliseerde ouderen en daardoor niet altijd als symptoom van een depressie wordt herkend. Bovendien komt bij veel bewoners dementie voor, met de differentieeldiagnostische problemen van dien. Door gerichte scholing kan de herkenning worden bevorderd bij verzorgenden en andere medewerkers.

De hoge prevalentie en de matige herkenning van depressies bij verpleeghuisbewoners pleiten voor een systematische screening op aanwezigheid van depressies bij verpleeghuisbewoners. De huidige *Richtlijn Probleemgedrag* ⁽²⁷⁷⁾

biedt wel aanknopingspunten voor een uitgebreider protocol, maar is te weinig gedetailleerd en concreet over stemmingsstoornissen.

Een review van de literatuur en een hierop gebaseerde *Consensus Statement* met betrekking tot de verbetering van de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg in Amerikaanse verpleeghuizen geven hierin nauwkeurige adviezen ^(59 229). Het *Consensus Statement* stelt dat in verpleeghuizen iedere nieuw opgenomen (niet-demente) bewoner binnen twee tot vier weken gescreend zou moeten worden op depressie, vervolgens zou iedere zes maanden de screening herhaald moeten worden. Deze stelling is gebaseerd op gecontroleerd onderzoek maar niet op een RCT.

Empirische ondersteuning voor screening is ons niet bekend, behoudens een succesvol screeningsprogramma naar depressies bij dementiepatiënten met de *Cornell Scale for Depression in Dementia* ⁽⁵¹⁾. Een groep met een screeningsprogramma met de *Geriatric Depression Scale* (GDS) waarbij de arts snel de uitslag kreeg, bleek vaker een interventie te krijgen dan de controlegroep waarbij de uitslag na enige tijd werd doorgegeven ⁽²³²⁾.

Uitdrukkelijk wordt in het *Consensus Statement* gesteld dat de doorgaans routinematig gebruikte, en ook in Nederland bekende, *Minimum Data Set* (MDS) alleen, onvoldoende is om te screenen, hiertoe wordt de GDS of de *Beck Depression Inventory* (BDI) geadviseerd indien sprake is van hooguit lichte cognitieve stoornissen ⁽⁸⁾. In Nederlands onderzoek betreffende het *Resident Assessment Instrument* (RAI), waar de MDS een onderdeel van is, met toepassing van de *Depression Rating Scale* (7 items uit de RAI), bleek de betrouwbaarheid bij somatische patiënten redelijk goed, maar bij psychogeriatrische patiënten matig ⁽⁸⁷⁾. Gebruik van de zogenaamde *Minimum Data Set Depression Rating Scale* als screeningsinstrument lijkt derhalve geen reële optie.

Voor screening op depressie bij verpleeghuisbewoners met hooguit matige cognitieve beperkingen (score op de *Mini Mental State Examination* (MMSE) ≥ 15) is de GDS de beste keus. De 30-itemversie is geschikt bevonden in verschillende onderzoeken in het verpleeghuis ^(82 108 137 157), maar ook kortere versies (15 items, 10 items, 8 items) zijn bruikbaar gebleken ⁽¹⁰⁹⁾. Aangetekend moet worden dat in de Nederlandse onderzoeken de GDS niet als zelfinvullijst is gebruikt, maar als vragenlijst is afgenomen, en dat met name de specificiteit van de meeste verkorte versies laag was ten opzichte van de GDS-30.

Als screening wijst op een verhoogd risico op depressie, dan moet goede diagnostiek volgen (zie ['Diagnostiek'](#)). De verpleeghuisarts is voor uitvoering hiervan verantwoordelijk en kan bij de diagnostiek de aanwezigheid van het multidisciplinaire team, in het bijzonder van de psycholoog, gebruiken. Het *Consensus Statement* ⁽⁵⁹⁾ geeft overigens concrete adviezen voor wat hierbij ter sprake moet komen: de psychiatrische voorgeschiedenis, de symptomen die bij de diagnose stemmingsstoornis horen, suïcidaliteit, veranderingen in cognitieve functies, veranderingen in sociale omstandigheden of familieomstandigheden, recente stressfactoren, veranderingen in personeel, beschikbaarheid van sociale en betekenisvolle activiteiten, beschikbaarheid van positieve, bekrachtigende ervaringen, onvervulde behoeften ('*unmet needs*') en eventueel de huidige respons op reeds eerder gestarte behandeling en medicatie die invloed heeft op cognitieve functies of stemming. Een lichamelijk onderzoek is eveneens onderdeel van de evaluatie, waarbij beoordeeld dient te worden: aanwezigheid van pijn, voedingsstatus, verslechtering van chronische aandoeningen, recent ontstane aandoeningen. Een recent laboratoriumonderzoek moet beschikbaar zijn (zie ['Somatische diagnostiek' bij 'Diagnostiek'](#)) evenals bloedwaarden van medicatie die bij depressie een rol kan spelen.

Consultering van een psychiater is gewenst in de volgende situaties:

- bij onduidelijkheden met betrekking tot de diagnose;
- bij een recidief depressie, een psychotische depressie of een bipolaire stoornis
- (m.n. advies lithiumgebruik);
- als behandeling van de stemmingsstoornis niet (voldoende) aanslaat.

De multidisciplinaire werkwijze in verpleeghuizen, waarbij problemen worden geclassificeerd met de SAMPC-methodiek (Somatiek, ADL, Maatschappelijk, Psychisch, Communicatie) en cyclisch worden besproken in een multidisciplinair overleg ⁽¹⁰⁴⁾, biedt goede randvoorwaarden om de genoemde adviezen uit het *Consensus Statement* te implementeren. Te overwegen valt om iedere nieuw opgenomen bewoner door de psycholoog te laten meebeoordelen, niet alleen op stemming maar ook op cognitieve functies, gedrag, persoonlijkheid, adaptatie en coping.

Tussen verpleeghuizen bestaan grote onderlinge verschillen in de beschikbaarheid en taken van de psycholoog. Naar de mening van de werkgroep zou elk verpleeghuis de beschikking moeten hebben over een psycholoog met voldoende deskundigheid in het vaststellen en (mee)behandelen van depressies bij ouderen.

Conclusies

- In het verpleeghuis is de prevalentie van depressies bij ouderen hoog, terwijl de herkenning matig tot slecht is.
- De *Geriatric Depression Scale* (GDS) blijkt in het verpleeghuis een voldoende sensitiviteit en specificiteit te hebben om gebruikt te kunnen worden als screeningsinstrument, mits de bewoner hooguit matige cognitieve beperkingen heeft (score op de *Mini Mental State Examination* ≥ 15). Behalve de 30-itemversie zijn ook kortere versies bruikbaar doch iets minder betrouwbaar.

Aanbevelingen

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Aanbevolen wordt om iedere niet-demente verpleeghuisbewoner binnen twee tot vier weken na opname te screenen op een depressie, en dit iedere zes maanden te herhalen.

Bij enige verdenking op een depressie in het verpleeghuis kan de GDS gebruikt worden als screeningsinstrument bij niet-demente patiënten.

Indicatie voor behandeling

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

In Nederland bleek dat 10% van de ouderen met een depressie contact had met een Riagg, 15% met een psychiater en 16% met een maatschappelijk werker (22). Van alle ouderen met een depressieve stoornis kreeg bijna 40% een benzodiazepine en bijna 20% een antidepressivum.

Het beloop van depressies bij onbehandelde ouderen in de algemene bevolking bleek gedurende 6 jaar als volgt: 23% bleek de hele periode in remissie te zijn geweest, 12% had na remissie weer een recidief gekregen, 32% had meer dan 1 remissie gevolgd door een recidief en 32% een chronisch beloop (bij meer dan 80% van de observaties depressief) (25). Een vergelijkbaar resultaat werd gevonden tijdens een 3-jarige follow-up van het AMSTEL-onderzoek (217): 48% was in remissie en 52% nog steeds depressief. Uit de langdurige beoeponderzoeken wordt duidelijk dat depressies bij ouderen (net als bij jongervolwassenen) een wisselend beloop kennen, met perioden van klachtenvermindering en -vermeerdering, waarbij patiënten op de verschillende observatieperioden voldoen aan criteria voor diverse stemmingsstoornissen (depressieve stoornis en beperkte depressie, dysthymie, 'subthreshold depression'). Het idee dat een depressie een ziekte is die bij sommigen nooit meer terugkomt en bij anderen in afgebakende perioden als recidief terugkomt, met tussen de recidieven geen of amper klachten, mag zo langzamerhand als verouderd worden beschouwd. Een recente review heeft duidelijk aangetoond dat de prognose van een adequaat behandelde depressie niet afneemt bij ouderen ten opzichte van bij jongeren (161). Wel kenmerkt het beloop van de stemmingsstoornissen bij ouderen zich door een grote kans op recidieven; goed onderzoek hiernaar ontbreekt echter grotendeels.

Bij ouderen is voorts consistent aangetoond dat de mortaliteit bij depressie verhoogd is, zelfs als gecontroleerd wordt voor sekseverschillen, lichamelijke ziekte of cognitieve stoornissen. De oversterfte wordt vooral veroorzaakt door cardiovasculaire mortaliteit, in mindere mate wordt de oversterfte veroorzaakt door suïcides en niet-cardiovasculaire oorzaken voor overlijden (219). Weliswaar neemt het suïciderisico met de leeftijd toe (dit geldt voornamelijk voor mannen), maar lang niet altijd is duidelijk of er een relatie met depressie is. Bij allochtonen moet soms rekening worden gehouden met een lagere leeftijdsverwachting zoals die geldt in het herkomstland.

Ouderen met een stemmingsstoornis lijden niet alleen onder hun depressie zelf, ook kan deze grote gevolgen hebben voor hun algeheel functioneren. Gebleken is dat een depressie meer invloed heeft op het welbevinden en het dagelijks functioneren dan lichamelijke aandoeningen als diabetes mellitus, hartziekten en longaandoeningen.

Ook de omgeving kan getroffen worden. Een stemmingsstoornis heeft een grote invloed op partners, kinderen en andere verwanten. Daarbij kan er sprake zijn van een wisselwerking, waarbij reacties in en vanuit de omgeving ook weer een effect hebben op de patiënt. Daarom is het belangrijk om aandacht te besteden aan de partner, kinderen en andere verwanten. Dit kan enerzijds gebeuren door hen in de behandeling te betrekken, anderzijds door aandacht te hebben voor de gevolgen van de stemmingsstoornis op hen. Dit geldt zeker voor allochtonen, waar vaak nog sterke familiebanden aanwezig zijn.

Stemmingsstoornissen hebben ook grote economische gevolgen. Bij ouderen blijkt dat ze relatief veel gebruikmaken van gezondheidszorgvoorzieningen, zonder dat dit direct verband houdt met hun depressie.

Dit alles pleit slechts voor een effectieve en doelmatige behandeling die het liefst ook kosteneffectief is.

Uit literatuur bij volwassenen is duidelijk geworden dat remissie (volledig herstel, overeenkomend met bijvoorbeeld een score op de *Hamilton Rating Scale for Depression* (HDRS) ≤ 7) en niet, zoals jarenlang, respons ($> 50\%$ daling op een depressieschaal) het einddoel van de behandeling moet zijn. Uitdrukkelijk geldt dezelfde regel ook voor ouderen. Naar de indruk van de werkgroep lijkt bij ouderen vaak een redelijke, maar verre van optimale verbetering voor patiënt en behandelaar een reden te zijn af te zien van verdere behandeling. Dit dient als een kunstfout van de behandelaar gezien te worden. Ten slotte moet nog opgemerkt worden dat het herstel van de depressie meer inhoudt dan alleen een remissie van de depressiesymptomen, ook het persoonlijke en sociale functioneren moet zijn hersteld, en mogelijk zou 'algeheel welbevinden' een uitstekende uitkomstmaat bij ouderen zijn van de behandeling.

Bij het bepalen van de indicatie voor behandeling is niet zozeer van doorslaggevend belang of iemand de voor de depressieve stoornis benodigde vijf symptomen heeft. Van groter belang is of er sprake is van een klinisch relevante mate van depressiviteit. Hiermee wordt bedoeld dat de mate van depressiviteit dusdanig is dat het dagelijkse leven hiervan wordt 'doordrongen' (de term '*pervasive depression*' geeft hiervan een goede omschrijving), en wel op zodanige wijze dat de diagnosticus, ziende dat de oudere tegenover hem of haar lijdt (dat is immers de letterlijke betekenis van het woord patiënt), neigt om een behandelvoorstel te doen, in welke vorm dan ook, om het lijden te verlichten. Dit kan betekenen dat de ene patiënt met een depressieve stoornis niet behandeld wordt en de andere patiënt met een beperkte depressie wel.

Dit is overigens geen pleidooi om lichtere vormen van een depressie altijd (medicamenteus) te gaan behandelen. Wel om ook bij die ouderen die een beperkte depressie hebben, en daar op significante wijze last van hebben zoals boven genoemd, net zo goed een indicatie voor verdere behandeling te overwegen als bij

ouderen met een depressieve stoornis. Simpelweg het aantal symptomen hierbij een doorslaggevende rol te laten spelen, is niet in het belang van de doelgroep van dit addendum.

Een Engelse richtlijn voor behandeling van depressies bij ouderen in de eerste lijn geeft de volgende adviezen (gebaseerd op die van de World Health Organization) voor verwijzing naar de gespecialiseerde ggz ⁽¹⁵⁾:

- bij twijfel over de diagnose (bv. is er sprake van dementie);
- bij een ernstige depressie (psychotisch, suïcidaal, eet/drinkt onvoldoende);
- bij indicatie voor complexe behandeling (bv. somatische comorbiditeit);
- bij onvoldoende succes van de eerste behandeling

De NHG-standaard Depressive Stoornis noemt overleg met een psychiater als optie indien een tweede antidepressivum wederom geen respons of onacceptabele bijwerkingen heeft gegeven ⁽¹⁵²⁾. Indicaties voor het consulteren en verwijzen naar een psychiater zijn: ernstig sociaal dysfunctioneren, sterk verhoogd suïciderisico en een bipolaire of psychotische depressie.

Of en bij welke ouderen met een depressie dagbehandeling of een psychiatrische opname effectief is, is voor zover bekend niet direct onderzocht. Uiteraard is uit veel onderzoek naar opgenomen ouderen bekend bij hoeveel ouderen bij ontslag sprake is van herstel (of respons), maar er is geen onderzoek gepubliceerd waarin een groep ouderen na randomisatie ambulante of (dag)klinisch werden behandeld. De enige 2 bekende onderzoeken naar dagbehandeling hadden beide geen controlegroep. In het eerste onderzoek was 45,5% van 44 ouderen met een depressie bij ontslag volledig hersteld ⁽³⁸⁾. In het tweede onderzoek was er een significante daling op de HRSD en de *Geriatric Depression Scale* (GDS) te zien tijdens dagbehandeling ⁽¹⁴⁶⁾.

In een ander retrospectief onderzoek bleek dat ouderen die waren opgenomen op een specifieke ouderenafdeling van een psychiatrisch ziekenhuis vergeleken met ouderen die waren opgenomen op een algemene afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis, een kwalitatief betere diagnostiek en behandeling hadden gekregen ⁽²⁷⁴⁾.

Conclusie

- Depressies bij ouderen in de algemene bevolking kennen een wisselend, veelal ongunstig, chronisch beloop.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

Een depressie dient bij ouderen behandeld te worden, aangezien de consequenties groot zijn en de prognose van behandeling niet vermindert door het ouder worden.

Eerstestapbehandeling

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

De ernst van de depressie is, net als bij jongervolwassenen, van groot belang bij het bepalen van de indicatie voor psychotherapie, medicatie of andere interventies. Bij lichte tot matige depressies zijn allerlei vormen van behandeling effectief. Bij ernstige depressies is effectiviteit het meest overtuigend aangetoond voor antidepressiva en voor elektroconvulsieve therapie, terwijl slechts enkele psychotherapieonderzoeken effectiviteit bij ernstiger depressies suggereren ([19](#) [188](#)).

De indicatie voor behandeling wordt bij ouderen niet anders gesteld dan bij jongervolwassenen, dat wil zeggen dat naast de ernst en lijdensdruk, ook de duur van de klachten, eerdere niet-succesvolle behandelingen en de voorkeur van de patiënt een grote rol spelen. Er is slechts weinig gerandomiseerd vergelijkend onderzoek verricht bij ouderen met een depressie die werden behandeld met medicamenteuze dan wel niet-medicamenteuze interventies. Onderstaande aanbeveling is dan ook deels gebaseerd op de adviezen bij volwassenen.

Vanuit het *stepped-care*-model is dan de aanbeveling te verdedigen dat ouderen met een lichte/matige depressie (depressieve stoornis en beperkte depressie) in de eerste lijn eerst worden behandeld met minimale interventies zoals bewegingstherapie, de cursus 'In de put, uit de put', leefstijladviezen.

Bij onvoldoende effect, bijvoorbeeld binnen 3 maanden, is een verdere psychotherapeutische of medicamenteuze behandeling aangewezen. Gepubliceerd onderzoek dat dit ondersteunt is deels eerder beschreven bij preventie, en wordt deels nog beschreven bij 'Psychologische/psychotherapeutische interventies' en 'Steunende en structurende interventies'.

Conclusie

- Antidepressiva en psychotherapie zijn bij ouderen met een lichte tot matige depressie globaal even werkzaam.
- Bij ernstige depressies komt een antidepressivum, en soms elektroconvulsieve therapie, als eerste stap in de behandeling in aanmerking, in het bijzonder bij ouderen met vitale/melancholische of psychotische kenmerken.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

Ouderen met een lichte tot matige depressieve stoornis of een beperkte depressie zouden in de eerste lijn eerst moeten worden behandeld met minimale interventies zoals bewegingstherapie, de cursus 'In de put, uit de put', leefstijladviezen.

Bij onvoldoende effect kan daarna bij een lichte tot matige depressieve stoornis zowel psychotherapie als een antidepressivum worden overwogen, afhankelijk van de voorkeur van de patiënt en de beschikbaarheid van therapievormen.

Bij een ernstige of een psychotische depressie is het aan te bevelen te starten met een antidepressivum en (in het geval van een ernstige/psychotische depressie) soms met elektroconvulsieve therapie.

Biologische behandeling

Een opvallend verschil ten opzichte van jongervolwassenen is dat depressies bij ouderen niet alleen minder vaak herkend, maar na herkenning ook minder (adequaat) worden behandeld. Dit geldt in de eerste lijn, in algemeen ziekenhuizen en verpleeghuizen, maar ook in de gespecialiseerde ggz ([259](#) [273](#)). Ouderen met een depressie krijgen vaak geen antidepressiva, en als ze dat wel krijgen dan vaak de 'verkeerde' (d.w.z. tertiaire tricyclische antidepressiva zoals amitriptyline) of te laag gedoseerde (tricyclische) antidepressiva (TCA's) of benzodiazepinen. Bloedspiegelcontroles van die geneesmiddelen waarvan therapeutische spiegels bekend zijn (enkele TCA's en lithium) worden lang niet altijd standaard toegepast.

Indicatie voor behandeling met antidepressiva

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Er zijn inmiddels vele reviews gepubliceerd over de effectiviteit en bijwerkingen van antidepressiva bij ouderen. Hieruit kan onomstotelijk worden geconcludeerd dat antidepressiva even effectief zijn bij ouderen als bij jongervolwassenen ([114](#) [155](#)[162](#) [173](#) [210](#) [242](#) [268](#)). Uit de Cochrane review ([268](#)) blijken *numbers needed to treat* (NNT) voor herstel van TCA's van 3,97 (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 3,88 - 4,05) en van selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) van 8,45 (95%-BI 8,38 - 8,53).

Recente Nederlandse gegevens lijken aanwijzingen te geven dat soms te snel antidepressiva worden voorgeschreven, bijvoorbeeld bij de lichtere depressies, maar hier zijn geen aparte gegevens voor ouderen over bekend.

De effectiviteit van antidepressiva bij ouderen is niet onomstreden: net als bij volwassenen zijn er auteurs die het geringe verschil met placebo's in sommige onderzoeken/subanalyses benadrukken ([28](#)). Deze twijfel betreft in het bijzonder de toepassing van antidepressiva bij ouderen in de eerste lijn. Er zijn enkele *randomized controlled trials* (RCT's) specifiek hiernaar verricht.

Zo vonden Hutchinson e.a. dat paroxetine en amitriptyline even effectief waren in het verminderen van depressiesymptomen, maar dat paroxetine duidelijk minder bijwerkingen had ([106](#)). Citalopram en amitriptyline bleken even effectief waren, maar dat citalopram had duidelijk minder bijwerkingen ([132](#)). Imipramine en buspiron (in Nederland geregistreerd als anxiolyticum) waren beide effectiever waren dan placebo en werden beide even goed verdragen ([220](#)). Venlafaxine en dothiepine (niet in Nederland geregistreerd) waren even effectief maar venlafaxine had minder bijwerkingen ([249](#)). Naast bovengenoemde onderzoeken bij depressie is er nog een onderzoek in de eerste lijn waarin bij patiënten met een dysthymie of een beperkte depressie paroxetine (iets) effectiever was dan placebo ([264](#)).

De standaard *Depressieve Stoornis* van het Nederlands Huisartsen Genootschap ([152](#)) geeft geen aparte informatie over ouderen, behoudens het advies bij een TCA te starten met 25 mg en geleidelijk op te hogen naar 75 mg. In de eerder genoemde review van Wilson e.a. ([268](#)) wordt geconcludeerd dat er onvoldoende bewijs is om laaggedoseerde antidepressiva aan te bevelen in de eerste lijn.

Onderzoek naar de behandeling van atypische depressies en seizoensgebonden depressies bij ouderen is ons niet bekend.

Er zijn (beperkte) aanwijzingen dat patiënten met een 'vasculaire depressie' minder goed op medicatie reageren en wel goed op elektroconvulsieve therapie (ECT). Tevens werd in twee RCT's gevonden dat het toevoegen van nimodipine (geregistreerd als antihypertensivum) aan een antidepressivum een significant grotere reductie in score op de *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD) gaf dan een placebo ([240](#) [241](#)). Indien sprake is van een depressie waarbij apathie of stoornissen in de uitvoerende functies op de voorgrond staan, dan zijn er diverse behandelopties in de literatuur beschreven (bv. methylfenidaat, cholinesteraseremmers) die alle niet of nauwelijks onderzocht zijn, uitgezonderd in een RCT met methylfenidaat (zie '[Algemeen ziekenhuis bij 'Biologische behandeling'](#)') en in een RCT met '*problem-solving therapy*' (zie '[Probleemgerichte therapie en oplossingsgerichte therapie bij 'Psychologische/psychotherapeutische interventies'](#)').

In de meeste RCT's bij ouderen worden diegenen met (enige) somatische comorbiditeit uitgesloten. De ernst van de comorbiditeit in de overgebleven trials varieert sterk, en in sommige trials zullen ongetwijfeld patiënten met evidente somatische comorbiditeit zijn opgenomen, maar duidelijk is dit niet altijd. Uit een Cochrane review ([90](#)) van 18 trials blijkt de behandeling van depressie bij somatisch zieken even effectief als bij niet-somatisch zieken met een NNT van 4,2 (96%-BI 3,2 - 6,4). Deze review betreft overigens niet speciaal ouderen. Enkele RCT's zijn specifiek gericht geweest op de medicamenteuze behandeling van depressie bij somatisch zieke ouderen, waarbij in 3 van de 4 placebogecontroleerde onderzoeken gevonden werd dat antidepressiva effectiever waren dan placebo ([81](#) [133](#) [239](#) [213](#) [223](#)).

Een recent overzicht van behandeling van depressie bij somatisch zieken (eveneens niet specifiek gericht op ouderen) geeft ook aan dat depressies in de aanwezigheid van somatische comorbiditeit behandeld kunnen

worden en noemt met name trials over patiënten met diabetes mellitus, hartziekten, CVA's en de ziekte van Parkinson (¹²⁹).

Bij dementiepatiënten met een depressie blijkt uit een recent geüpdatete Cochrane review, waarin 4 placebogecontroleerde RCT's werden opgenomen, dat het bewijs voor de werkzaamheid van antidepressiva zwak is voor de behandeling van patiënten met een depressie en dementie (¹³). Dit is overigens deels verklaarbaar door de hoge placeborespons die consistent gevonden wordt bij dementiepatiënten, ook bijvoorbeeld met betrekking tot gedragsstoornissen. Een iets recentere meta-analyse vond 5 placebogecontroleerde onderzoeken naar depressie bij dementiepatiënten en concludeert dat antidepressiva duidelijk effectiever zijn dan placebo, met een NNT voor herstel van 5 (95%-BI 2 - 24) (²⁴⁶).

De behandeling van depressies bij dementiepatiënten dient bij voorkeur ingebed te zijn in andere, niet-medicamenteuze interventies. Voor een verdere bespreking van de medicamenteuze behandeling van depressies bij dementiepatiënten verwijzen wij naar de recente Richtlijn Diagnostiek en Medicamenteuze Behandeling van Dementie (¹⁷⁶).

Conclusie

- Antidepressiva zijn even effectief bij ouderen als bij jongervolwassenen, ook in aanwezigheid van somatische comorbiditeit.
- Het verschil in tolerantie tussen tricyclische antidepressiva en selectieve serotonineheropnameremmers is bij ouderen niet overtuigend aangetoond.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

Antidepressiva zijn geïndiceerd bij ouderen met een ernstige depressie, vooral indien sprake is van vitale/melancholische of psychotische kenmerken.

Depressies dienen in de aanwezigheid van somatische comorbiditeit of van dementie onverminderd behandeld te worden.

Eerstekeuzemiddelen

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Uit reviews betreffende de effectiviteit van depressiva bij ouderen blijkt een gelijke effectiviteit van de moderne antidepressiva (met name SSRI's) en de TCA's. Bij enkele subgroepen van jongervolwassenen is aangetoond dat TCA's effectiever zijn dan niet-TCA's (bij ernstige depressies, bij depressies met psychotische kenmerken, en bij in een psychiatrische instelling opgenomen patiënten). Dit is bij ouderen niet apart onderzocht, maar het lijkt aannemelijk dat ook bij ouderen in deze subgroepen TCA's effectiever zijn en middelen van eerste keuze zijn.

Uit sommige reviews komt naar voren dat bij ouderen TCA's (en de klassieke monoamineoxidaseremmers (MAO-remmers)) minder goed worden verdragen dan SSRI's (en andere moderne middelen) (²⁶⁷). Anderen hebben geen verschil in tolerantie gevonden (¹⁶²). Aangezien vrijwel alle reviews de overige antidepressiva, zoals trazodon, mianserine, mirtazapine, venlafaxine en duloxetine, op een andere manier indelen is van deze antidepressiva niet goed bekend of er minder bijwerkingen bij voorkomen dan bij TCA's. Op grond van afzonderlijke onderzoeken en ervaring lijkt de frequentie van bijwerkingen vergelijkbaar te zijn met die van SSRI's.

Lichamelijke klachten moeten bij ouderen niet te snel aan mogelijke bijwerkingen worden toegeschreven, een neiging die niet alleen patiënten maar ook behandelaars soms hebben. Uit onderzoek blijkt dat de meeste lichamelijke klachten afnemen tijdens behandeling (¹⁵⁹). Om deze reden is het verstandig voor het starten met een antidepressivum een checklist af te nemen met de voor dat antidepressivum meest voorkomende bijwerkingen.

In vrijwel elke review wordt een modern antidepressivum als eerstekeuzemiddel aanbevolen, met name SSRI's met weinig interacties, zoals citalopram en sertraline (bv. ¹⁴). Een richtlijn voor depressiebehandeling voor de Engelse huisartsenpraktijk doet dit ook (¹⁵). De afgelopen jaren blijken Nederlandse huisartsen steeds vaker SSRI's voor te schrijven en, minstens even belangrijk, steeds vaker vervolggeluiden af te spreken (¹⁵¹). Ook bij somatische comorbiditeit worden SSRI's in de literatuur vrijwel unaniem als voorkeursmiddelen boven TCA's genoemd; hetzelfde geldt voor depressies bij patiënten met dementie (Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie; ¹⁷⁶).

Indien een TCA wordt voorgeschreven heeft nortriptyline de voorkeur: dit is de enige in Nederland verkrijgbare

secundaire amine is, met bewezen minder bijwerkingen heeft dan de tertiaire aminen zoals amitriptyline, imipramine en clomipramine. Het therapeutische venster van nortriptyline is tamelijk breed (50-150 mg/ml); bij non-respons wordt geadviseerd een minimale plasmaspiegel van 100 mg/ml na te streven.

Mocht er een contra-indicatie zijn voor een TCA dan is het aannemelijk dat, net als bij jongervolwassenen, venlafaxine een goed alternatief is mits hoog genoeg gedoseerd (>150 mg/dag). De kans op hypertensie neemt toe bij hogere doseringen, doch deze bijwerking komt voor zover bekend bij ouderen niet vaker voor dan bij jongervolwassenen.

Minstens zo belangrijk als de juiste dosis/spiegel is de duur van het gebruik voordat geconcludeerd kan worden dat een antidepressivum niet aanslaat. Waarschijnlijk reageren ouderen langzamer dan jongervolwassenen (¹⁷⁴). Enkele andere onderzoeken suggereren dat indien na 4 of 6 weken bij adequate dosering sprake is van non-respons (meestal geoperationaliseerd als minder dan 25 of 30% daling op een depressiemeetinstrument), de kans op een uiteindelijke respons bij voortzetten van de behandeling klein is (^{174 209}). Bij een duidelijke respons (minimaal 50% daling op een meetinstrument) wordt de behandeling voortgezet, bij minder dan 25% daling lijkt een volgende behandelstap de beste keuze. Bij een partiële respons (25-50% daling) zou het effect nog 2-3 weken kunnen worden afgewacht waarna opnieuw een beoordeling plaatsvindt.

De keuze voor SSRI's als eerstekeuzemiddelen is gebaseerd op de combinatie van effectiviteit, bijwerkingen, doseringsgemak, veiligheid bij overdoseringen en het ontbreken van van tevoren benodigde somatische onderzoeken, zoals een ecg. Ook de overige antidepressiva lijken geschikt als eerste stap, maar de ervaring met deze middelen is bij ouderen beperkt dan die met SSRI's. Het grote voordeel van de SSRI's is dat ze vaker in adequate dagdosering worden voorgeschreven in de eerste lijn, terwijl TCA's meestal in subtherapeutische doseringen worden voorgeschreven.

Bij ouderen is het niet per definitie noodzakelijk SSRI's in dosis op te bouwen, gestart kan worden met de dagdosis die het Farmacotherapeutisch Kompas adviseert (bv. 20 mg/dag bij citalopram en 50 mg/dag bij sertraline). Indien SSRI's eerder veel bijwerkingen hebben gegeven, bij hoogbejaarden (85+), somatische zieke ouderen en bij patiënten met dementie kan met de halve dagdosis gestart worden en na enkele dagen verhoging naar de standaard dagdosis plaatsvinden.

Bij ouderen blijken SSRI's, vooral bij vrouwen en indien gecombineerd met gebruik van medicatie die het natriumgehalte verlaagt (bv. sommige diuretica), veelvuldig aanleiding te geven tot een hyponatriëmie. De symptomen hiervan overlappen deels met die van een depressie (lethargie, moeheid, slaapproblemen), zodat dit gemakkelijk over het hoofd kan worden gezien. Ook dient vooral bij SSRI's, maar ook bij andere antidepressiva, rekening gehouden te worden met geneesmiddeleninteracties, zoals via cytochroom P450. Bij het starten van tricyclische antidepressiva bij ouderen is een ecg van tevoren wel geïndiceerd en adviseert de werkgroep om enkele malen de orthostatische bloeddrukdaling te meten (10 minuten liggen, daarna gaan staan en meten binnen 1 minuut en na 3 minuten). Het optreden van orthostatische hypotensie is echter geen reden tot het staken van het antidepressivum. De meting van orthostase is vrij onbetrouwbaar (daarom wordt geadviseerd de meting een aantal malen te herhalen) en hangt af van vele factoren buiten het antidepressivum. Orthostase wordt meestal pas gemeten als iemand duizelig wordt en dan zijn er dus geen waarnemingen verricht vóór het starten van de medicatie. Bovendien zijn er ook behandelmogelijkheden (houdingsadviezen, hoge elastische kousen, Trendelenburg, NaCl, e.a.).

Alleen een acuut myocardinfarct (<3 maanden geleden) is een absolute contra-indicatie voor een TCA, de overige, vooral cardiale, contra-indicaties zijn relatief (zoals een PQ-tijd van 200 millisecon. of een QTc-tijd van bv. 450 millisecon.). Dit betekent dat als er een zeer duidelijke indicatie is en er geen alternatief is, nortriptyline in overleg met de cardioloog en onder frequente herhaling van het ecg zeker overwogen moet worden.

Nortriptyline kan worden gestart met 25 mg/dag voor de nacht; bij hoogbejaarden, ernstige somatische comorbiditeit en bij dementie is starten met 10 mg te adviseren. Elke 3-4 dagen kan de dosis worden verhoogd met 25 mg, bij 75 mg adviseert de werkgroep een plasmaspiegel te bepalen. Langzamere ophoging is slechts geïndiceerd indien duidelijke bijwerkingen dit rechtvaardigen. Empirisch onderzoek, hoe beperkt ook aanwezig, heeft geen aanwijzingen gevonden dat langzame ophoging zorgt voor minder bijwerkingen, zoals orthostatische hypotensie (zie ²⁰⁹). Wel is bekend dat de prognose van behandeling verslechtert naarmate de depressie langer bestaat. Het adagium 'start low, go slow' is dus slechts gedeeltelijk correct bij het instellen op een TCA. Dit adagium zou moeten worden vervangen door 'start low, then go'. Bij SSRIs en andere moderne antidepressiva is het nut van het 'start low, go slow' adagium nooit getest.

Conclusie

- SSRI's, TCA's en de overige antidepressiva zijn bij de gemiddelde depressieve oudere even effectief.
- SSRI's zijn bij ouderen de eerstekeuzemiddelen, behalve bij ernstige depressies, depressies met psychotische kenmerken, en in een psychiatrische instelling opgenomen patiënten waar nortriptyline het middel van eerste keuze is.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

Als eerstekeuzemiddel raden wij een SSRI aan met dezelfde startdosis als bij jongervolwassenen. Alleen bij hoogbejaarden, ernstige somatische comorbiditeit en bij patiënten met dementie valt een lagere startdosis te overwegen.

Bij ernstige of psychotische depressies, bij in de ggz opgenomen ouderen met een depressie, en bij non-respons op een eerstekeuzemiddel is nortriptyline geïndiceerd, waarbij met een lagere dosering als bij volwassenen wordt gestart maar wel snel wordt opgehoogd. Een plasmaspiegelbepaling zou standaard moeten plaatsvinden bij de subgroepen waar een TCA is geïndiceerd en zeker bij non-respons.

Het optreden van lichamelijke klachten tijdens een behandeling met antidepressiva moet bij ouderen niet te snel als bijwerking worden geïnterpreteerd.

Het is aan te bevelen voor het starten van een antidepressivum een checklist af te nemen met de voor dat antidepressivum meest voorkomende bijwerkingen.

Voor het starten van een SSRI wordt aanbevolen bij ouderen het serumnatriumgehalte te bepalen als er andere risicofactoren zijn, zoals het gebruik van diuretica. Bij enige verdenking op een hyponatriëmie dient de bepaling te worden herhaald.

Voortzetting van de behandeling na herstel

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Er is veel discussie over, en weinig onderzoek verricht naar, de vraag hoe lang antidepressiva na het bereiken van remissie moet worden voortgezet. De adviezen variëren van zes maanden tot twee jaar na een eenmalige depressieve episode. Een *expert consensus statement* suggereert dat na een eerste depressieve episode ouderen een jaar lang hun medicatie in dezelfde dosis zouden moeten doorgebruiken (3). Na twee episodes waren de meningen verschillend, maar na drie of meer episodes werd levenslange onderhoudsbehandeling aangeraden.

Er zijn diverse RCTs gepubliceerd verricht naar profylactische behandeling met antidepressiva. In een ouder onderzoek bleek fenelzine minder recidieven te geven (13%) dan nortriptyline (54%) en placebo (65%) in 1 jaar (86). Dothiepine bleek de recidiefkans te verlagen met een factor 2,5 (Old age depression interest group 1993).

De beide grote onderhoudsonderzoeken van Reynolds e.a. (198 200; zie '[Interpersoonlijke psychotherapie](#)' bij '[Psychologische/psychotherapeutische interventies](#)') toonden eveneens duidelijk aan hoe succesvol onderhoudsbehandeling kan zijn bij ouderen.

Citalopram gaf minder recidieven in 1 jaar (32%) dan placebo (68%) (118); en lithium toegevoegd aan een antidepressivum bij niet-therapieresistente (!) ouderen verlaagde de recidiefkans van 33% naar 4% in 2 jaar (263). De enige gepubliceerde RCT met een negatief resultaat, vond geen significant verschil tussen de 39% ouderen die geen recidief kregen in 2 jaar bij sertraline ten opzichte van 31% placebo (269). Het meest recente onderzoek vond eveneens een positief effect van onderhoudsbehandeling; het risico op een terugval was 4.4 maal hoger bij placebo dan bij escitalopram binnen een half jaar na herstel van de depressie (93). Ook andere, niet gecontroleerde onderzoeken bevestigen het nut van onderhoudsbehandeling. Ten slotte werd in een RCT gevonden dat onderhoudsbehandeling met een lagere dosis nortriptyline (plasmaspiegels 40-60 mg/ml) bij 40% een recidief gaf in 3 jaar ten opzichte van 29% recidieven bij plasmaspiegels tussen 80-120 mg/ml. Dit verschil was, deels door de kleine subgroepen, niet significant, maar de lagere spiegels gaven wel minder vaak een volledige remissie dan de hogere spiegels (201).

Bij het besluit tot het voortzetten van het antidepressivum wordt niet alleen het aantal eerder depressies, doch ook de duur en ernst ervan, de duur van de tussenliggende periode, de bijwerkingen, het ervaren stigma ('ik ben psychiatrisch patiënt want ik slik medicijnen') en de wens van de patiënt meegewogen.

Conclusie

- Voortzetting van de behandeling van een eenmalige depressie gedurende een jaar na herstel verlaagd de kans op een recidief aanzienlijk.
- Bij ouderen met een eerste recidief depressie is voortzetting van de behandeling gedurende langere tijd dan één jaar te adviseren, bij een tweede of volgend recidief is levenslange onderhoudsbehandeling te overwegen.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

Voortzetten van de behandeling na herstel van een eerste depressieve episode is bij ouderen geïndiceerd gedurende minimaal één jaar.

Bij ouderen met een recidiverende depressie is jarenlange, mogelijk levenslange onderhoudsbehandeling geïndiceerd, afhankelijk van vele factoren zoals ernst, duur, bijwerkingen en wens van de patiënt.

Sint-Janskruid

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

De werkgroep heeft één RCT gevonden naar de werkzaamheid van sint-janskruid bij ouderen. Hier bleek sint-janskruid even effectief als fluoxetine bij ouderen met een lichte tot matig ernstige depressie ([100](#)). In de gepubliceerde onderzoeken bij volwassenen kwamen overigens wel enkele ouderen voor. Er is geen reden te veronderstellen dat de werkzaamheid bij ouderen anders zal zijn als bij jongervolwassenen, wel moet meer rekening gehouden worden met geneesmiddeleninteracties vanwege de beïnvloeding van het cytochroomstelsel.

Conclusie

- Sint-janskruid is bij ouderen met een lichte tot matig ernstige depressie mogelijk even effectief als antidepressiva.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

Wij adviseren de richtlijn voor volwassenen te volgen en alleen sint-janskruid te overwegen bij lichte tot matig ernstige depressies en bedacht te zijn op geneesmiddeleninteracties.

Lichttherapie

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

In de gepubliceerde onderzoeken naar lichttherapie zijn regelmatig enkele ouderen opgenomen, maar een RCT naar lichttherapie voor seizoensgebonden depressies werd niet gevonden. Misschien neemt de frequentie van seizoensgebonden stemmingswisselingen af met de leeftijd, aanwijzingen hiervoor zijn te vinden in het Leidse 85-plusonderzoek ([62](#)).

Wel bleek in een placebogecontroleerd onderzoek bij ouderen in een verpleeghuis dat lichttherapie effectief was in het reduceren van de score op de *Geriatric Depression Scale* (GDS) ([237](#)). In een gecontroleerd onderzoek bij Taiwanese ouderen met een niet-seizoensgebonden depressie bleek lichttherapie effectiever dan geen behandeling ([250](#)).

Er is geen reden te veronderstellen dat de werkzaamheid bij ouderen anders zal zijn dan bij jongervolwassenen.

Conclusie

- Het is niet bekend of lichttherapie effectief is bij ouderen met een seizoensgebonden stemmingsstoornis. Wel zijn er aanwijzingen dat lichttherapie effectief is als behandeling voor niet-seizoensgebonden depressies.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

Het effect van lichttherapie bij ouderen met een (al dan niet seizoensgebonden) depressie is beperkt onderzocht, vooralsnog wordt geadviseerd dit als optie te overwegen bij ouderen met een seizoensgebonden depressie.

Non-respons op een eerste stap in de medicamenteuze behandeling

Er is bij ouderen geen enkele RCT gepubliceerd naar de medicamenteuze vervolgstappen bij non-responders op een eerstekeuzemiddel. Wel lijkt vooralsnog de prognose goed te zijn op grond van de beschikbare, meest retrospectieve of ongecontroleerde prospectieve onderzoeken.

De conclusies en de aanbevelingen worden hier vanwege het ontbreken van goede onderzoeken niet na iedere afzonderlijke optie besproken.

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Alvorens overwogen wordt of de patiënt therapieresistent is voor medicatie, is het belangrijk dezelfde overwegingen te maken als beschreven in de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie voor volwassenen (adequate diagnose, navragen van therapietrouw, optimaliseren behandeling, uitsluiten van in stand houdende factoren zoals somatische comorbiditeit middels o.m. laboratoriumonderzoek; zie richtlijn volwassenen p. 68).

Het bevorderen van de therapietrouw is mogelijk met psycho-educatie (zie 'Psycho-educatie' bij 'Psychologische/psychotherapeutische interventies'). In een pilotonderzoek van een RCT bleek 'concordance therapy' effectiever dan '*care-as-usual*' voor het bevorderen van therapietrouw, het verbeteren van de kwaliteit van leven en het reduceren van depressieve klachten (Higgins e.a. 2004).

Verhoging dosis

Verhoging van de dosis van met name SSRI's tot boven de standaard dagdosis is bij ouderen niet apart onderzocht. Uit de literatuur bij volwassenen zijn aanwijzingen bekend dat venlafaxine effectiever is bij hogere doseringen, bij ouderen lijkt dit ook aannemelijk.

Overschakelen naar een ander antidepressivum of combinaties van antidepressiva of andere medicatie

Bij ouderen is ook niet onderzocht of een tweede SSRI na non-respons op de eerste SSRI effectief is. Op grond van de gegevens bij jongervolwassenen lijken deze opties bij ouderen het overwegen waard, zeker indien sprake is van intolerantie voor een bepaalde SSRI en daarmee de ineffectiviteit van een SSRI niet is vastgesteld. Overschakeling op een middel uit de groep van overige antidepressiva is een minstens even goed, maar niet onderzocht alternatief. Overschakeling op nortriptyline met spiegelcontrole lijkt de meest aangewezen optie na non-respons op twee niet-TCA's.

Gecontroleerd onderzoek naar het toevoegen van antidepressiva of van niet-antidepressiva (bv. schildklierhormoon) bij non-responders ontbreekt geheel bij ouderen.

Lithiumadditie

De toevoeging van lithium aan een tot dan toe niet-succesvolle behandeling met een antidepressivum (TCA of SSRI) bleek in 5 prospectieve, ongecontroleerde onderzoeken effectief (gedefinieerd als remissie) bij zo'n 35% van de patiënten. Welke lithiumspiegels gehanteerd moeten worden is niet goed bekend: op basis van literatuur en ervaring adviseert de werkgroep in ieder geval een spiegel > 0,4 mmol/l; bij onvoldoende respons te verhogen indien de bijwerkingen het toelaten, zo mogelijk tot > 0,8 mmol/l. Deze spiegel moet minimaal 4 weken worden gehandhaafd, bij voorkeur minimaal 6 weken.

In de enige gepubliceerde RCT bij ouderen bleek lithiumadditie bij 47% (7 van de 15 patiënten) van de patiënten een respons te geven binnen 6 weken (Kok e.a. 2007). Langer continueren van het lithium gaf uiteindelijk bij 66% een remissie.

Alvorens lithium wordt gestart, of zo snel mogelijk na stabilisatie van de psychiatrische toestand, is het aan te raden, op grond van literatuur/ervaring, om naast het laboratoriumonderzoek dat bij volwassenen gebruikelijk is, een creatinineklaring te bepalen en de bloeddruk te meten. Vervolgens is jaarlijkse controle van bloeddruk

en eiwitexcretie (microalbuminurie als maat voor vroege nierschade) mogelijk van belang (Van Gerven & Boer 2006). Hoe lang de combinatie van een antidepressivum met lithium moet worden gecontinueerd na succesvolle behandeling is amper onderzocht. In een RCT bij 12 ouderen werd gevonden dat geleidelijke (150 mg afbouw per week) vervanging van lithium door een placebo een duidelijke vermindering van bijwerkingen gaf. Gedurende de observatieperiode van 2 jaar kwamen in beide groepen 2 recidieven voor, die in de placebogroep niet goed te behandelen waren met opnieuw starten van lithium (Hardy e.a. 1997). Reynolds e.a. vonden dat 46% van 11 responders op lithiумаugmentatie een recidief kregen na afbouw, waarmee gestart werd 10 weken na respons (Reynolds e.a. 1996).

Klassieke MAO-remmers

Als toevoeging van lithium ineffectief is, is het twijfelachtig of een klassieke MAO-remmer overwogen moet worden (Baldwin & Wild 2004). Uit enkele prospectieve, ongecontroleerde onderzoeken blijkt dat ruim 55% in remissie komt, maar uit de enige 2 RCT's die zijn verricht bij ouderen blijkt in de ene fenelzine wel effectiever dan placebo (Sunderland e.a. 1994), maar werd in de tweede geen enkele responder (op 14 patiënten) gevonden binnen 6 weken (Kok e.a. 2007).

Op grond van deze beperkte gegevens kan het 'klassieke' depressieprotocol (stap 1: een SSRI of ander modern middel; stap 2: een TCA; stap 3: lithiumadditie; stap 4: een irreversibele MAO-remmer; stap 5: ECT) bij ouderen beter worden: stap 4: ECT (conform het *Handboek ouderenpsychiatrie*, Heeren e.a. 2001). Bij ouderen is overigens over fenelzine aanzienlijk meer gepubliceerd dan over tranlycypromine. De juiste dosering is niet bekend, op grond van literatuur/ervaring adviseert de werkgroep minimaal 45 mg fenelzine per dag te geven, liefst 60-75 mg. Deze stap dient eveneens minimaal 4-6 weken en bij enige vooruitgang (zie 'Eerstekeuzemiddelen' bij 'Biologische behandeling') nog langer gecontinueerd te worden.

Elektroconvulsieve therapie

In geen enkele RCT is de effectiviteit van ECT (zie 'Elektroconvulsieve therapie' bij 'Biologische behandeling') bij ouderen met een therapieresistente depressie onderzocht. Bij ernstige depressies (zie eerdere omschrijvingen hiervan) en zeker bij complicaties zoals weigering van vocht, voeding of medicatie voor somatische aandoeningen, dient ECT snel overwogen te worden, omdat de effectiviteit op grond van ervaring en op grond van de literatuur bij volwassenen niet ter discussie staat.

Repetitieve transcraniale magnetische stimulatie

De enige 2 RCT's bij ouderen met een therapieresistente depressie vonden beide geen verschil tussen repetitieve transcraniale magnetische stimulatie (rTMS) en placebo-rTMS ('sham'-rTMS) (Manes e.a. 2001; Mosimann e.a. 2004).

Conclusie

- De werkzaamheid van lithiumadditie is bij ouderen slechts beperkt aangetoond, gepubliceerd gerandomiseerd onderzoek van andere medicamenteuze opties ontbreekt.
- Bij ouderen is de effectiviteit van irreversibele monoamineoxidaseremmers onvoldoende aangetoond bij therapieresistente depressies.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Bij non-responders op een SSRI of een andere niet-TCA zijn vele opties te overwegen, zoals overschakeling op een ander antidepressivum, al of niet van een andere groep, en het toevoegen van lithium.

Bij non-responders op een TCA beveelt de werkgroep lithiumadditie aan, bij opnieuw non-respons gevolgd door elektroconvulsieve therapie. Bij ernstige depressies met somatische complicaties is meteen starten met elektroconvulsieve therapie geïndiceerd.

Psychotische depressies

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Uit de eerder genoemde (Amerikaanse) expertmeeting blijkt een grote voorkeur voor het behandelen van een psychotische depressie met de combinatie van een antidepressivum en een antipsychoticum (3).

De enige RCT naar de behandeling van psychotische depressies bij ouderen die ons bekend is laat overigens geen verschil zien tussen het toevoegen van een antipsychoticum (perfenazine) of een placebo aan het antidepressivum nortriptyline (175).

Op grond van het gepubliceerde onderzoek bij jongervolwassenen is zowel behandeling met een antidepressivum aangevuld met een antipsychoticum bij onvoldoende respons, als monotherapie met een antidepressivum (bij voorkeur een TCA, mogelijk is venlafaxine - mits hoog gedoseerd - een alternatief) een verantwoorde eerste stap. Bij ouderen is nortriptyline het TCA van eerste voorkeur.

Indien de psychotische depressie gepaard gaat met somatische complicaties, zoals weigering van eten/drinken/somatische medicatie, dan is meteen starten met ECT geïndiceerd.

Conclusie

- De effectiviteit van de combinatie van een antidepressivum en een antipsychoticum is niet aangetoond bij ouderen.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

Bij een psychotische depressie adviseert de werkgroep met nortriptyline te beginnen. Bij ernstige psychotische verschijnselen en bij onvoldoende effect na 4-6 weken monotherapie met een antidepressivum wordt toevoegen van een antipsychoticum aanbevolen. Elektroconvulsieve therapie kan meteen geïndiceerd zijn bij somatische complicaties.

Dysthyme stoornis en beperkte depressie

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

In de enige ons bekende RCT over oudere patiënten met een dysthyme stoornis bleek fluoxetine slechts iets effectiever dan placebo (Devenand e.a. 2005).

Hoewel de beperkte depressie ('minor depression') de meest voorkomende stemmingsstoornis is bij ouderen, is ons slechts 1 RCT bekend naar de medicamenteuze behandeling hiervan. Hierin werd gevonden dat, bij patiënten met een beperkte depressie of een dysthyme stoornis, paroxetine slechts een gering voordeel boven placebo had (Williams e.a. 2000).

Naast deze 2 specifieke RCT's zijn er vele RCT's bij ouderen waarin naast patiënten met een depressieve stoornis ('major depression') ook een aantal patiënten met een dysthyme stoornis of een beperkte depressie werden geïnccludeerd, maar deze werden niet apart geanalyseerd.

Gezien de aangetoonde effectiviteit van antidepressiva bij jongervolwassenen bij een dysthyme stoornis is grote terughoudendheid totdat meer onderzoek is gepubliceerd bij ouderen, niet op zijn plaats. Het beleid bij een beperkte depressie werd besproken in 'Indicatie voor behandeling'.

Conclusie

- De effectiviteit van antidepressiva bij ouderen met een dysthyme stoornis of een beperkte depressie is niet goed aangetoond.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

Bij de dysthyme stoornis adviseert de werkgroep dezelfde indicatiestelling voor antidepressiva bij ouderen als bij volwassenen.

Bij de beperkte depressie is de effectiviteit van medicamenteuze interventies bij ouderen onvoldoende aangetoond en zijn minimale interventies zoals bewegingstherapie, de cursus 'In de put, uit de put', en leefstijladviezen gedurende 3 maanden te overwegen.

Elektroconvulsieve therapie

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Er zijn meer dan 120 onderzoeken en enkele reviews over elektroconvulsieve therapie (ECT) bij ouderen gepubliceerd ([83](#) [210](#) [272](#)). Slechts enkele onderzoeken betreffen RCT's, Hierin werd aangetoond dat ECT effectiever is dan 'sham' ECT (placebo-ECT), maar verder werd vooral de techniek van ECT geëvalueerd. Er is geen RCT bij ouderen waarin ECT werd vergeleken met antidepressiva, wel bleek in enkele gecontroleerde onderzoeken dat ECT effectiever was dan farmacotherapie ([210](#)). Er is geen RCT bij therapieresistente depressies bij ouderen gepubliceerd.

Uit de gepubliceerde onderzoeken blijkt dat ECT bij ouderen effectief is, er zijn zelfs duidelijke aanwijzingen dat de effectiviteit toeneemt met de leeftijd ([83](#)). ECT wordt vooral gegeven als ouderen niet reageren op antidepressiva en dient altijd te worden overwogen als een TCA met spiegelcontrole en lithiumtoevoeging hebben gefaald. Bij patiënten met zeer ernstige depressies (met psychotische kenmerken, suïcidaliteit en/of levensbedreigende somatische complicaties), bij wie bepaalde antidepressiva gecontra-indiceerd zijn of die eerder met goed resultaat met ECT zijn behandeld, dient overwogen te worden of ECT eerder kan worden toegepast of dat dit zelfs de voorkeursbehandeling moet zijn. Er zijn aanwijzingen dat patiënten met een vasculaire depressie minder goed op medicatie reageren en wel goed op ECT.

ECT wordt bij ouderen goed verdragen. Leeftijd op zich verhoogt niet het risico op bijwerkingen, wel de met het verouderen vaak gepaard gaande neurologische aandoeningen zoals de ziekte van Alzheimer en cerebrovasculaire aandoeningen ([83](#)).

Absolute contra-indicaties voor ECT zijn er niet, relatieve contra-indicaties zijn niet anders dan beschreven in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie voor volwassenen. Er wordt geadviseerd hypertensie en hartfalen optimaal te behandelen voor het starten van ECT ([14](#)).

Een Nederlands retrospectief onderzoek vond bij de helft van de 55 patiënten geen bijwerking ([257](#)). Cognitieve bijwerkingen zijn de meest bekende bijwerkingen bij ouderen, maar deze zijn vrijwel altijd binnen een half jaar weer hersteld. Onderzoek laat soms juist een verbetering van cognitieve functies zien na ECT, toe te schrijven aan het verbeteren van de depressie. Andere potentiële, maar betrekkelijk weinig voorkomende bijwerkingen zijn postictale verwardheid, cardiovasculaire complicaties zoals asystolie (die overigens niet tot een verhoogde mortaliteit leidde) en compressiefracturen ([272](#)).

Ook bij somatische comorbiditeit en bij ernstig depressieve patiënten met dementie is ECT mogelijk en effectief en wordt dan nog steeds goed verdragen, al komen dan wel meer bijwerkingen voor (bv. postictaal delirium).

Na herstel op ECT is medicamenteuze onderhoudsbehandeling essentieel, gezien de grote kans op een recidief. Er is ons geen onderzoek hiernaar bij ouderen bekend, op grond van de literatuur bij volwassenen kan in het algemeen de combinatie van nortriptyline met lithium worden aanbevolen.

Recent werd een betere effectiviteit en veiligheid van onderhouds-ECT versus medicamenteuze nabehandeling bij psychotische depressie beschreven ([222](#)).

Conclusie

- De effectiviteit van ECT bij ouderen met een depressie is aangetoond. ECT lijkt mogelijk zelfs meer effectief te worden met het toenemen van de leeftijd.
- Bijwerkingen van ECT op oudere leeftijd zijn opvallend licht, waarbij reversibele cognitieve bijwerkingen het meest voorkomen.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

ECT dient bij ouderen eerder te worden overwogen dan bij jongervolwassenen, in het bijzonder als er sprake is van een psychotische depressie en/of een slechte somatische conditie.

Slaapdeprivatie

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Gecontroleerd onderzoek naar (partiële) slaapdeprivatie bij therapieresistente depressies bij ouderen is ons niet bekend. Wel werd een RCT gepubliceerd waarin bleek dat een nacht slaapdeprivatie geen snellere respons gaf op paroxetine dan placebo bij niet-therapieresistente depressies bij ouderen ([203](#)).

Conclusie

- Er zijn aanwijzingen dat een nacht slaapdeprivatie geen snellere respons geeft op paroxetine dan placebo.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

Slaapdeprivatie wordt vooralsnog bij ouderen met een depressie niet aanbevolen.

Specifieke settings

Aangezien in het algemeen ziekenhuis en het verpleeghuis zowel diagnostiek (apart besproken in '[Specifieke settings](#)' bij '[Diagnostiek](#)') als de behandeling een geheel eigen werkwijze kennen, wordt hier in deze paragrafen apart aandacht aan besteed. Er is niet zoveel onderzoek gepubliceerd.

Algemeen ziekenhuis

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Uit veel onderzoeken blijkt de prognose van een depressie bij patiënten die zijn opgenomen in het algemeen ziekenhuis matig te zijn, mogelijk omdat meestal de diagnose niet wordt gesteld en er geen behandeling plaatsvindt, maar uiteraard ook vanwege de onderliggende somatische ziekte die de reden voor ziekenhuisopname was. In een review werd gevonden dat 12 maanden na het stellen van de diagnose slechts 19% van de ouderen hersteld was, 29% was nog depressief en liefst 53% was overleden ([53](#)). Uit een Cochrane review van 18 trials blijkt de behandeling van depressies bij somatische comorbiditeit even effectief als bij niet-somatisch zieken, maar deze review betreft niet speciaal ouderen en ook niet alleen in het algemeen ziekenhuis opgenomen patiënten ([90](#)). Ook bespraken wij bij het gedeelte over indicatie voor antidepressiva al enkele RCT's over antidepressiva bij somatisch zieke ouderen.

Op het gebied van interventies zijn er zes onderzoeken die specifiek ouderen op somatische afdelingen in het algemeen ziekenhuis betreffen en één review ([57](#)). In deze review werden overigens zeven RCT's opgenomen, één RCT bevat ook ambulante ouderen. Opvallend genoeg zijn er na het verschijnen van deze review geen nieuwe RCT's meer gepubliceerd.

De RCT's waarin antidepressiva werden vergeleken met placebo toonden de effectiviteit van de antidepressiva aan, behoudens in de trial waarin een erg lage dosis lofepramine (niet in Nederland verkrijgbaar) werd gegeven. Op grond van de beperkte onderzoeken lijken er minder contra-indicaties te zijn voor selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) dan voor tricyclische antidepressiva (TCA's). Bij somatische comorbiditeit wordt in de literatuur vrijwel altijd de voorkeur voor een SSRI boven een TCA uitgesproken.

Het vermelden waard is de RCT waarin methylfenidaat statistisch gezien effectiever bleek dan placebo in een crossoveropzet bij deels opgenomen en deels ambulante ouderen met een depressie en een invaliderende lichamelijke ziekte ([258](#)). De verschillen zijn bij nadere bestudering van de gegevens overigens klinisch verre van indrukwekkend en dit onderzoek biedt geen goede rechtvaardiging van het gebruik van methylfenidaat bij deze subgroep. Of methylfenidaat een plaats verdient bij de behandeling van apathie in het kader van dementie, delier, de ziekte van Parkinson of na een CVA, waarbij soms de overlap met depressiesymptomen voor complexe diagnostische vragen zorgt, valt buiten de context van deze richtlijn ([91](#)).

De behandeling van ouderen met een depressie die zijn opgenomen op een somatische afdeling in het algemeen ziekenhuis heeft de volgende beperkingen:

- de opnameduur is korter dan de periode waarop het effect van een antidepressieve behandeling is te verwachten en wordt grotendeels bepaald door de somatische aandoening
- er is een beperkte beschikbaarheid van psychiater, psycholoog, GGZ-verpleegkundigen, activiteitenbegeleiding en vaktherapeuten
- de mogelijkheden tot het scheppen van een therapeutisch klimaat zijn beperkt

Op grond van andere (niet-RCT-) literatuur en ervaring komt de werkgroep tot de onderstaande aanvullende

opmerkingen.

Psycho-educatie is van groot belang, vooral moet er goed uitgelegd worden dat er sprake is van somatische én psychiatrische problematiek, wat het mogelijke verband hier tussen is en wat het belang is van goede behandeling van de stemmingsstoornis. Uitleg hierover aan de behandelend arts/medisch specialist en de verpleegkundigen is eveneens van belang. Ook familie of kennissen die bij de zorg van de patiënt in de thuissituatie betrokken zijn moeten goed voorgelicht worden.

Behandeling van de stemmingsstoornis zal doorgaans plaatsvinden door of op advies van een consulent-psychiater of door de ingeschakelde psycholoog, nadat deze door de behandelend arts/medisch specialist in consult is gevraagd. De consulent-psychiater kan adviezen geven over een medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling (denk aan multidisciplinair opgestelde omgangsadviezen). Ook consultatieve verpleegkundigen kunnen een belangrijke rol spelen bij ouderen met een depressie in het algemeen ziekenhuis, bijvoorbeeld door de niet-psychiatrisch geschoolde verpleegkundigen omgangsadviezen te geven.

De aanwezige somatische problematiek, de meestal ruim aanwezige somatische comediatie en de veroudering geven veranderingen in de farmacokinetiek en -dynamiek van medicamenten waardoor snel bijwerkingen worden gezien, waarbij de somatische en functionele situatie van de patiënt verslechtert. De behandelend arts dient hiermee rekening te houden met het maken van een keuze in de medicamenteuze behandeling van de stemmingsstoornis.

Als de patiënt gedurende de somatische opname onvoldoende voor de stemmingsstoornis behandeld kan worden, dient de psychiatrische behandeling na ontslag te worden voortgezet. De consulent-psychiater dient in te schatten of deze door de eerste lijn kan worden voortgezet of dat de expertise van de ggz noodzakelijk is. Bij voorkeur dient de behandeling door de ggz al in het algemeen ziekenhuis te worden gestart. Het is van groot belang dat er een goede overdracht is met betrekking tot de aanwezigheid of behandeling van een depressie bij ontslag uit het algemeen ziekenhuis naar de eerste lijn, de ggz of het verpleeghuis.

Conclusie

- De prognose voor de depressie bij ouderen in het algemeen ziekenhuis is slecht.
- Het is aangetoond dat de behandeling met antidepressiva in het algemeen ziekenhuis effectief is.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Behandeling van depressies is ook in het algemeen ziekenhuis, in de aanwezigheid van lichamelijke ziekten, geïndiceerd.

Als eerstekeuzemiddelen in het algemeen ziekenhuis wordt een selectieve serotonineheropnameremmer of een ander modern middel aanbevolen, waarbij meer dan bij niet-somatisch zieke ouderen rekening gehouden moet worden met de aanwezige somatische ziekte(n) en met interactie met andere medicatie. Wij adviseren te starten met de halve dosis van de bij jongervolwassenen gebruikelijke startdosering.

Verpleeghuis

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Er is slechts zeer beperkt onderzoek verricht naar behandeling van depressies (en depressieve klachten) in het verpleeghuis (²²⁹). Zowel medicamenteuze (7 onderzoeken) als niet-medicamenteuze interventies (8 onderzoeken) zijn onderzocht en van sterk wisselende methodologische kwaliteit (slechts 7 van de 15 onderzoeken zijn RCT's). De genoemde onderzoeken zijn vrijwel alle afkomstig uit Amerikaanse 'nursing homes'. Daarbij is het de vraag of deze ouderen vergelijkbaar zijn met die in Nederlandse verpleeghuizen en of de genoemde interventies toepasbaar zijn in Nederland.

De medicamenteuze onderzoeken zijn vooral verricht bij bewoners met een depressieve stoornis en een beperkte depressie, terwijl de niet-medicamenteuze interventies vooral zijn gedaan bij bewoners die een verhoogde score hadden op een screeningsinstrument, in de meeste gevallen de GDS. Sinds de review van Snowden e.a. (²²⁹) is nog een beperkt aantal gecontroleerde onderzoeken gepubliceerd, doch geen enkele betrof medicamenteuze behandeling.

Er zijn slechts 3 RCT's gepubliceerd over de effectiviteit van antidepressiva bij de depressieve stoornis in het verpleeghuis. In het eerste onderzoek bleek bij 30 patiënten nortriptyline effectiever dan placebo (¹¹⁵). In het tweede onderzoek bleek bij 69 patiënten dat een erg lage dosering van 10-15 mg nortriptyline even effectief

was als 60-80 mg nortriptyline (236). In het derde onderzoek bleek bij 52 patiënten sertraline even effectief als venlafaxine, maar werd sertraline wel beter verdragen (183).

Hiernaast is nog een RCT gepubliceerd bij 24 ouderen met een beperkte depressie, waarin mede door de kleine aantallen en een hoge placeborespons geen verschil tussen paroxetine en placebo kon worden aangetoond (44).

Uit een placebogecontroleerd onderzoek in het verpleeghuis bleek dat lichttherapie effectief was in het reduceren van de GDS-score (237).

Bij een depressieve stoornis vindt de *Consensus Statement* een antidepressivum geïndiceerd, bij voorkeur in combinatie met niet-farmacologische interventies. De *Consensus Statement* stelt dat SSRI's eerstekeuzemiddelen zijn, terwijl de TCA's amitriptyline, doxepine en clomipramine vermeden zouden moeten worden. Verder wordt genoemd dat getrainde verpleegkundigen betekenisvolle activiteiten moeten aanbieden zoals vrijwilligerswerk of religieuze activiteiten, of activiteiten die de bewoner in staat stelt zijn oude rollen te blijven vervullen, of zorgen voor het verbeteren van de sociale contacten. Als psychotherapie wordt genoemd groepsgewijze of individuele cognitieve gedragstherapie.

De *Richtlijn Probleemgedrag* van de NVVA (de beroepsvereniging voor verpleeghuisartsen en sociaal geriater) geeft bij het kiezen van een klassiek middel de voorkeur aan nortriptyline, te starten met 10-25 mg/dag en dit elke 3-4 dagen op te hogen tot 75 mg/dag. Bij het kiezen van een modern middel wordt de voorkeur uitgesproken voor een SSRI, bijvoorbeeld citalopram, te starten met 10 mg voor de nacht en na 1 week te verhogen naar 20 mg/dag. Bij 4 weken geen enkel effect op een adequate dosering, of na 6-8 weken met onvoldoende succes, wordt een ander middel overwogen (277). Hoe de keuze tussen een klassiek of modern middel moet worden gemaakt, welke behandelonderzoeken met verpleeghuispatiënten zijn verricht en welke niet-medicamenteuze opties kunnen worden overwogen wordt in de NVVA-richtlijn niet nader besproken.

De specifieke kenmerken van verpleeghuisbewoners zoals multipale somatische morbiditeit, cognitieve comorbiditeit, beperkingen in visus/gehoor/communicatie kunnen interfereren zowel met de medicamenteuze als met de niet-medicamenteuze interventiemogelijkheden.

De afspraken met betrekking tot de behandeling dienen expliciet in de vorm van een zorgprobleem met bijbehorend doel en acties in het zorgdossier te worden genoteerd.

Bij onvoldoende effect van de behandeling of bij gecompliceerde depressies (psychotische depressie, bipolaire stoornis, voedselweigering) beveelt de werkgroep aan dat een ouderenpsychiater in consult wordt gevraagd.

Conclusie

- Antidepressiva zijn effectief bij de depressieve stoornis (alleen nortriptyline is onderzocht) en bij de beperkte depressie (alleen selectieve serotonineheropnameremmers zijn onderzocht) bij verpleeghuisbewoners. Bij ernstige cognitieve stoornissen is een duidelijke voorkeur voor een selectieve serotonineheropnameremmer boven een tricyclisch antidepressivum.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Bij een beperkte depressie wordt aanbevolen te kiezen uit maximaal twee maanden 'watchful waiting' of niet-farmacologische interventies. Pas daarna zijn farmacologische interventies aangewezen, al dan niet in combinatie met gerichte niet-farmacologische interventies.

Bij een depressieve stoornis zijn gerichte niet-farmacologische interventies (op advies of onder begeleiding van een psycholoog) of antidepressiva aangewezen, of de combinatie hiervan.

Bij de keus van een antidepressivum geldt dat de nieuwe generatie antidepressiva zoals selectieve serotonineheropnameremmers de voorkeur hebben boven de tricyclische antidepressiva als middel van eerste keuze. Bij onvoldoende verbetering moet nortriptyline worden overwogen met opbouwschema's conform de *Richtlijn Probleemgedrag* van de NVVA.

Het effect van therapeutische interventies dient regelmatig te worden geëvalueerd met behulp van de meetinstrumenten (bv. de Geriatric Depression Scale of de Cornell Scale for Depression in Dementia).

Psychologische/psychotherapeutische interventies

Vooroordelen over ouderen en veroudering ('ouderen zijn star', 'er is geen tijd meer om te veranderen') hebben de drempel voor toepassing van psychotherapie bij ouderen verhoogd.

Gelukkig komt hierin geleidelijk verandering. Dat neemt niet weg dat in de dagelijkse praktijk nog wel degelijk de gevolgen te zien zijn van de geringe verwachtingen ten aanzien van een psychotherapeutische behandeling bij ouderen met psychiatrische stoornissen. Zo bleek enkele jaren geleden in een onderzoek bij zeven ouderenafdelingen van de Riagg dat er nauwelijks psychotherapeuten werkzaam waren op deze afdelingen.

Toch wordt ook nog wel eens onderschat hoe moeilijk psychotherapie juist in deze groep is, waarbij het belangrijk is flexibel gebruik te maken van technieken uit verschillende therapeutische stromingen.

De gedachte dat psychotherapie bij ouderen geen zin zou hebben, stamt uit de psychoanalytische school.

Freud veronderstelde dat vijftigplussers een te rigide karakterstructuur zouden hebben om nog te kunnen veranderen, bovendien zou er op die leeftijd te veel 'materiaal' zijn voor een analyse. Toch werd ook al in de tijd van Freud dit pessimisme niet door alle therapeuten gedeeld, ook niet binnen de psychoanalytische traditie zelf, en al snel werden succesvolle behandelingen van ouderen beschreven door psychoanalytisch ingestelde psychotherapeuten ⁽⁶⁹⁾

Psychotherapeutische interventies bij ouderen zijn deels gebaseerd op bestaande therapievormen bij jongervolwassenen en deels op specifiek voor deze leeftijdsgroep ontwikkelde vormen zoals 'life-review' en reminiscentie (zie '[Reminiscentie en life-review](#)' bij '[Psychologische/psychotherapeutische interventies](#)').

Er zijn ook specifieke psychologische taken voor ouderen beschreven, zoals bij Erikson de laatste ontwikkelingsfase van Integriteit versus Wanhoop. De oudere maakt evenals in vorige fasen een crisis door, waarna de psychische ontwikkeling of doorgaat of vastloopt. Vanuit de psychoanalytische theorie is eveneens aandacht ontstaan voor de middelbare leeftijd ⁽²⁷⁹⁾.

Bij de huidige generatie ouderen zal psychotherapie in engere zin meestal voorafgegaan moeten worden door een uitgebreide voorlichting en psycho-educatie.

Eenzijds is bij de huidige generatie ouderen sprake van een geringere motivatie voor psychotherapie: men is minder bekend met psychotherapie, in relaties met hulpverleners wordt eerder 'raad' verwacht, en men is weinig gewend te 'psychologiseren'. Het idee dat lichamelijke klachten, psychische klachten of sociale omstandigheden elkaar wederzijds kunnen beïnvloeden en dat het wijzigen van bepaalde gedachten of gedragingen op verschillende niveaus een verandering kan bewerkstelligen, is geen gemeengoed. Naast deze onbekendheid met de verworvenheden uit de gedragswetenschappen bestaat ook nog vaak de norm dat 'de vuile was niet wordt buiten gehangen'. Men schaamt zich voor de psychische of relationele problemen of voelt zich er schuldig over (en soms zondig). Bovenstaande geldt mogelijk vooral voor de hoogbejaarden en in mindere mate voor de 'jonge ouderen'.

Anderzijds zijn er bevorderende factoren voor psychotherapie bij ouderen: het is 'nu of nooit', de toegenomen mildheid en neiging tot introspectie bij ouderen, en meer gelegenheid (doordat werk of opvoeding als dagtaken zijn weggevallen) om te komen tot rolveranderingen.

Onderwerpen die bij psychotherapie voor ouderen speciale aandacht verdienen, zijn:

- veranderend levensperspectief
- andere relatie met de psychotherapeut (therapeut meestal jongere generatie)
- ander soort aanpassing door met leeftijd samenhangende factoren
- existentiële verschillen: groot aantal verliezen: fysiek, sociaal en interpersoonlijk
- bespreking seksualiteit (om diverse redenen voor zowel therapeut en patiënt moeilijker bespreekbaar dan bij jongervolwassenen)
- cohorteffecten: verschil in normen en waarden tussen therapeut en patiënt

Doorgaans worden aanpassingen in de vorm aanbevolen, gebaseerd op klinische ervaring en niet op empirisch onderzoek. Dit betreft met name de duur (korter) en frequentie (minder sessies). Ook moet rekening gehouden worden met eventuele zintuiglijke beperkingen (doofheid), vervoersproblemen, een minder goede inprenting, gebrekkige privacy in instellingen, maar ook met bijvoorbeeld leeftijdsspecifieke overdrachts- en tegenoverdrachtsfenomenen ⁽¹¹⁹⁾. Veel psychotherapeuten hebben de ervaring dat zij bij ouderen niet zo vaak een indicatie zien voor een 'klassieke' vorm van psychotherapie, maar meestal onderdelen uit diverse psychotherapievormen toepassen bij ouderen en hiermee uitstekend uit de voeten kunnen. Dit geldt zeker voor psychotherapeutische interventies in het verpleeghuis, die in een apart gedeelte ('[Specifieke settings](#)' bij '[Psychologische/psychotherapeutische interventies](#)') worden besproken.

Psychotherapievormen waarvan geen gecontroleerd effectonderzoek bij ouderen met een depressie is beschreven, worden hier niet verder besproken, waarmee niet gezegd wil zijn dat deze niet bij ouderen

toegepast zouden moeten worden of niet geschikt zijn voor ouderen. Dit geldt bijvoorbeeld voor cliëntgerichte psychotherapie, narratieve psychotherapie, partnerrelatietherapie, gezins- of systeemtherapie en aandachtgerichte cognitieve therapie (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*). Om dezelfde reden wordt mediatieve therapie, waarbij de psycholoog het team van verpleegkundigen/verzorgenden adviezen geeft in de omgang met patiënten, niet besproken, terwijl deze waarschijnlijk uitermate zinnig kan zijn. Nader onderzoek naar de effectiviteit van al deze therapievormen bij ouderen is geïndiceerd.

De psychotherapievormen met gepubliceerd effectiviteitonderzoek worden wel besproken, met de nadruk op deze onderzoeken. Er is weinig onderzoek verricht bij ouderen waarmee de vragen in de paragrafen kunnen worden beantwoord zoals die in de Multidisciplinaire richtlijn Depressie voor volwassenen worden gesteld. De indeling van dit hoofdstuk wijkt dus daarvan sterk af.

Een meer gedetailleerde beschrijving van de werkwijze van de betreffende psychotherapievormen (en van de niet besproken therapievormen) is te vinden in het *Handboek ouderenpsychologie* (191) en in vele internationale monografieën over psychotherapie bij ouderen.

Aanbeveling

Bij het toepassen van psychotherapie bij ouderen zijn aanpassingen wenselijk ten opzichte van de praktijk bij jongervolwassenen. Dit betreft onder meer de duur en de frequentie van de zittingen en het rekening houden met zintuiglijke beperkingen, geheugenproblemen, en specifieke (tegen)overdrachtsfenomenen.

Effectiviteit van psychotherapie

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Er zijn vele reviews en meta-analyses gepubliceerd over psychotherapie bij ouderen (o.a. [65](#) [67](#) [85](#) [155](#) [187](#) [188](#) [221](#)). Bij ouderen is een effectgrootte van 0,72 bij psychotherapie vergelijkbaar met die bij jongervolwassenen ([67](#)). De meeste onderzoeken zijn echter vrij oud (grotendeels 1980-1990) en methodologisch niet sterk. Meestal gaat het om kleine groepen waarbij slechts bij een minderheid de diagnose depressiever stoornis werd gesteld ([65](#)). Een minder positieve meta-analyse laat zien dat gedragstherapie of cognitieve gedragstherapie effectiever zijn dan niets doen, maar niet effectiever dan een controlegroep die slechts aandacht kreeg ([155](#)).

Naar de combinatie van psychotherapie en antidepressiva zijn enkele randomized clinical trials (RCT's) verricht (⁹): één met interpersoonlijke psychotherapie (zie '[Interpersoonlijke psychotherapie bij Psychologische/psychotherapeutische interventies](#)') en één met cognitieve gedragstherapie (zie '[Gedragstherapie en cognitieve gedragstherapie bij Psychologische/psychotherapeutische interventies](#)'). Onderzoeken waarin verschillende interventies vanuit verschillende invalshoeken tegelijkertijd worden aangeboden, worden besproken in het hoofdstuk met overige interventies (zie '[Multidisciplinaire, multimodale interventies bij Steunende en structurerende interventies](#)').

De aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis heeft vermoedelijk een negatieve invloed op de effectiviteit van psychotherapie (en ook van antidepressiva) bij een depressie bij ouderen, hoewel dit niet in elk onderzoek werd gevonden ([169](#)).

Er is veel onderzoek naar de niet-medicamenteuze behandeling van een scala aan 'gedragsstoornissen' bij dementie, waaronder depressieve klachten. Deze 'brede' interventies ([254](#)) zoals belevingsgerichte zorg, 'validation', snoezelen, psychomotorische therapie, reminiscentie en muziektherapie, zijn meestal niet specifiek op depressieve klachten gericht en de bespreking valt daarom buiten het kader van deze richtlijn. Gecontroleerd onderzoek naar de psychotherapeutische behandeling van depressie bij dementiepatiënten is beperkt. In een RCT bleek dat twee gedragstherapeutische behandelmethoden (bevorderen plezierige activiteiten en verhogen van het probleemoplossend vermogen van de 'caregivers') effectiever waren dan 'care-as-usual' en een wachtlijstgroep bij patiënten met een depressieve stoornis of een beperkte depressie ([244](#)). In een andere RCT bleek dat de combinatie van een trainingsprogramma voor de caregivers en een bewegingstherapieprogramma voor de patiënten, effectiever was dan 'routine care' in het verminderen van depressieve symptomen ([243](#)). De *Richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie* ([176](#)) stelt dat 'bij probleemgedrag bij dementie (depressie is daar een voorbeeld van) na diagnostiek als eerste maatregel een psychosociale interventie gekozen moet worden'.

Net als bij jongervolwassenen, is bij ouderen het belang van de 'aspecifieke factoren' bij het herstel van een depressie van groot belang; direct onderzoek ontbreekt echter. Het bieden van aandacht, steun en hoop, het tonen van empathie, het gezamenlijk vinden van een rationale voor de klachten en een gestructureerde aanpak is dus een eerste vereiste. Er is ons geen onderzoek bekend naar de indicatiestelling van psychotherapie bij ouderen, het lijkt echter niet aannemelijk dat dit anders zou moeten verlopen dan bij volwassenen. De meeste recente richtlijnen voor de behandeling van depressies en andere

stemmingsstoornissen bij dementiepatiënten (zie b.v. ¹⁷⁶) suggereren dat medicamenteuze behandeling zou moeten worden overwogen als niet-medicamenteuze behandeling niet effectief is gebleken.

Conclusie

- Psychotherapie is bij ouderen even effectief als bij jongervolwassenen.
- Psychotherapeutische behandeling van depressies bij dementiepatiënten is effectief.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Psychotherapie dient bij ouderen overwogen te worden op dezelfde gronden als bij volwassenen.

Bij depressies bij dementiepatiënten hebben niet-medicamenteuze behandelvormen de voorkeur boven antidepressiva.

Psycho-educatie

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Aangezien psycho-educatie vaak onderdeel van een bredere behandeling is, is het afzonderlijke effect nauwelijks onderzocht en ook nauwelijks te onderzoeken. In een niet-gecontroleerd onderzoek werd gevonden dat depressieve klachten verbeterden tijdens een psycho-educatiecursus (²¹⁴). Een eenmalige psycho-educatiebijeenkomst voor patiënten en familieleden gaf een lagere drop-out tijdens de verdere behandeling (²²⁴). Een groepsgewijs programma met psycho-educatie en vaardigheidstraining bleek effectiever dan reminiscentie in een gerandomiseerd, doch klein onderzoek waarin ook vrijwel iedereen een antidepressivum kreeg (¹¹⁷).

Er zijn enkele specifieke voorlichtingsfolders ontwikkeld voor ouderen. De werkgroep beveelt de folder *Depressie bij ouderen* aan van het Fonds Psychische Gezondheid (www.fondspsychischegezondheid.nl). Een goed, doch duurder alternatief is de folder *Achter een lachend gezicht* van het Trimbos-instituut (www.trimbos.nl). De folder *Depressie* van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, is een goed alternatief, hierin wordt overigens niet specifiek op ouderen ingegaan (www.nvvp.net). Patiënten of familieleden die meer informatie willen kunnen worden verwezen naar het voorlichtingsboek van Linssen & Kok (¹⁴⁰) over depressies bij ouderen.

Om verschillende redenen is psycho-educatie speciaal van belang bij ouderen. In de eerste plaats zijn problemen van ouderen vaak complex en multidimensionaal (én psychisch én somatisch én sociaal). In de tweede plaats zijn ouderen minder dan jongeren vertrouwd met psychologische begrippen en is men meer geneigd het aan dokters en aan medicijnen over te laten om hun psychische gezondheidsproblemen op te lossen. Men verwacht eerder 'raad' van hulpverleners dan dat men kijkt naar wat men zelf aan de klachten kan doen. Uitleg over de uitgangspunten van de levensloopspsychologie en het biopsychosociale model kunnen zeker voor ouderen een goed perspectief bieden om verschijnselen, mogelijke behandelstrategieën en eigen inbreng te bespreken. Onderwerpen van psycho-educatie zijn niet anders dan bij jongervolwassenen maar de inhoud is toegespitst op de situatie en achtergrond die kenmerkend zijn voor veel ouderen. Specifiek aandachtspunten bij ouderen zijn de samenhang en verschillen met rouw en met dementie, vooral de angst hiervoor. Een beschrijving van een uitgewerkte cursus voor ouderen is te vinden bij Linssen (¹³⁹).

Hoewel het aannemelijk is dat er enkele verschillen zijn tussen oudere en jongere volwassenen in de manier waarop en de frequentie waarmee psycho-educatie en andere vormen van psychotherapie het beste kan worden uitgevoerd, zijn er nauwelijks verschillen aan te wijzen in indicatiestelling. Wellicht vormt de keuze voor al dan niet groepsbehandeling daarop een uitzondering. Groepsbehandeling zou mogelijk wel eens bij uitstek geschikt kunnen zijn voor toepassing bij ouderen. Door het toenemende aantal verliezen van mensen om hen heen en van lichamelijke mogelijkheden is het feit dat ouderen middels de groep nieuwe contacten kunnen leggen een belangrijk neveneffect dat de kans op werkzaamheid vergroot. Dit geldt bij uitstek voor ouderen met klachten van depressieve aard bij wie verlieservaringen en toenemend isolement vaak een rol spelen. De mogelijkheid van en met lotgenoten te leren faciliteert dan ook in sterke mate het verminderen van gevoelens van isolement en hulpeloosheid bij ouderen en leidt gemakkelijker tot 'empowerment' en het ontwikkelen van adequate copingmechanismen. Het begrijpen wat er met zichzelf aan de hand is, het hebben van een verklaringmodel, kan al voldoende bijdragen aan herstel.

Conclusie

- Er is slechts beperkt onderzoek verricht naar het effect van psycho-educatie als afzonderlijke interventie is bij ouderen.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Psycho-educatie is een essentieel onderdeel van elke behandeling van depressie bij ouderen. Zowel voorafgaand aan een medicamenteuze als aan een psychotherapeutische of andere behandeling dient bij ouderen psycho-educatie plaats te vinden.

De folder *Depressie bij ouderen* van het Fonds Psychische Gezondheid wordt aanbevolen als voorlichtingsfolder.

Probleemgerichte therapie en oplossingsgerichte therapie

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Problem-solving therapy (PST; probleemgerichte therapie) en *solution-focused therapy* (oplossingsgerichte therapie) zijn twee verschillende benaderingen die in het verlengde van elkaar liggen op het continuüm van klachtgericht (de oplossing is dat de oorzaak van de klacht wordt weggenomen), naar 'problem solving' (het blokkeren van de niet-werkende oplossing en laten vervangen door een andere oplossing) tot 'solution-focused therapy' (waar het draait om de patiënt sensitief te maken voor oplossingen zodat ze die ook kunnen uitvoeren).

Er zijn enkele RCT's verricht bij ouderen. In de eerste RCT bleken PST en reminiscentie effectiever dan de wachtlijstconditie in het verbeteren van depressieve symptomen (¹⁰). In een andere RCT werd bij ouderen met een beperkte depressie of een dysthyme stoornis gevonden dat PST niet effectiever was dan placebo, maar dat het effect wel iets eerder intrad (²⁶⁴). In een derde RCT werd een interventie bestaande uit screening gevolgd door PST, sociale en lichamelijke activatie en adviezen aan de huisarts met betrekking tot antidepressiva, vergeleken met 'care-as-usual' bij ouderen met een beperkte depressie of een dysthyme stoornis (⁴⁸). De gecombineerde interventie, gegeven door maatschappelijk werkers, bleek 43% respons en 36% remissie te geven, dit was bij de care-as-usual-groep respectievelijk 15 en 12% (beide significante verschillen). In het IMPACT-onderzoek, een grote RCT naar 1.801 huisartspatiënten met een depressieve stoornis of een beperkte depressie, bleek bij ouderen een pakket aan interventies, waaronder PST, significant beter dan 'care-as-usual' (²⁵¹).

Ten slotte bleek in een andere RCT dat PST effectiever was dan steungevende therapie in het bereiken van remissie bij ouderen met een depressie die gepaard ging met stoornissen in de uitvoerende functies, waarbij deze functies duidelijk verbeterden (⁵).

Conclusie

- Probleemgerichte therapie is effectief in de behandeling van depressies bij ouderen. Het kan als afzonderlijke therapievorm worden gegeven en als onderdeel van een breder pakket aan interventies.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

Probleemgerichte therapie is een veelbelovende therapievorm die goed als eerste stap kan worden overwogen bij de psychotherapeutische behandeling van depressies bij ouderen.

Gedragstherapie en cognitieve gedragstherapie

In de praktijk worden vaak gedragstherapeutische en cognitief-gedragstherapeutische interventies door elkaar gebruikt, net als in het gepubliceerde onderzoek, zodat we beide tegelijk bespreken.

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

In een wat oudere review waarin zes verschillende onderzoeken werden opgenomen is duidelijk aangetoond

dat cognitieve gedragstherapie (CGT) bij ouderen met een depressie effectiever is dan geen therapie of een placeboconditie (¹²⁰). In drie onderzoeken werd geen verschil gevonden tussen CGT en psychodynamische psychotherapie en in drie onderzoeken was CGT effectiever dan psychodynamische psychotherapie. Cognitief-gedragstherapeutische interventies bleken effectiever dan andere interventies (⁶⁵).

De combinatie van CGT en een antidepressivum (desipramine, niet meer in Nederland verkrijgbaar) bleek even effectief als CGT alleen, maar bij de meer ernstige depressies was de combinatie effectiever (²⁴⁵).

In de enige RCT betreffende dialectische gedragstherapie die ons bekend is, werden depressieve ouderen behandeld met medicatie en 'clinical management' en dit werd al of niet aangevuld met op dialectische gedragstherapie gebaseerde vaardigheidstraining. Ruim 2 keer zoveel (75 versus 31%) van de patiënten bleek na een half jaar follow-up in remissie te zijn (¹⁴⁴).

Onderzoek bij ouderen naar onderhoudsbehandeling met CGT/GT is ons niet bekend.

Toepassing van gedragstherapie in de zorg voor ouderen kent een lange geschiedenis maar is niet vaak specifiek bij depressies onderzocht. Cognitieve gedragstherapie wordt bij ouderen vaker toegepast, al zijn er nog te weinig getrainde psychotherapeuten. De toepassing verschilt nauwelijks van de toepassing bij jongervolwassenen, wel komen bepaalde thema's meer aan de orde, zoals confrontaties met ziekte en dood van dierbaren, of verlies van sociale rollen, relatieproblemen met partners of met volwassen kinderen.

Conclusie

- Het is aangetoond dat cognitieve gedragstherapie bij ouderen met een depressie effectief is in de acute fase.
- CGT is even effectief als medicatie, maar bij ernstige depressies is de combinatie effectiever.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

Bij de beschikbaarheid van een hierin getrainde cognitief-gedragstherapeut, adviseert de werkgroep bij ouderen met een depressie als eerste keuze cognitieve gedragstherapie te overwegen.

Interpersoonlijke psychotherapie

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Er zijn enkele onderzoeken naar Interpersoonlijke psychotherapie (IPT) (meestal gecombineerd met medicatie) bij ouderen in de acute fase van een depressie, en twee uitstekende, groot opgezette onderzoeken naar onderhouds-IPT ter preventie van recidieven bij ouderen (^{198 200}). In de acute fase bleek IPT als monotherapie even effectief als nortriptyline (²²⁷) terwijl de combinatie van IPT en nortriptyline in een ander, ongecontroleerd onderzoek bij liefst 88% van de patiënten tot remissie bleek te leiden (¹⁴¹). IPT toegepast bij ouderen met een depressie ontstaan na het verlies van een partner, bleek echter niet effectiever dan de 'medication clinic' als placebopsychotherapie (²⁰¹). In een recent Nederlands onderzoek bleek dat IPT (10 sessies) toegepast bij ouderen in de eerste lijn effectiever was dan 'care-as-usual' in het reduceren van het aantal patiënten met de diagnose depressie, maar niet in het aantal patiënten dat volgens de *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS) in remissie kwam (²¹²).

IPT is de enige psychotherapievorm waar bij ouderen goed onderzoek is verricht naar de onderhoudsbehandeling. Bij ouderen met minimaal 1 eerdere depressie bleek IPT gecombineerd met nortriptyline de minste terugval te geven over 3 jaar, namelijk 20%. Voor nortriptyline gecombineerd met 'medication clinic' was dit 43%, voor IPT met placebo 64% en voor 'medication clinic' met placebo 90%. Dit verschil was significant, maar deels door de kleine subgroepen was de toegevoegde preventieve waarde van IPT net niet statistisch significant (^{200 \}).

In het tweede grote, vrijwel identiek opgezette onderhoudsonderzoek werden IPT en paroxetine onderzocht ten opzichte van de beide placebocondities 'clinical management' en placebomedicatie (¹⁹⁸). Het preventieve effect van medicatie was opnieuw significant: de combinatie van paroxetine met IPT gaf een recidiefpercentage van 35% in 2 jaar, maar dit verschilde niet significant van paroxetine gecombineerd met 'clinical management' (recidiefpercentage 37% in 2 jaar). Indien 'clinical management' werd gecombineerd met placebomedicatie dan was het recidiefpercentage 58%. Paroxetine had een *numbers needed to treat* (NNT) van 4 (95%-betrouwbaarheidsinterval 2,3-10,9).

Mogelijk is IPT bij uitstek geschikt voor ouderen omdat rouw, verandering van rollen en contacttekort gezien de levensfase waarin men zich bevindt uiterst relevante thema's zijn. Bovendien blijkt de werkwijze van IPT goed toepasbaar bij ouderen, aangezien de werkwijze goed uit te leggen is, steunend is, zich uitstrekt over

een afzienbare periode en zich richt op recente veranderingen of problemen in het sociale netwerk. Er zijn aanvankelijk aanpassingen van IPT bij ouderen beschreven, maar later bleek dit amper nodig te zijn ⁽¹⁶⁰⁾.

Conclusie

- De effectiviteit van interpersoonlijke psychotherapie als monotherapie bij ouderen met een depressie is onvoldoende aangetoond, gecombineerd met een antidepressivum is de effectiviteit wel aangetoond.
- Interpersoonlijke psychotherapie is effectief als onderhoudsbehandeling maar vooral indien gecombineerd met medicatie. De toegevoegde waarde ten opzichte van een placebopsychotherapievorm is beperkt aangetoond.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

Interpersoonlijke psychotherapie kan overwogen worden in combinatie met een antidepressivum in de acute fase; in de onderhoudsbehandeling is interpersoonlijke psychotherapie een goede optie indien gecombineerd met medicatie, en kan zij ook overwogen worden bij ouderen die geen onderhoudsmedicatie willen of verdragen.

Psychodynamische psychotherapie

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

In de meta-analyse van Cuijpers ⁽⁶⁵⁾ werden 4 RCT's opgenomen waarin psychodynamische psychotherapie, al dan niet in groepsvorm, werd onderzocht. Deze bleek effectief, maar net als in de meta-analyse van Koder e.a. ⁽¹²⁰⁾ werd gevonden dat psychodynamische interventies bij ouderen minder effectief zijn dan cognitief-gedragstherapeutische interventies.

De indicatiestelling voor psychodynamische psychotherapie is niet vaak op grond van een stemmingstoornis alleen, doch wordt in sterke mate bepaald door factoren zoals de persoonlijkheidsstructuur, lijdensdruk, motivatie.

Conclusie

- Psychodynamische psychotherapie is effectief bij de behandeling van depressies bij ouderen, maar minder effectief dan cognitief-gedragstherapeutische interventies.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

Psychodynamische psychotherapie kan worden overwogen bij ouderen, in het bijzonder als probleemgerichte therapie, cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke psychotherapie niet effectief zijn gebleken of niet geïndiceerd zijn.

Reminiscentie en life-review

Reminiscentie en 'life-review' zijn nog relatief onbekende therapievormen. Reminiscentie is een concept dat Butler in 1963 introduceerde. Hij postuleert dat alle oudere mensen geneigd zijn terug te kijken op hun leven. Dit innerlijke mentale proces bestaat uit terugblikken (reminiscentie) en doorwerken van het leven (life-review). Als men erin slaagt tot reïntegratie van levensconflicten te komen, zullen zich kenmerken als innerlijke rust en wijsheid ontwikkelen. Als men daar niet in slaagt zou dit (mede) een oorzaak kunnen zijn voor het ontstaan van stoornissen op late leeftijd, zoals depressie. Tegen deze achtergrond zijn twee therapeutische interventies ontwikkeld die men reminiscentie en life-review is gaan noemen.

Bij reminiscentie staat op de voorgrond het op een gestructureerde manier praten en denken over positieve ervaringen in het verleden waardoor de patiënt een positiever beeld krijgt van zichzelf en de positieve kanten van zijn leven 'herontdekt'.

Bij life-review gaat men directiever en intensiever te werk. Men zal trachten ook negatieve ervaringen,

bijvoorbeeld mislukkingen, tegenslagen of onopgeloste problemen naar boven te halen. Hierdoor kunnen onverwerkte vroegere gevoelens alsnog verwerkt worden of met meer afstand worden gezien of zelfs worden geherwaardeerd in een positievere zin of een breder perspectief. Uitgangspunt daarbij is dat praten en denken over vroeger helpt om de balans van het leven op te maken en om daarmee te komen tot aanvaarding en integratie van positieve en negatieve ervaringen in het leven. Hierdoor wordt de kans op depressie en andere psychische problemen kleiner.

Deze technieken kunnen in individuele gesprekken worden toegepast en, met name reminiscentie, ook heel goed groepsgewijs. Thema's hebben uiteraard betrekking op de verschillende levensfasen en kunnen bijvoorbeeld chronologisch worden onderverdeeld (kinderjaren, adolescentie, jongvolwassenen, middelbare en oudere leeftijd). Hierbij is het belangrijk ook aandacht te geven aan sekspecifieke thema's. In de laatste fase dienen de integratie en herwaardering van de levenservaringen centraal te staan.

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Een recent overzichtartikel vond 20 onderzoeken (waaronder 15 RCT's) naar reminiscentie en life-review en daaruit bleek een duidelijk positief effect op depressieve klachten of depressies bij ouderen (33). De effectgrootte van 0,84 is vergelijkbaar met die van antidepressiva of bekende psychotherapievormen, en ook bij ernstige depressies bleek reminiscentie effectief.

Reminiscentie en life-review kunnen in geprotocolleerde vorm worden uitgevoerd door (ervaren) verpleegkundigen. Het gaat daarbij overigens niet om behandeling van psychische stoornissen maar om vermindering van depressieve klachten of om instandhouding van gezondheid.

Conclusie

- Reminiscentie en life-review zijn effectief in de behandeling van depressies bij ouderen, mogelijk zelfs ook bij ernstige depressies. Beide kunnen goed uitgevoerd worden door verpleegkundigen.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

Life-review en reminiscentie zijn goede behandelopties bij ouderen met een depressie.

Groepspsychotherapie

Verscheidene van de boven genoemde interventies worden in groepsvorm aangeboden, zoals cognitieve gedragstherapie, psychodynamische therapie en psycho-educatie. Er is daarom overlap met andere delen van deze richtlijn.

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

In een meta-analyse van veertien gecontroleerde onderzoeken werden in zes onderzoeken (waaronder vier RCT's) de interventies in groepvorm aangeboden (65). Er was geen verschil in effectiviteit tussen individuele interventies en groepsinterventies, wel bleek het drop-outpercentage groter te zijn bij groepsinterventies. Voor de beschrijving van de toepassing van groepstherapie bij ouderen met een depressie verwijzen wij naar Leszcz (138).

Ook intramuraal blijkt groepstherapie mogelijk bij chronisch depressieve ouderen (50).

Ondersteuningsgroepen hebben meestal niet als doel een depressie te behandelen, soms wel om deze te voorkomen. Het doel is het bieden van steun bij de aanpassing aan de veranderende of veranderde levenssituatie, zoals bij verzorgers van mensen met een dementie of bij chronische lichamelijke ziekten.

Conclusie

- Groepstherapie is effectief bij ouderen en even effectief als individuele therapie.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

Bij oudere patiënten met een depressie kunnen meerdere psychotherapievormen in groepsvorm worden overwogen.

Specifieke settings

Algemeen ziekenhuis

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Er is geen enkele RCT waarin het effect van alleen het toepassen van niet-medicamenteuze interventies werd onderzocht. Het is overgens ook niet aannemelijk dat psychotherapeutische interventies niet of minder effectief zouden zijn in het ziekenhuis dan bij ambulante patienten. Psycho-educatie lijkt een voor de hand liggende optie voor patiënten met depressieve klachten in het algemeen ziekenhuis.

Een RCT vond dat de combinatie van medicatie met sociale ondersteuning of met psychotherapie effectiever was dan monotherapie met een antidepressivum (149). Verder is een RCT gepubliceerd met oudere vrouwen die meteen na ontslag uit het algemeen ziekenhuis waren gestart met een groepsgewijs oefenprogramma gericht op spierversterking, dit bleek effectiever dan thuisbehandeling met fysiotherapie (247). Een RCT waarin patiënten met een 'subdystymic depression' (GDS-score > 10 maar geen depressieve stoornis of dysthyme stoornis) na ontslag middels 'Interpersonal Counseling' door verpleegkundigen werden begeleid, vond een succesvolle reductie in de GDS-score (171).

Conclusie

- Er is onvoldoende onderzoek verricht naar het effect van psychotherapeutische interventies in het algemeen ziekenhuis.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

Bij oudere patiënten met een depressie in het algemeen ziekenhuis kan psychotherapeutische begeleiding worden overwogen.

Verpleeghuis

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Zoals eerder in 'Specifieke settings' bij 'Biologische behandeling' werd genoemd zijn er in een review 8 onderzoeken beschreven naar niet-medicamenteuze behandeling van depressies en depressieve klachten in het verpleeghuis (292). Sinds deze review is nog een beperkt aantal gecontroleerde onderzoeken hiernaar gepubliceerd (282 283 286 293).

In een gecontroleerd onderzoek werden 76 verpleeghuispatiënten met een lichte tot matige cognitieve achteruitgang en een GDS-score ≥ 11 behandeld gedurende 24 weken met groepsgewijze cognitieve gedragstherapie, eveneens groepsgewijze 'focused visual imagery' of een discussiegroep over poëzie, recente gebeurtenissen, gezondheid, veroudering, enz. Er kon in geen enkele groep een verbetering op de GDS worden aangetoond (281).

Begeleiding van een gespecialiseerde verpleegkundige die oudere vrijwilligers superviseerde en trainde in het begeleiden van depressieve verpleeghuisbewoners bleek bij 139 ouderen duidelijk succesvoller dan bij de controlegroep in het verminderen van de GDS-score (289).

Cognitieve groepsgedragstherapie bleek eveneens effectiever dan muziektherapie of 'care-as-usual' in het reduceren van depressieve symptomen gemeten met de *Beck Depression Inventory* (BDI) (295).

In een semi-gecontroleerd onderzoek werd geen effect van reminiscentie gevonden op depressie (283).

In een RCT bleek een psychosociale interventie gericht op het vergroten van sociale activiteiten onder begeleiding van een activiteitenbegeleider succesvoller dan de wachtlijstconditie. Het effect bleek wel na twee maanden niet meer aanwezig (290). In een andere RCT bleek bij een erg kleine onderzoeksgroep dat activiteitenbegeleiders met behulp van het vergroten van plezierige activiteiten en

cognitief-gedragstherapeutische principes een duidelijke reductie in GDS-score bereikten, die echter niet verschillend was ten opzichte van die van de controlegroep (293). Dit onderzoek was overigens een replicatie van een eerder, niet-gerandomiseerd onderzoek waarbij activiteitenbegeleiders net zo effectief bleken als psychologen in het reduceren van depressiesymptomen, en beide groepen waren significant effectiever dan de controlegroep (287). Uit de derde RCT bleek dat een reminiscentiegroep onder begeleiding van verpleegkundigen een lagere GDS-score kreeg dan de gebruikelijke reminiscentiegroep (286). De vierde RCT betrof de vergelijking tussen de organisatie van zorg in het verpleeghuis rond dementiepatiënten met

depressie en/of psychose (282). Hierbij bleek geen verschil tussen een psychogeriatrisch casemanagementteam, een consultatiemodel en 'care as usual': in alle drie de groepen verbeterden zowel depressie als psychose.

De *Consensus Statement* stelt dat bij een beperkte depressie tot maximaal twee maanden observatie zonder interventie passend zou zijn (284). Naast 'watchful waiting' zijn niet-farmacologische of farmacologische interventies mogelijk, afhankelijk van ernst, voorgeschiedenis en voorkeur van patiënt/familie. Bij een beperkte depressie zouden niet-farmacologische interventies, toegepast door verpleegkundigen of psychotherapie door getrainde 'mental health professionals' effectief zijn.

Op grond van ervaring en literatuur adviseren Selth Spayd en Smeyer (291) bij het toepassen van psychologische interventies in het verpleeghuis rekening te houden met de gebrekkige privacy, kortere gesprekken te voeren dan gebruikelijk in psychotherapie en altijd contact op te nemen met partner of andere familieleden. Zij adviseren vooral life-review en groepsinterventies (o.m. psycho-educatie) toe te passen. Daarnaast bestaat de specifieke mogelijkheid voor consultatie-mediatieve therapie, waarbij de psycholoog specifieke, bijvoorbeeld gedragstherapeutische adviezen geeft aan de verzorgenden.

Juist in het verpleeghuis is het van belang dat de behandeling van een depressie altijd de volgende onderdelen bevat:

- Omgangs/bejegeningsadvies voor het zorgteam, dat immers een belangrijke bijdrage levert in de dagelijkse omgang.
- Psycho-educatie aan patiënt en indien mogelijk aan familie. Daarnaast valt te overwegen voorlichting te geven aan het zorgteam middels klinische lessen, met daarin informatie over het ziektebeeld, de prognose, behandeling en begeleiding en het belang van therapietrouw. Deze klinische lessen dienen een terugkerend karakter te hebben.
- Psychosociale interventies, optimaliseren omgevingsfactoren, in het bijzonder voldoende activiteiten en dagstructuur. Aangezien een depressieve patiënt vaak nog wel een en ander wil, maar er niet meer toe kan komen, is het belangrijk in goed overleg met patiënt en team, geïnitieerd door de psycholoog, een haalbaar activiteitschema op te stellen. De patiënt zal ontdekken dat hij toch nog/weer dingen kan, wat zijn eigenwaarde ten goede komt. De *Plezierige Activiteiten Lijst* kan houvast bieden om ideeën op te doen (285).

Conclusie

- Niet-medicamenteuze interventies van diverse aard (recreatieve activiteiten, licht, bewegen, reminiscentie, combinatie van methoden, cognitieve groepsgedragstherapie) hebben bij verpleeghuisbewoners een positief effect op depressieve symptomen.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Bij bewoners met depressieve symptomen, zonder dat sprake is van een depressieve stoornis of een beperkte depressie, moet het optimaliseren van omgevingsfactoren, in het bijzonder voldoende activiteiten en dagstructuur in overleg met patiënt en team overwogen worden. De *Plezierige Activiteiten Lijst* kan houvast bieden om ideeën op te doen.

Steunende en structurele interventies

Er is slechts beperkt onderzoek gepubliceerd naar niet-medicamenteuze/niet-psychotherapeutische interventies bij ouderen. In de Multidisciplinaire richtlijn Depressie voor volwassenen worden deze samengevat onder de term steunende/structurele interventies. In afwijking daarvan worden in dit addendum psycho-educatie en probleemgerichte therapie bij psychotherapeutische interventies besproken (zie ['Psycho-educatie' en 'Probleemgerichte therapie en oplossingsgerichte therapie' bij 'Psychologische/psychotherapeutische interventies'](#)), omdat volgens de werkgroep de grens niet goed te trekken is.

Opvallend in de Richtlijn is dat juist in dat hoofdstuk over steunend en structurele interventies diverse verwijzingen naar onderzoek met ouderen zijn opgenomen. Wij zullen deze, en de niet genoemde onderzoeken bij ouderen bespreken.

De eis dat een richtlijn zoveel mogelijk *'evidence-based'* is, kan voor sommige disciplines (zoals verpleegkundigen en vaktherapeuten), waarin weinig wetenschappelijk onderzoek wordt gedaan, ongunstig uitpakken. In de betreffende paragrafen is dan ook gebruikgemaakt (conform de werkwijze van *'evidence-based medicine'*) van methodologisch minder goed opgezette artikelen. Te denken valt aan *'authority-based'* hoofdstukken uit handboeken of artikelen over de praktische werkwijze. Het gebrek aan wetenschappelijk bewijs voor vele verpleegkundige en vaktherapeutische interventies mag niet uitgelegd worden als bewijs voor het gebrek aan effectiviteit voor deze interventies. Bovendien richten deze disciplines zich vaak niet of slechts gedeeltelijk op het herstel van de depressie maar meer op de gevolgen van een depressie of op het algemeen functioneren (denk aan eenzaamheid, slechte zelfzorg), wat misschien wel even belangrijk is als het herstel van de depressie.

Er zijn ons geen onderzoeken bekend bij depressieve ouderen naar de effectiviteit van creatieve/beeldende therapie, dramatherapie of naar de specifieke bijdrage van maatschappelijk werkers (behoudens maatschappelijk werkers bij het toepassen van bijvoorbeeld probleemgerichte therapie, zie ['Probleemgerichte therapie en oplossingsgerichte therapie'](#)). Inschakeling van het Algemeen Maatschappelijk Werk kan uiteraard zinvol zijn bij het afwikkelen van problemen op het gebied van huisvesting, gebruik van maatschappelijke voorzieningen, financiën, enzovoort. Deze activiteiten kunnen ook door een (sociaal) psychiatrische verpleegkundige worden uitgevoerd.

Onderzoek naar het effect op depressie van interventies van activiteitenbegeleiders is, voor zover de werkgroep bekend, alleen verricht in het verpleeghuis en wordt in ['Specifieke settings' bij 'Psychologische/psychotherapeutische interventies'](#) besproken.

Bewegingstherapie

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Hoewel het onderzoek bij jongere volwassenen naar *'running therapy'* niet bij (jonge) ouderen is gerepliceerd, is er een opvallend aantal onderzoeken naar bewegingstherapie bij ouderen gepubliceerd ([147](#) [32](#) [12](#) [154](#) [185](#) [47](#)). Een recente systematische review vond dertien randomized clinical trials (RCT's) bij ouderen en concludeerde dat beweging effectief was bij zowel de depressieve stoornis als bij de beperkte depressie en bij het reduceren van depressieve klachten ([225](#)). Dit neemt niet weg dat wel moet worden beoordeeld of de oudere patiënt voldoende belast kan worden om deel te kunnen nemen aan bewegingstherapie.

Bewegingstherapie kan niet alleen toegepast worden bij relatief jonge, op lichamelijk gebied geheel gezonde ouderen, maar ook bijvoorbeeld bij ouderen in het verpleeghuis. In een onderzoek naar verpleeghuispatiënten (bij wie geen depressiediagnose was gesteld) ging de ene groep gedurende 5 dagen per week 30 minuten wandelen gedurende 12 weken en kreeg de controlegroep wekelijks bezoek. Bij de interventiegroep was er sprake van een verbetering van de maximale wandelafstand, maar geen effect op de GDS-score ([147](#)). In een ander gecontroleerd onderzoek bleek bewegingstherapie in de vorm van een geprotocolleerd fietsprogramma gecombineerd met groepsactiviteiten een significante daling van depressieklachten te geven bij verpleeghuispatiënten met dementie ([41](#)).

Gezien de relatieve eenvoud is bewegingstherapie een uitermate geschikte vorm van 'minimale' interventies dat goed in een 'stepped-careprogramma' toegepast kan worden.

Conclusie

- Bewegingstherapie is effectief bij diverse vormen van depressies en bij depressieve klachten bij ouderen.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

Ouderen met een depressie dienen gestimuleerd te worden tot deelname aan bewegingstherapie of andere vormen van lichaamsbeweging.

Muziektherapie

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

In een RCT werd aangetoond bij ouderen met een depressieve stoornis of een beperkte depressie dat muziektherapie effectiever was in het verminderen van depressie dan een wachtlijstcontrolegroep (97).

Conclusie

- Er zijn aanwijzingen dat muziektherapie effectief is bij ouderen met een depressie.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

Muziektherapie kan worden overwogen bij ouderen.

Multidisciplinaire, multimodale interventies

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Uit een review van enkele goed opgezette onderzoeken (waaronder vijf RCT's) blijkt dat multidisciplinaire ambulante behandelteams, die gebruikmaken van meerdere interventies zoals psychotherapie en medicatie, depressies bij ouderen beter behandelen dan huisartsen met 'care as usual' (49; zie ook 113 226). Met multimodale interventies wordt bedoeld dat zowel psychologische, lichamelijke als sociale interventies onderdeel van de behandeling uitmaken. Ook een 'integrated health care model' waarbij ggz-medewerkers in de eerste lijn werkten bleek effectiever dan 'care as usual' van de huisarts (226).

Zo werd in een RCT gevonden dat ambulante, multidisciplinaire ggz-teams bij 58% van de ouderen herstel bereikten ten opzichte van 25% bij de gebruikelijke huisartszorg. Dit effect kon niet worden verklaard door het vaker gebruiken van antidepressiva in de interventiegroep (17). In een andere RCT werd gevonden dat het aanbieden van een multidisciplinaire interventie bij bewoners van verzorgingshuizen, bestaande uit onder meer training voor de verzorgenden en de huisartsen, psycho-educatie en activatie van de bewoners, een statistisch significante (maar klinisch weinig relevante) verbetering gaf in de score op de *Geriatric Depression Scale* (GDS) ten opzichte van 'care-as-usual' (142). In een andere RCT bleek een multidisciplinair programma van een verpleegkundige, nurse-practitioner, geriater en maatschappelijk werker effectiever dan 'care-as-usual' in de reductie van de GDS-score (35). In het IMPACT-onderzoek, een grote RCT met 1.801 huisartspatiënten met een depressieve stoornis of een beperkte depressie bleek dat bij ouderen die deels door screening, deels door verwijzing werden behandeld met een pakket aan interventies (een 'depressiecaremanager', huisarts en psychiater, die voorlichting, activatie, antidepressiva en probleemgerichte therapie gaven) significant vaker herstelden dan bij 'care-as-usual' (251).

In een ander groot eerstelijns-onderzoek (PROSPECT) werd de effectiviteit nagegaan van een geheel aan evidence-based interventies, waaronder interpersoonlijke psychotherapie, ter behandeling van depressies bij ouderen. De interventie leidde tot significant betere resultaten dan de gebruikelijke zorg (40).

Conclusie

- Multidisciplinaire, multimodale interventies zijn duidelijk effectiever dan 'care-as-usual'.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen is de volgende aanbeveling geformuleerd:

Interventies waarin de huisarts samenwerkt met andere disciplines en waar een multimodaal diagnostiek- en

behandelprogramma wordt aangeboden verdienen vanwege de aangetoonde effectiviteit de voorkeur boven interventies door de huisarts alleen.

Verpleegkundige interventies

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

In de Multidisciplinaire richtlijn Depressie voor volwassenen wordt uitgebreid besproken dat weinig bruikbaar onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van verpleegkundige interventies bij depressie. Bij ouderen is dit niet anders, wij bespreken kort het gepubliceerde onderzoek bij ouderen.

In een RCT bleek dat als een eerstelijnsverpleegkundige 10 huisbezoeken bracht aan ouderen met een depressie, dit bij 50% van hen tot herstel te leiden, ten opzichte van 23% van hen die de standaardbehandeling van de huisarts kregen (29). De RCT waarin verpleegkundigen een screenings- en behandelprogramma uitvoerden dat is gericht op ouderen met psychiatrische stoornissen in het algemeen, gaf bij die groep een sterkere reductie op de *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS) te zien dan bij de groep die 'care-as-usual' kreeg (194). Combinaties van psychotherapie, medicamenteuze behandeling en verpleegkundige begeleiding bleken effectief, afhankelijk van de ernst van de depressie (113).

Op het gebied van de begeleiding in klinisch-psychiatrische setting van depressieve ouderen is ons geen onderzoek bekend naar de effectiviteit hiervan. De literatuur beperkt zich hoofdzakelijk tot how-to-do-artikelen waar interventies vanuit andere theorieën beredeneerd worden. Artikelen van Kurlowitz (131) en Ryden e.a. (208) zijn goede voorbeelden hiervan. In de Nederlandstalige literatuur worden nog weinig wetenschappelijke artikelen over de effectieve begeleiding van depressieve ouderen door verpleegkundigen aangetroffen. De beschrijving van Broek & Kooreman (39) kan opgevat worden als een how-to-do-hoofdstuk. Ook De Beer & De Lange (26) en Buijssen (42) geven veel praktische tips voor verpleegkundigen en verzorgenden hoe om te gaan met ambulante of opgenomen ouderen met een depressie. Uit deze literatuur blijkt dat activeren als een belangrijke interventie wordt gezien waar verpleegkundigen een rol in hebben.

Toch blijkt uit onderzoek dat er maar weinig bekend is over effectieve manieren om dit activeren toe passen. Zo kan te veel overnemen leiden tot het vergroten van aangeleerde hulpeloosheid (18). De meeste literatuur met betrekking tot verpleegkundige interventies bestaat tot nu toe uit reviews en dwarsdoorsnedeonderzoeken. Veel bewijs met betrekking tot een effectieve verpleegkundige begeleiding in klinische setting van depressieve ouderen is er nog niet.

In de ambulante ggz-praktijk hebben verpleegkundigen (sociaalpsychiatrische verpleegkundigen, zorgcoördinatoren) vaak een grote rol in zowel de (zorg)diagnostiek als de behandeling van depressies bij ouderen. Afspraken over verantwoordelijkheden en bevoegdheden hieromtrent zijn zowel vanuit wet- en regelgeving als vanuit de instellingen van groot belang, als is dit niet op elke werkplek goed geregeld. Dit is vooral van belang als verpleegkundigen taken toebedeeld krijgen zoals het inschatten van het suïciderisico of het verrichten van cognitief-gedragstherapeutische interventies.

Specifieke interventies van verpleegkundigen zijn op beperkte schaal beschreven in zorgprogramma's voor ouderen, al of niet in modules. In de ggz wordt reeds op beperkte schaal gebruikgemaakt van het model van interventieontwikkeling dat is ontwikkeld door de vakgroep verplegingswetenschap van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (158). Onderzoek naar de effectiviteit van de ontwikkelde interventies bevindt zich nog in een beginstadium.

De belangrijkste activiteiten die verpleegkundigen kunnen ondernemen om de individuele depressieve patiënt (ambulant of opgenomen) te ondersteunen in het dagelijkse leven, zijn:

- crisis/suïcidepreventie: het toepassen van een (crisis)signalerings/interventieplan en begeleidende interventies gericht op het bieden van veiligheid
- steunende begeleiding: gesprekken en activiteiten gericht op praktische en mentale ondersteuning van de oudere, waaronder het bieden van troost, het verlichten van lijden, het helpen maken van keuzes en coaching
- structurerende begeleiding: gesprekken en activiteiten gericht op ordening in tijd, ruimte en het creëren van veiligheid
- activerende begeleiding: gesprekken en activiteiten gericht op het stimuleren van fysieke inspanning, beweging en het verdelen van energie
- advisering: ondersteunende gesprekken met een probleemoplossend karakter
- versterking of uitbreiding van het sociale netwerk
- systeembegeleiding, ondersteuning mantelzorg
- bevorderen therapietrouw: observatie en begeleiding medicatiegebruik en -effecten, controle op bijwerkingen

- bewaken verantwoord niveau van zelfzorg (waaronder de algemene en de bijzondere dagelijkse levensverrichtingen), lichamelijke conditie, voedingstoestand, vocht-huishouding, slaap-waakritme
- rehabilitatieactiviteiten
- praktische hulp: het (tijdelijk) overnemen of doen overnemen van praktische activiteiten die voor de depressieve oudere onoverkomelijk lijken (boodschappen, kleine reparaties, huisdier verzorgen)
- socialevaardigheidstraining
- psycho-educatie
- het toepassen van middelen en maatregelen: zorg bieden in een juridisch geregelde context
- zorgbemiddeling en zorgcoördinatie
- transferbemiddeling
- pleitbezorging: bemiddeling en mediatie in conflictsituaties
- bemoeizorg: assertieve begeleiding bij zorgwekkende zorgmijding
- verwezen zorg: emotioneel en materieel liefdevolle zorg bij langdurige affectieve deprivatie

Met betrekking tot verpleegkundige begeleiding in het verpleeghuis is er een op ervaring gebaseerd 'how-to-do-artikel', waar interventies vanuit de theorie beredeneerd worden ([208](#)). In het gedeelte over psychotherapeutische interventies in het verpleeghuis bespraken wij reeds onderzoeken waarbij verpleegkundigen deze interventies uitvoerden.

Bij patiënten met een 'subdystymic depression' (GDS-score > 10 maar geen depressieve stoornis of dysthyme stoornis), die net uit het algemeen ziekenhuis waren ontslagen is een RCT verricht waarbij verpleegkundigen middels 'Interpersonal Counseling' met succes een reductie in de GDS-score bereikten ([171](#)).

Conclusie

- Er zijn aanwijzingen dat bij ambulante ouderen verpleegkundige behandelprogramma's effectief zijn; en in de kliniek of het verpleeghuis blijken sommige verpleegkundige interventies effectief te zijn.

Aanbeveling

De effectiviteit van verpleegkundige interventies en activiteiten dient nader onderzocht te worden. Het verdient aanbeveling om een beproefd model van verpleegkundige diagnostiek en interventies te gebruiken.

Rehabilitatie

Wetenschappelijke onderbouwing en overwegingen

Specifieke literatuur over rehabilitatie, en zeker effectonderzoek daarnaar, bij ouderen met depressies, is ons niet bekend.

Bij een groep ouderen is sprake van chronisch psychiatrische problematiek (waaronder chronische depressies), die het functioneren in het dagelijkse leven ernstig beperkt. In de jaren tachtig is de rehabilitatiebenadering geïntroduceerd vanuit het besef dat alleen het behandelen van mensen met een psychiatrische stoornis niet genoeg is. Patiënten moeten naast de behandeling ook ondersteund en gestimuleerd worden om een zo volwaardig mogelijk leven te leiden, om diverse rollen weer inhoud te geven (bijvoorbeeld de rol van ouder of grootouder). De rehabilitatiebenadering werd vooral toegepast bij volwassenen met psychotische stoornissen (waaronder schizofrenie) maar inmiddels is dit verbreed naar alle chronische problematiek en ook naar de doelgroep ouderen ([190](#)).

Rehabilitatie heeft in de praktijk twee betekenissen: als sociale beweging en als hulpverleningspraktijk ([262](#)).

Als sociale beweging richt rehabilitatie zich op emancipatie en eerherstel; zij heeft als idealistische en praktische doelstelling om mensen te helpen (weer) als volwaardige burgers aan de samenleving deel te nemen. In deze visie is de patiënt niet zozeer iemand met psychiatrische problematiek maar vooral een persoon en een burger. Als hulpverleningspraktijk heeft rehabilitatie vooral als doel mensen met ernstige psychiatrische problematiek in staat te stellen zo veel mogelijk de door hen zelf gewenste kwaliteit van leven te realiseren op de levensdomeinen van wonen, werken, leren, recreëren en de persoonlijke domeinen van gezondheid, zelfzorg, zingeving en sociale relaties.

Ook bij ouderen is het van belang dat de hulpverlening niet alleen gericht is op het behandelen van de stemmingsstoornis (zeker als er sprake is van chroniciteit en mogelijk blijvende beperkingen ten gevolge van de stemmingsstoornis) maar dat er ook aandacht is voor hun sociaal-maatschappelijk functioneren, hun wensen en hun eigen visie ten aanzien van kwaliteit van leven. Echter, rehabilitatie en ouderen kennen elkaar nog onvoldoende, ([36](#)), ook internationaal gezien ([34](#)). In de praktijk zijn er diverse initiatieven van de grond

gekomen maar een wetenschappelijke onderbouwing is er nauwelijks.

Er zijn in Nederland verschillende rehabilitatiemethoden ontwikkeld om deze benadering vorm te geven. De Individuele Rehabilitatie Benadering van Anthony e.a. is oorspronkelijk afkomstig van het Centrum voor Psychiatrische Rehabilitatie van de Universiteit van Boston. Het is vooral een ontwikkelingsgerichte benadering waarbij de patiënt met de hulpverlener werkt aan door de patiënt geformuleerde doelen op de diverse domeinen (¹⁷⁷ ⁷⁹).

De *Lieberman Modules* zijn vooral een probleemgerichte benadering, er is vooral aandacht voor de problemen die een patiënt ervaart in zijn functioneren. Er worden specifieke vaardigheidstrainingen aangeboden, zoals het omgaan met antipsychotische medicatie of met vrije tijd.

De *Integrale Rehabilitatie Benadering* met de daarbij behorende methodiek van Systematische Rehabilitatiegericht Handelen, is door Wilken en Den Hollander (²⁶¹) als Nederlandse rehabilitatiemethodiek ontwikkeld. De ideeën van Bennett en Sheperd zijn hierin herkenbaar, namelijk het belang van een milieu- of omgevingsgerichte benadering. Hier wordt de individuele en doelgerichte aanpak gecombineerd met interventies in het milieu waar de patiënt woont en geïntegreerd met de behandeling.

Het is nog te vroeg om uitspraken te doen welke benadering het meest aansluit bij ouderen met (chronische) stemmingsproblemen. De verschillende benaderingen hebben overeenkomsten en verschillen, maar bij iedere benadering is er aandacht voor de patiënt en de omgeving waarbij de ideeën van de patiënt over zijn toekomst centraal staan en er vooral aandacht is voor de mogelijkheden van de patiënt, daarbij rekening houdend met de beperkingen.

Er is inmiddels wel een aantal onderzoeken en initiatieven uit de praktijk bekend waarbij niet direct een rehabilitatiebenadering, een rehabilitatiemethodiek of een rehabilitatie-interventie wordt gepresenteerd, maar waarbij de uitgangspunten en/of de interventies die op het individu gericht zijn wel aansluiten bij de eerder genoemde benaderingen.

Pols (¹⁸⁹) onderzoekt in haar proefschrift de betekenis van goede zorg en de wijze waarop deze gestalte krijgt in de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg voor oudere en jongere volwassenen die langdurig zorg nodig hebben. De rehabilitatiebenadering is te herkennen in de normaliserende benadering in de zorg, naast de verzorgende en probleemgerichte benadering. De normaliserende benadering wil de patiënt in staat stellen een zo gewoon mogelijk leven te leiden. Autonomie is hierbij een centraal begrip: het ondernemen van activiteiten die men als zinvol ervaart. Dit dient niet verward te worden met het zelf uitvoeren van een activiteit (zelfredzaamheid). Zij vraagt zich af op bepaalde idealen wellicht te veel aandacht krijgen, zoals het bevorderen van autonomie voor patiënten, terwijl andere idealen, zoals dat van de sociabiliteit tussen mensen, ten onrechte wellicht nauwelijks aandacht krijgen. Essentieel bij de werkwijze die passend is bij een normaliserende benadering, is het opbouwen van een vertrouwensrelatie. De persoonlijke relatie vormt de basis voor verdere ontwikkelingen en kan ook een doel op zich zijn - dit is herkenbaar als een van de uitgangspunten binnen de rehabilitatiebenaderingen. Pols gaat onder meer in op welke wijze dit vorm kan krijgen bij dagelijks terugkerende activiteiten die voor patiënten zeer belangrijk zijn. Zij geeft aan dat in diverse zorginstellingen de dagelijkse terugkerende activiteiten zoals persoonlijke verzorging, eten, koffiedrinken, speciale aandacht verdienen. Zeker voor oudere patiënten nemen deze activiteiten veel ruimte in in hun leven. Zo is bijvoorbeeld voor hen de manier waarop er met wassen wordt omgegaan van groot belang. Er zijn verschillende manieren van wassen waargenomen waarbij verschillende waarden een rol spelen. Er zijn verpleegkundigen die zoveel mogelijk de privacy en de wensen van een patiënt erkennen indien deze het douchen afwijst: door hen vaardigheden aan te leren om zichzelf zoveel mogelijk te kunnen wassen (zelfredzaamheid bevorderen), door het wassen te zien als voorwaarde voor belangrijke andere kwesties in het leven; of door het wassen vorm te geven in de relatie patiënt-verpleegkundige. De eerste drie opvattingen hebben gemeen dat ze elke een eigen vorm van autonomie centraal stellen. De laatste opvatting ziet verpleegkundigen ook als burgers die hun burgerschap uitoefenen door relaties aan te gaan met patiënten waarbij de mogelijkheden en de beperkingen van de patiënt onderdeel is van de interacties. Pols schrijft dat wassen als relationele activiteit, niet meer of minder belangrijk is dan een andere activiteit. Pols komt er op uit dat het relationeel burgerschap betere mogelijkheden biedt voor de integratie van patiënten dan het streven naar een bestaan als autonome burger.

Diverse woonprojecten die de afgelopen jaren zijn opgezet zouden gezien kunnen worden als een praktische vertaling van het rehabilitatiegedachtegoed: leven met leeftijdsgenoten, zo gewoon en zo zelfstandig mogelijk wonen, wonen in een wijk in de nabijheid van familie of kennissen. Deze vorm van wonen, namelijk in een verzorgingshuis waar gespecialiseerde psychiatrische kennis en zorg aanwezig is, garandeert echter geen maatschappelijke integratie en hospitalisatie blijft tot de mogelijkheden behoren (⁷¹). Depla constateerde onder meer dat voor de kwaliteit van leven van ouderen met een chronische psychiatrische aandoening het gevoel 'erbij te horen', in plaats van buitengesloten worden, op zijn minst net zo belangrijk is als hun feitelijke deelname aan de samenleving. Bij vermaatschappelijking van de ouderenpsychiatrie moet dan ook rekening gehouden worden met het feit dat andere waarden in het geding zijn in vergelijking met jongere volwassenen: niet zozeer een actieve deelname aan de samenleving als wel de behoefte erbij te horen en de behoefte aan zingeving. Depla geeft een aantal aanbevelingen om de zorg aan ouderen binnen deze woonvormen te optimaliseren.

Het is logisch te veronderstellen dat de waarde en de betekenis die de rehabilitatiebeweging en de rehabilitatiebenadering voor volwassenen met psychiatrische problematiek hebben gehad en nog hebben, hetzelfde zal kunnen zijn voor ouderen. Ook ouderen met chronische psychiatrische problematiek verdienen het om geholpen te worden bij het zoeken naar mogelijkheden om zoveel mogelijk deel te kunnen nemen aan de samenleving met aandacht voor eigen behoeften en wensen. Het is ook logisch om te veronderstellen dat er eigen accenten zijn. Deze levensfase heeft een aantal specifieke aandachtsgebieden, zoals het omgaan met een veranderend tijdsbeleven en een veranderend tijdsperspectief; en tevens de confrontatie met diverse verlieservaringen: bijvoorbeeld ten aanzien van gezondheid, uiterlijk, verlies van dierbaren, verlies van bepaalde vaardigheden, veranderende positie in de maatschappij en verandering van rollen. Ook blijkt dat een herwaardering voor de levensloop van belang is en het zoeken naar betekenis en zingeving voor de toekomst. Bij ouderen die geconfronteerd worden met langdurige psychiatrische problematiek, zoals een chronische stemmingsstoornis, zijn er meestal diverse probleemgebieden aanwezig en is er veel kwetsbaarheid te constateren. De rehabilitatiebenadering sluit hierbij goed aan en kan een meerwaarde hebben. Ook is het denkbaar dat bij ouderen bij wie nog geen sprake is van een chronische depressie, de rehabilitatiebenadering en de specifieke hierbij behorende methodieken, toch ingezet worden. Niet zozeer de duur van het toestandbeeld en de duur van de behandeling is van belang, als wel de gevolgen van de depressiviteit. Het is denkbaar dat bij een deel van de patiënten in een vroeg stadium, uiteraard naast de reguliere behandeling, interventies en doelen vanuit de rehabilitatiebenadering centraal staan.

Conclusie

- De meerwaarde van rehabilitatiebenadering is nog niet aangetoond en dient nader onderzocht te worden.
- Er zijn nog nauwelijks nieuwe rehabilitatie-interventies ontwikkeld of bestaande interventies aangepast, specifiek toegerust voor ouderen.

Aanbeveling

Op basis van bovenstaande onderbouwing en overwegingen zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Daar waar sprake is van een chronische depressie dienen de rehabilitatiebenadering en rehabilitatiemethodieken een onlosmakelijk onderdeel te zijn van de zorg. De doelstelling van behandeling is breder dan de behandeling van de stoornis of behandeling van de symptomen, maar gericht op de wensen en de behoeften van de patiënt om de kwaliteit van leven te vergroten.

Rehabilitatie voor ouderen met chronische psychiatrische problematiek heeft eigen accenten.

Er zijn nog nauwelijks nieuwe interventies ontwikkeld of bestaande interventies aangepast, specifiek toegerust voor deze doelgroep. De werkgroep beveelt nader onderzoek aan.

Ervaringen van patiënten met een depressie

Er is slechts beperkt onderzoek gepubliceerd naar de wensen van oudere patiënten met een depressie.

Hoewel psychotherapeutische en medicamenteuze interventies bij de gemiddelde (niet ernstig) depressieve patiënt even effectief zijn, blijkt dat ouderen veel vaker antidepressiva voorgeschreven krijgen dan een psychotherapeutische behandeling (zie b.v. ¹⁵¹). De zeer beperkte beschikbaarheid van psychotherapeuten met scholing in psychotherapie bij ouderen en met belangstelling voor ouderen speelt hierbij ongetwijfeld een grote rol. Het voorschrijven van een antidepressivum is veel eenvoudiger dan het vinden van een geschikte psychotherapeut. Tegelijkertijd is bekend dat de helft van de ouderen, net overigens als jonger-volwassenen, binnen 3 maanden hun antidepressivum niet meer innemen zoals voorgeschreven.

Een systematische literatuurreview van studies in de 1^e lijn vond dat in de alle beschikbare studies de meeste patiënten de voorkeur gaven aan psychotherapie boven antidepressiva (²¹¹). Antidepressiva worden door veel ouderen beschouwd als verslavend, en psychotherapie wordt beschouwd als datgene wat de oplossing is van de oorzaak voor de depressie.

Een ander onderzoek naar de voorkeur van oudere patiënten in de 1^e lijn liet eveneens een duidelijke voorkeur voor psychotherapie (57%) zien boven medicatie (43%), waarbij eerdere ervaring met behandeling de sterkste predictor was van de huidige voorkeur (⁹⁴). Tevens bleek in dit onderzoek, onderdeel van de eerder genoemde IMPACT studie, dat meer patiënten hun voorkeursbehandeling kregen ten opzichte van patiënten die 'care-as-usual' kregen (74% versus 33%).

Ook al is al het bovenstaande onderzoek verricht in de 1^e lijn, het lijkt duidelijk dat het onmisbaar is om met de patiënt de wensen voor het soort behandeling open en duidelijk te bespreken en zo mogelijk rekening te houden met de voorkeur. Dat er geen trials zijn gepubliceerd waarin oudere patiënten die de therapie van voorkeur kregen een beter behandelresultaat hadden dan indien hier geen rekening mee werd gehouden, doet niets aan bovenstaande af.

Voor lotgenotencontacten geldt hetzelfde; ondanks het ontbreken van onderzoek naar de effectiviteit hiervan voor de behandeling van depressies bij ouderen lijkt het juist bij ouderen van groot belang dat zij onderling ervaringen uitwisselen. Ouderen met een depressie hebben immers vaak last van gevoelens van schaamte, van het idee gefaald te hebben en hebben niet snel de neiging dit met anderen te gaan bespreken. In lotgenotengroepen kunnen ervaringen wel uitgewisseld worden en kan.

Aanbeveling

Bespreek de wensen van de patiënt voor het soort behandeling open en duidelijk en houd zo mogelijk rekening met de voorkeur.

Referenties

1 - Alexopoulos

Alexopoulos, G.S. (2005). Depression in the elderly. [Lancet, 365, 1961-1970.](#)

2 - Alexopoulos

Alexopoulos, G.S., Abrams, R.C., Young, R.C., e.a. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. [Biological Psychiatry, 23, 271-284.](#)

3 - Alexopoulos

Alexopoulos, G.S., Katz, I.R., Reynolds, C.F., e.a. (2001). The expert consensus guideline series. Pharmacotherapy of depressive disorders in old age. [Postgraduate Medicine. \(Spec. no.\), 1-86.](#)

4 - Alexopoulos

Alexopoulos, G.S., Meyers, B.S., Young, R.C., e.a. (1997). Clinically defined vascular depression. [American Journal of Psychiatry, 154, 562-565.](#)

5 - Alexopoulos

Alexopoulos, G.S., Raue, P., & Arean, P.A. (2003). Problem-solving therapy versus supportive therapy in geriatric major depression with executive dysfunction. [American Journal of Geriatric Psychiatry, 11, 46-52.](#)

6 - Alphen

Alphen, S.P.J. van, Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., e.a. (2006). The relevance of a geriatric sub-classification of personality disorders in de DSM-V. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 21, 205-209.](#)

7 - American Psychiatric Association. (2000).

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4de, herziene versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.

8 - Anderson

Anderson, R., Buckwalter, K.C., Buchanan, R.J., e.a. (2003). The minimum data set depression rating scale (MDSDRS) lacks reliability for identifying depression among older adults living in nursing homes. [Age Aging, 32, 435-438.](#)

8 - Geriatrics Society

Geriatrics Society, 44, 175-180.

9 - Arean

Arean, P.A., & Cook, B.L. (2002). Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression. [Biological Psychiatry, 52, 293-303.](#)

10 - Arean

Arean, P.A., Perri, M.G., Nezu, A.M., e.a. (1993). Comparative effectiveness of social problem-solving therapy and reminiscence therapy as treatments for depression in older adults. [Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 1003-1010.](#)

11 - Arthur

Arthur, A., Jagger, C., Lindsay, J., e.a. (1999). Using an annual over-75 health check to screen for depression: validation of the short Geriatric Depression Scale (GDS-15) within general practice. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 14, 431-439.](#)

12 - Babayak

Babayak, M., Blumenthal, J.A., Herman, S., e.a. (2000). Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. [Psychosomatic Medicine, 62, 633-638.](#)

13 - Bains

Bains, J., Birks, J.S., & Denning, T.R. (2006). Antidepressants for treating depression in dementia [Cochrane database of systematic reviews, 1.](#)

14 - Baldwin

Baldwin, R.C., & Wild, R. (2004). Management of depression in later life. Advances in Psychiatric Treatment,

10, 131-139.

15 - Baldwin

Baldwin, R.C., Anderson, D., Black, S., e.a. (2003). Guideline for the management of late-life depression in primary care. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 18, 829-838.](#)

16 - Baldwin

Baldwin, R.C., Chiu, E., Katona, C., & Graham, N. (2002). Guidelines on depression in older people. London: Martin Dunitz Ltd.

17 - Banjerlee

Banjerlee, S., Shamash, K., McDonald, A.J.D., e.a. (1996). Randomised controlled trial of effect of intervention by psychogeriatric team on depression in frail elderly people at home. [British Medical Journal, 313, 1058-1061.](#)

18 - Barder

Barder, L., Slimmer, L., & LeSage, J. (1994). Depression and issues of control among elderly people in health care settings. [Journal of Advanced Nursing, 20, 597- 604.](#)

19 - Bartels

Bartels, S.J., Dums, A.R., Oxman, T.E., e.a. (2002). Evidence-based practices in geriatric mental health care. [Psychiatric Services, 53, 1419-1431.](#)

20 - Beekman

Beekman, A.T.F. (1996). Depressions in later life: studies in the community. Enschede: Copy-print , 1996

21 - Beekman

Beekman, A.T.F., Copeland, J.R.M., & Prince, M.J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. [British Journal of Psychiatry, 174, 307-311.](#)

22 - Beekman

Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., Braam, A.W., e.a. (1997). Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. [Psychological Medicine, 27, 1397-1409.](#)

23 - Beekman

Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., Smit, J.H., e.a. Dysthymia in later life: a study in the community. [Journal of Affective Disorders, 81, 191-199.](#)

24 - Beekman

Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., van Limbeek, J., e.a. (1997). Criterion validity of the CES-D: results from a community-based sample of older subjects in the Netherlands. [Psychological Medicine, 27, 231-235.](#)

25 - Beekman

Beekman, A.T.F., Geerlings, S.W., Deeg, D.J.H., e.a. (2002). The natural history of late-life depression. A 6-year prospective study in the community. [Archives of General Psychiatry, 59, 605-611.](#)

26 - Beer

Beer, M. de, & Lange, J. de. (1993). Depressies bij ouderen. Utrecht: NcGv.

27 - Beurs

Beurs, E. de, Beekman, A.T.F., Geerlings, S., e.a. (2001). On becoming depressed or anxious in late life: similar vulnerability factors but different effects of stressful life events. [British Journal of Psychiatry, 179, 426-431.](#)

28 - Bijl

Bijl, D., & Toenders, W.G.M. (2005). Antidepressiva bij ouderen. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 60, 311-324. (Zie ook ingezonden brief R.M. Kok & T.J. Heeren. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 60, 493-497.

29 - Blanchard

Blanchard, M.R., Waterreus, A., & Mann, A.H. (1995). The effect of primary care nurse intervention upon people screened as depressed. International Journal of Geriatric Psychiatry, 10, 289-298.

30 - Blazer

Blazer, D. (2002). Depression in late life (3de druk). New York: Springer Publishing Company.

31 - Blazer

Blazer, D.G., & Hybels, C.F. (2005). Origins of depression in later life. [Psychological Medicine, 35, 1241-1252.](#)

32 - Blumenthal

Blumenthal, J.A., Babayak, M.A., Moore, K.A., e.a. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. [Archives of Internal Medicine, 159, 2349-2356.](#)

33 - Bohlmeijer

Bohlmeijer, E., Smit, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 18, 1088-1094.](#)

34 - Borson

Borson, S., Bartel, S.J., Colenda, C.C., e.a. (2001). Geriatric mental health services research: strategic plan for an aging population. [American Journal of Geriatric Psychiatry, 9, 191-204.](#)

35 - Boult

Boult, C., Boult, L.B., Morihita, L., e.a. (2001). A randomised clinical trial of outpatient geriatric evaluation and management. [Journal of the American Geriatrics Society, 49, 351-359.](#)

36 - Bouwmeester

Bouwmeester, B., Boxtel, M. van, Peek, I., e.a. (2004). De kunst van het aansluiten. Rehabilitatie in de ouderenspsychiatrie. Passage, 13, 45-52.

37 - Braam AW

Braam AW. Religion and depression in later life. Academisch proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam 1999

38 - Bramesfield

Bramesfield, A., Adler, G., Brassens, S., e.a. (2001). Day-clinic treatment of late-life depression. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 16, 82-87.](#)

39 - Broek

Broek, E., & Kooreman, J. (1995). Begeleiding van depressieve ouderen. In M. Duynstee & M. Blom, Dementie en depressie, perspectief op verpleegkundige interventies Nijkerk: INTRO.

40 - Bruce

Bruce, M.L., Have, T.R. ten, Reynolds, C.F., e.a. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. [Journal of the American Medical Association, 291, 1081-1091.](#)

41 - Buettner

Buettner, L.L., & Fitzsimmons, S. (2002). AD-venture program: therapeutic biking for the treatment of depression in long-term care residents with dementia. [American journal of Alzheimer's disease and other Dementias, 17, 121-127.](#)

42 - Buijssen

Buijssen, H. (1996). Depressie bij ouderen; een leidraad voor verpleegkundigen en maatschappelijk werkers. Baarn: INTRO.

43 - Burlet

Burlet, H.M. de, & Hazenberg, M.J. (2003). Levensmoeheid: een reden om lichamelijke handicaps te evalueren. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 147, 633-635.

44 - Burrows

Burrows, A.B., Salzman, C., Satlin, A., e.a. (2002). A randomised, placebo-controlled trial of paroxetine in nursing home residents with non-major depression. [Depression and Anxiety, 15, 102-110.](#)

45 - Callahan

Callahan, C.M., Hendrie, H.C., Dittus, R.S., e.a. (1994). Improving treatment of late life depression in primary

care: a RCT. [Journal of the American Geriatrics Society, 42, 839-846.](#)

46 - Camus

Camus, V., De Mendonca Lima, C.A., Gaillard, e.a. (1997). Are personality disorders more frequent in early onset geriatric depression? [Journal of Affective Disorders, 46, 297-302.](#)

47 - Chou

Chou, K.-L.C., Lee, P.W.H., Yu, E.C., e.a. (2004). Effect of Tai Chi on depressive symptoms amongst Chinese older patients with depressive disorders; a RCT. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 19, 1105-1107.](#)

48 - Ciechanowski

Ciechanowski, P., Wagner, E., Schmalting, K., e.a. (2004). Community-integrated home-based depression treatment in older adults. [Journal of the American Medical Association, 291, 1569-1577.](#)

49 - Citters

Citters, A.C. van, & Bartels, S.J. (2004). A systematic review of the effectiveness of community-based mental health outreach services for older adults. [Psychiatric Services, 55, 1237-1249.](#)

50 - Clark

Clark, W.G., & Vorst, V.R. (1994). Group therapy with chronically depressed geriatric patients. [Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 32, 9-13.](#)

51 - Cohen

Cohen, C.I., Hyland, K., & Kimhy, D. (2003). The utility of mandatory depression screening of dementia patients in nursing homes. [American Journal of Psychiatry, 160, 2012-2017.](#)

52 - Cole

Cole, M., McCusker, J., Elie, M., e.a. (2006). Systematic detection and multidisciplinary care of depression in older medical inpatients; a randomized trial. [Canadian Medical Association Journal, 174, 38-44.](#)

53 - Cole

Cole, M.G., & Bellavance, F. (1997). Depression in elderly medical inpatients: a meta-analysis of outcomes. [Canadian Medical Association Journal, 157, 1055-1060.](#)

54 - Cole

Cole, M.G., & Dendukuri, N. (2003). The risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. [American Journal of Psychiatry, 160, 1147-1156.](#)

55 - Cole

Cole, M.G., & Dendukuri, N. (2004). The feasibility and effectiveness of brief interventions to prevent depression in older subjects; a systematic review. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 19, 1019-1025.](#)

56 - Cole

Cole, M.G., & Yaffe, M.J. (1996). Pathway to psychiatric care of the elderly with depression. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 11, 157-161.](#)

57 - Cole

Cole, M.G., Elie, M., McCusker, J., e.a. (2000). Feasibility and effectiveness of treatments for depression in elderly medical inpatients: a systematic review. [International Psychogeriatrics, 12, 453-461.](#)

58 - Condello

Condello, C., Padoani, W., Uguzzoni, U., e.a. (2003). Personality disorders and self-perceived quality of live in an elderly psychiatric outpatient population. [Psychopathology, 36, 78-83.](#)

59 - Consensus statement on improving the quality of mental health care in the U.S. nursing homes: management of depression and behavioral symptoms associated with dementia.

Consensus statement on improving the quality of mental health care in the U.S. nursing homes: management of depression and behavioral symptoms associated with dementia. [Journal of the American Geriatrics Society, 51, 1287-1298.](#)

61 - Copeland

Copeland, J.R., Kelleher, M.J., Kellett, J.M., e.a. (1976). A semi-structured clinical interview for the

assessment of diagnosis and mental state in the elderly: the Geriatric Mental State Schedule. I. Development and reliability. [Psychological Medicine, 6, 439-449.](#)

62 - [Craen](#)

Craen, A.J.M. de, Gussekloo, J., Mast, R.C. van der, e.a. (2005). Seasonal mood variation in the elderly: the Leiden 85-plus study. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 20, 269-273.](#)

63 - [Craen](#)

Craen, A.J.M., Heeren, T.J., & Gussekloo, J. (2003). Accuracy of the GDS-15 in a community sample of the oldest old. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 18, 63-66.](#)

64 - [Creed](#)

Creed, F. (1997). Assessing depression in the context of physical illness. In M.M. Robertson & C.L.E. Katona (Red.), *Depression and Physical Illness* (pp 3-19). Chichester: John Wiley and Sons.

65 - [Cuijpers](#)

Cuijpers, P. (1998). Psychological outreach programmes for the depressed elderly: a meta-analysis of effects and dropout. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 13, 41-48.](#)

66 - [Cuijpers](#)

Cuijpers, P., & Willemsse, G.R. (2005). *Preventie van depressie bij ouderen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

67 - [Cuijpers](#)

Cuijpers, P., Straten, A. van, & Smit, F. (2006). Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 21, 1139-1149.](#)

68 - [Cullum](#)

Cullum, S., Tucker, S., Todd, C., e.a. (2006). Screening for depression in older medical patients. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 21, 469-476.](#)

69 - [Dantzig](#)

Dantzig, A. van. (1993). Psychotherapie bij ouderen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 48, 915-923.

70 - [Davies](#)

Davies, K.N., Burn, W.K., McKenzie, F.R., e.a. (1993). Evaluation of the HADS as a screening instrument in geriatric medical inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 165-169.

71 - [Depla](#)

Depla, M. (2004). *Community-based care for older people with severe mental illness*. Proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht.

72 - [Depla](#)

Depla, M.F.I.A. (1996). Filters in de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 27, 206-214.

73 - [Derix](#)

Derix, M.M.A., Hofstede, A.B., Hijdra, A., e.a. (1999). CAMDEX-N: de Nederlandse versie van de Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly met geautomatiseerde data verwerking. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 22, 143-150.

74 - [Devanand](#)

Devanand, D.P., Turret, N., Moody, B.J., e.a. (2000). Personality disorders in elderly patients with dysthymic disorders. [American Journal of Geriatric Psychiatry, 8, 188-195.](#)

75 - [Devenand](#)

Devenand, D.P., Nobler, M.S., Cheng, J., e.a. (2005). Randomized, double-blind, placebo controlled trial of fluoxetine treatment for elderly patients with dysthymic disorder. [American Journal of Geriatric Psychiatry, 13, 59-68.](#)

76 - [Dhondt](#)

Dhondt, A.D.F. (2003). *Iatrogenic origins of depression in the elderly*. Proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit.

77 - Diesfeldt

Diesfeldt, H.F.A. (2004). De Depressielijst voor stemmingsonderzoek in de psychogeriatric: meetpretenties en schaalbaarheid. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 35, 224-233.

78 - Djernes

Djernes, J.K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. [Acta Psychiatrica Scandinavica](#), 113, 372-387.

79 - Dröes

Dröes, J. (Red.). (2005). Individuele rehabilitatie, behandeling en herstel van mensen met psychiatrische problematiek. Amsterdam, SWP.

80 - Eisses

Eisses, A.M. (2005). Depressie bij verzorgingshuisbewoners. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

81 - Evans

Evans, M., Hammond, M., & Wilson, K. (1997). Placebo-controlled treatment of depression in elderly physically ill patients. [International Journal of Geriatric Psychiatry](#), 12, 817-824.

82 - Falck

Falck, R.P., Pot, A.M., Braam, A.W., e.a. (1999). Depressie bij somatische verpleeghuispatiënten. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 30, 193-199.

83 - Flint

Flint, A.J., & Gagnon, N. (2002). Effective use of electroconvulsive therapy in late-life depression. [Canadian Journal of Psychiatry](#), 47, 734-741.

84 - Folstein

Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). Mini-mental State; a practical method for grading the cognitive state of patients in clinical populations. [Journal of Psychiatric Research](#), 12, 203-209.

85 - Gatz

Gatz, M., Kaskie, B., Kasl-Godley, J.E., e.a. (1998). Empirically validated psychological treatments for older adults. *Journal of Mental Health and Aging*, 4, 9-39.

86 - Georgetas

Georgetas, A., McCue, R.E., & Cooper, T.B. (1989). A placebo-controlled comparison of nortriptyline and phenelzine in maintenance therapy of elderly depressed patients. [Archives of General Psychiatry](#), 46, 783-786.

87 - Gerritsen

Gerritsen, D., Ooms, M., Steverink, N., e.a. (2004). Drie nieuwe observatieschalen in het verpleeghuis: schalen uit de Resident Assessment Instrument voor ADL, cognitie en depressie. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 35, 55-64.

88 - Gerven

Gerven, H.A.J.M. van, & Boer, W.H. (2006). Chronische nierinsufficiëntie bij lithiumgebruik. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 1715-1718.

89 - Gilbody

Gilbody, S., House, A.O., & Sheldon, T.A. (2005). Screening and case finding instruments for depression. [The Cochrane Databases of systematic reviews](#), 4.

90 - Gill

Gill, D., & Hatcher, S. (1998). A systematic review of the treatment of depression with antidepressants drugs in patients who also have a physical illness. [Cochrane database of systematic reviews](#), Issue 3.

91 - Meyers

Meyers, B.J.F., & Ojen, R. van. (2004). De behandeling van methylfenidaat van demoralisatie, apathie en hypoactief delier bij patiënten met een somatische ziekte. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148,

1738-1741 (zie ook ingezonden brief Olde Rikkert, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 148, 2416-2417).

92 - Gordon

Gordon, M. (1996). Verpleegkundige diagnostiek: Proces en toepassing. Utrecht: De Tijdstroom.

93 - Gorwood

Gorwood, P., Weiller, E., Lemming, O. & Katona, C. (2007). Escitalopram prevents relapses in older patients with major depressive disorder. [American Journal of Geriatric Psychiatry, 15, 581-593.](#)

94 - Gum AM

Gum AM, Areal PA, Hunkeler E e.a. Depression treatment preferences in older primary care patients. [The Gerontologist 2006, 46, 14-22](#)

95 - Hamilton

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. [Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 23, 56-62.](#)

96 - Hammond

Hammond, M.F. (1998). Rating depression severity in the elderly physically ill patient. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 13, 257-261.](#)

97 - Hanser

Hanser, S.B., & Thompson, L.W. (1994). Effects of a music therapy strategy on depressed older adults. [Journal of Gerontology, 49, P265-P269.](#)

98 - Hardy

Hardy, B.G., Shulman, K.I., & Zuccherro, C. (1997). Gradual discontinuation of lithium augmentation in elderly patients with unipolar depression. [Journal of Clinical Psychopharmacology, 17, 22-26.](#)

99 - Haringsma

Haringsma, R., Engels, G.I., Cuijpers, P., e.a. (2006). Effectiveness of the coping with depression (CWD) course for older adults provided by the community mental health care system in the Netherlands; a randomized controlled field trial. [International Psychogeriatrics, 18, 307-326.](#)

100 - Harrer

Harrer, G., Schmidt, U., Kuhn, U.U., e.a. (1999). Comparison of equivalence between the St.John's wort extract LoHyp-57 and fluoxetine. [Arzneimittelforschung, 49, 289-296.](#)

101 - Harwood

Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., e.a. (2006). Suicide in people without psychiatric disorder. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 21, 363-367.](#)

102 - Heeren

Heeren, T.J. (2000). De etiologie van depressie op oudere leeftijd: de vasculaire-depressie hypothese. Tijdschrift voor Psychiatrie, 42, 605-611.

103 - Heeren

Heeren, T.J., Kat, M.G., & Stek, M.L. (2001). Handboek ouderenpsychiatrie. Leusden: De Tijdstroom.

104 - Hertogh

Hertogh, C.M.P.M. (1997). Functionele geriatrie. Maarsen: Elsevier/De Tijdstroom.

105 - Higgins

Higgins, N., Livingston, G., & Katona, C. (2004). Concordance therapy: an intervention to help older people take antidepressants. [Journal of Affective Disorders, 81, 287-291.](#)

106 - Hutchinson

Hutchinson, D.R., Tong, S., Moon, C.A.L., e.a. (1991). A double blind study in general practice to compare the efficacy and tolerability of paroxetine and amitriptyline in depressed elderly patients. British Journal of Clinical Research, 2, 43-57.

107 - Jongenelis

Jongenelis, K., Pot, A.M., Eisses, A.M.H., e a. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. [Journal of Affective Disorders, 83, 135-142.](#)

108 - Jongenelis

Jongenelis, K., Pot, A.M., Eisses, A.M.H., e.a. (2003). Depressie bij oudere verpleeghuispatiënten. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 34, 52-59.

109 - Jongenelis

Jongenelis, K., Pot, A.M., Eisses, A.M.H., e.a. (2005). Diagnostic accuracy of the original 30-item and shortened versions of the GDS in nursing home patients. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 20, 1067-1074.](#)

110 - Jonghe

Jonghe, F. de, Dekker, J., & Goris, C. (1997). Steun, stress, kracht en kwetsbaarheid in de psychiatrie. Assen: Van Gorcum.

111 - Jonghe

Jonghe, J.F.M. de, Kat, M.G., Rottier, W.P.T.J., e.a. (1995). De Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric en de klinische diagnose; een vergelijking met de BOP en de NOSIE-30. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 26, 24-29.

112 - Kat

Kat, M.G., de Jonghe, J.F.M., Aalten, P., e.a. (2002). Neuropsychiatrische aspecten van dementie: psychometrische aspecten van de Nederlandse NeuroPsychiatric Inventory (NPI). Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 33, 150-155.

113 - Katon

Katon, W., Robinson, P., Korff, M. von, e.a. (1996). A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. [Archives of General Psychiatry, 53, 924-932.](#)

114 - Katona

Katona, C., & Livingston, G. (2002). How well do antidepressants work in older people? A systematic review of Numbers Needed to treat. [Journal of Affective Disorders, 69, 47-52.](#)

115 - Katz

Katz, I.R., Simpson, G.M., Curlik, S.M., e.a. (1990). Pharmacologic treatment of major depression for elderly patients in residential care settings. [Journal of Clinical Psychiatry, 51 \(Suppl. 7\), 41-48.](#)

116 - Kessing

Kessing, L.V., Agerbo, E., & Mortensen, P.B. (2003). Does the impact of major stressful life events on the risk of developing depression change throughout life? [Psychological Medicine, 33, 1177-1184.](#)

117 - Klausner

Klausner, E.J., Clarkin, J.F., Spielman, L., e.a. (1998). Late-life depression and functional disability: the role of goal-focussed group psychotherapy. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 13, 707-716.](#)

118 - Klynsner

Klynsner, R., Bent-Hansen, J., Hansen, H., e.a. (2002). Long term citalopram prevents recurrent depression in the elderly and is well tolerated. [The British Journal of Psychiatry, 181, 29-35.](#)

119 - Knight

Knight, B.G. (2004). Psychotherapy with older adults (3de druk). Thousand Oaks: Sage Publications.

120 - Koder

Koder, D.-A., Brodaty, H., & Anstey, K.J. (1996). Cognitive therapy for depression in the elderly. International Journal of Geriatric Psychiatry, 11, 97-107.

121 - Koder

Koder, D.-A., Brodaty, H., & Anstey, K.J. (1996). Cognitive therapy for depression in the elderly. International Journal of Geriatric Psychiatry, 11, 97-107.

122 - Koenig

Koenig, H.G., George, L.K., Peterson, B.L., e.a. (1997). Depression in medically ill hospitalized older adults: prevalence, characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. [American Journal of Psychiatry, 154, 1376-1383.](#)

123 - Koenig

Koenig, H.G., Meador, K.G., Cohen, H.J., e.a. (1988). Self-rated depression scales and screening for major depression in the older hospitalized patient with medical illness. [Journal of the American Geriatrics Society, 36, 699-706.](#)

124 - Koerselman

Koerselman, F. (1994). Balanssuicide als mythe. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 5, 515-527.

125 - Kok

Kok, R.M. (2004). Atypische presentatie van depressies bij ouderen, feit of fictie? Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 35, 65-71.

126 - Kok

Kok, R.M., Heeren, T.J., Hooijer, C., e.a. (1995). The prevalence of major depression in elderly medical inpatients. [Journal of Affective Disorders, 33, 77-82.](#)

127 - Kok

Kok, R.M., Heeren, T.J., van Hemert, A.M. (1993). De Geriatric Depression Scale. Tijdschrift voor Psychiatrie, 35, 416-421.

128 - Kok

Kok, R.M., Vink, D., Heeren, T.J., Nolen, W.A. (2007). Lithium augmentation compared with phenelzine in treatment-resistant depression in the elderly: an open, randomized controlled trial. [Journal of Clinical Psychiatry, 68, 1177-1185.](#)

129 - Krishnan

Krishnan, K.R. (2005). Treatment of depression in the medically ill. [Journal of Clinical Psychopharmacology, 25\(Suppl. 1\), S14-S18.](#)

130 - Krishnan

Krishnan, K.R.R., Hays, J.C., & Blazer, D.G. (1997). MRI-defined vascular depression. [American Journal of Psychiatry, 154, 497-501.](#)

131 - Kurlowicz

Kurlowicz, L.H. (1997). Nursing standard of Practice Protocol: Depression in elderly patients. [Geriatric Nursing, 18, 192-199.](#)

132 - Kyle

Kyle, C.J., Petersen, H.E.H., & Overø, K.F. (1998). Comparison of the tolerability and efficacy of citalopram and amitriptyline in elderly depressed patients treated in general practice. [Depression and Anxiety, 8, 147-153.](#)

133 - Lakshmanan

Lakshmanan, M., Mion, L.C., & Frenley, J.D. (1986). Effective low dose tricyclic antidepressant treatment for depressed geriatric rehabilitation patients. [Journal of the American Geriatrics Society, 34, 421-426.](#)

134 - Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2005).

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2005). Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Utrecht: Trimbos-instituut.

135 - Lebowitz

Lebowitz, B.D., Pearson, J.L., Schneider, L.S., e.a. (1997). Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. [Journal of the American Medical Association, 278, 1186-1190.](#)

136 - Leentjes

Leentjes, A.F.G., Verhey, F.R.J., Lousberg, R., e.a. (2000). The validity of the Hamilton and MADRS scales as screening and diagnostic tools for depression in Parkinson's disease. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 15, 644-649.](#)

137 - Leshar

Leshar, E.L. (1986). Validation of the Geriatric Depression Scale among nursing home residents. *Clinical Gerontologist*, 4, 21-27.

138 - Leszcz

Leszcz, M. (2000). Integrated group psychotherapy for the treatment of depression in the elderly. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 89-113.

139 - Linssen

Linssen, A.C.G. (2000). Leren met lotgenoten. De toepassing van groepspsycho-educatie bij ouderen met depressie en angst. *Groepspsychotherapie*, 34, 166-179.

140 - Linssen

Linssen, A.C.G., & Kok, R.M. (1998). *Depressie, je kunt er iets aan doen*. Amsterdam: Boom.

141 - Little

Little, J.T., Reynolds, C.F., Dew, M.A., e.a. (1998). How common is resistance to treatment in recurrent, nonpsychotic geriatric depression? *American Journal of Psychiatry*, 155, 1035-1038.

142 - Llewellyn-Jones

Llewellyn-Jones, R.H., Baikie, K.A., Smithers, H., e.a. (1999). Multifaceted shared care intervention for late-life depression in residential care: RCT. *British Medical Journal*, 319, 676-682.

143 - Llewellyn-Jones

Llewellyn-Jones, R.H., Baikie, K.A., Smithers, H., e.a. (1999). Multifaceted shared care intervention for late-life depression in residential care: RCT. *British Medical Journal*, 319, 676-682.

144 - Lynch

Lynch, T.R., Morse, J.Q., Mendelson, T., e.a. (2003). Dialectic behavioral therapy for depressed older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 33-45.

145 - Lyness

Lyness, J.M., Heo, M., Datto, C.J., e.a. (2006). Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Annals of Internal Medicine*, 144, 496-504.

146 - Mackenzie

Mackenzie, C.S., Rosenberg, M., & Major, M. (2006). Evaluation of a psychiatric day hospital program for elderly patients with mood disorder. *International Psychogeriatrics*, 18, 631-641.

147 - MacRae

MacRae, P.G., Asplund, L.A., & Schnelle, J.F. (1996). A walking program for nursing home residents: effect on walk endurance, physical activity, mobility, and quality of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, 175-180.

148 - Manes

Manes, F., Jorge, R., Morcuende, M., e.a. (2001). A controlled study of repetitive transcranial magnetic stimulation as a treatment of depression in the elderly. *International Psychogeriatrics*, 13, 225-231.

149 - Mantovani

Mantovani, G., Astara, G., Lampis, B. e.a. (1996). Evaluation by multidimensional instruments of health-related quality of life of elderly cancer patients undergoing three different "psychosocial" treatment approaches. A randomized clinical trial. *Support Care Cancer*, 4, 129-140

150 - Marwijk

Marwijk, H.W. J. van, Grundmeijer, H.G.L.M., Bijl, D. e.a. (2003). NHG-Standaard Depressieve stoornis. *Huisarts en Wetenschap*, 46, 614-623.

151 - Marwijk

Marwijk, H.W. van, Bijl, D., Ader, H.J., e.a. (2001). Antidepressant prescription for depression in general practice in The Netherlands. *Pharmacy World & Science*, 23, 46-49.

152 - Marwijk

Marwijk, H.W.J. van, Grundmeijer, H.G.L.M., Bijl, D., e.a. (2003). NHG Standaard Depressieve Stoornis (eerste herziening). *Huisarts en Wetenschap*, 46, 614-623.

153 - Marwijk

Marwijk, H.W.J. van. (1997). Depressie bij ouderen in de huisartspraktijk. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 28, 69-75.

154 - Mather

Mather, A.S., Rodrigues, C., Guthrie, M.F., e.a. (2002). Effects of exercise on depressive symptoms on older adults with poorly responsive depressive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 411-415.

155 - McCusker

McCusker, J., Cole, M., Keller, E., e.a. (1998). Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Archives of Internal Medicine*, 158, 705-712.

156 - McCusker

McCusker, J., Cole, M., Keller, E., e.a. (1998). Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Archives of Internal Medicine*, 158, 705-712.

157 - McGivney

McGivney, S.A., Mulvihill, M., & Taylor, B. (1996). Validating the GDS depression screen in the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 490-492.

158 - Meijel

Meijel, B. van, Gamel, C., Swieten Duijfjes, B. van, e.a. (2004). The development of evidence-based nursing interventions. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 84-92.

159 - Miller

Miller, M.D., Pollock, B.G., Rifai, A.H., e.a. (1991). Longitudinal analysis of nortriptyline side effects in elderly depressed patients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 4, 226-230.

160 - Miller

Miller, M.D., Wolfson, L., Frank, E., e.a. (1997). Using interpersonal psychotherapy (IPT) in a combined psychotherapy/medication research protocol with depressed elders. A descriptive report with case vignettes. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 47-55.

161 - Mitchell

Mitchell, A.J., & Subramaniam, H. (2005). Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1588-1601.

162 - Mittmann

Mittmann, N., Herrmann, N., Einarson, T.R., e.a. (1997). The efficacy, safety and tolerability of antidepressants in late life depression: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 46, 191-217.

163 - Mittmann

Mittmann, N., Herrmann, N., Einarson, T.R., e.a. (1997). The efficacy, safety and tolerability of antidepressants in late life depression: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 46, 191-217.

164 - Molloy

Molloy, D.W., Alemayehu, E., & Robert, R. (1991). Reliability of a standardised mini-mental state examination compared with the traditional mini-mental state examination. *American Journal of Psychiatry*, 148, 102-105.

165 - Montano

Montano, C.B. (1999). Primary care issues related to the treatment of depression in elderly patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (Suppl. 20), 45-51.

166 - Montgomery

Montgomery, S.A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.

167 - Montorio

Montorio, I., & Izal, M. (1996). The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. [International Psychogeriatrics, 8, 103-112.](#)

168 - Morse

Morse, J.Q., & Robins, C.J. (2005). Personality-life event congruence effects in late-life depression. [Journal of Affective Disorders, 84, 25-31.](#)

169 - Morse

Morse, J.Q., Pilkonis, P.A., Houck, P.R., e.a. (2005). Impact of cluster C personality disorders on outcomes of acute and maintenance treatment in late-life depression. [American Journal of Geriatric Psychiatry, 13, 808-814.](#)

170 - Mosimann

Mosimann, U.P., Schmitt, W., Greenberg, B.D., e.a. (2004). Repetitive transcranial magnetic stimulation: a putative add-on treatment for major depression in elderly patients. [Psychiatry Research, 126,123-133.](#)

171 - Mossey

Mossey, J.M., Knott, K.A., Higgins, M., e.a. (1996). Effectiveness of a psychosocial intervention, interpersonal counselling, for subdysthymic depression in medically ill elderly. [Journal of Gerontology, 51A, M172-178.](#)

172 - Mossey

Mossey, J.M., Knott, K.A., Higgins, M., e.a. (1996). Effectiveness of a psychosocial intervention, interpersonal counselling, for subdysthymic depression in medically ill elderly. [Journal of Gerontology, 51A, M172-178.](#)

173 - Mottram

Mottram, P., Wilson, K., & Stobl, J. (2006). Antidepressants for depressed elderly. [Cochrane database of systematic reviews, 1.](#)

174 - Mulsant

Mulsant, B.H., Houck, P.R., Gildengers, A.G., e.a. (2006). What is the optimal duration of a short-term antidepressant trial when treating geriatric depression? [Journal of Clinical Psychopharmacology, 26, 113-120.](#)

175 - Mulsant

Mulsant, B.H., Sweet, R.A., Rosen, J., e.a. (2001). A double-blind comparison of nortriptyline plus perphenazine versus nortriptyline and placebo in the treatment of psychotic depression in late life. [Journal of Clinical Psychiatry, 62, 597-604.](#)

176 - Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. (2005).

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. (2005). Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie. Alphen a/d Rijn: Van Zuiden Communications.

177 - Nuy

Nuy, M.. & Dröes, J. (Red.). (2000). De Individuele Rehabilitatie Benadering. Amsterdam: SWP.

178 - O'Connell

O'Connell, H., Chin, A.-I., Cunningham, C., e.a. (2004). Recent developments, Suicide in older people. [British Medical Journal, 329, 895-899.](#)

179 - Old age depression interest group. (1993).

Old age depression interest group. (1993). How long should the elderly take antidepressants? [The British Journal of Psychiatry, 162, 175-182.](#)

180 - Olin

Olin, J.T., Schneider, L.S., Kats, I.R., e.a. (2002). Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. [American Journal of Psychiatry, 10, 125-128.](#)

181 - Olin

Olin, J.T., Schneider, L.S., Katz, I.R., e.a. (2002). Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. [American Journal of Geriatric Psychiatry, 10, 125-128.](#)

182 - Ormel

Ormel, J., Oldehinkel, A.J., & Brilman, E.I. (2001). The interplay and etiological continuity of neuroticism, difficulties and life-events in the etiology of major and subsyndromal, first and recurrent depressive syndromes in later life. [American Journal of Psychiatry, 158, 885-891.](#)

183 - Oslin

Oslin, D.W., Have, T.R. ten, Streim, J.E., e.a. (2003). Probing the safety of medications in the frail elderly: evidence from a randomized clinical trial of sertraline and venlafaxine in depressed nursing home residents. [Journal of Clinical Psychiatry, 64, 875-882.](#)

184 - Ownby

Ownby, R.L., Crocco, E., Acevedo, A., e.a. (2006). Depression and risk for Alzheimer disease. Systematic review, meta-analysis and metaregression analysis. [Archives of General Psychiatry, 63, 530-538.](#)

185 - Penninx

Penninx, B.W.J.H., Rejeski, W.J., Pandya, J., e.a. (2002). A comparison of aerobic and resistance exercise effects on emotional and physical function in older persons with high and low depressive symptomatology. [Journal of Gerontology, 57B, P124-132.](#)

186 - Pincus

Pincus, H.A., Davis, W.W., & McQueen, L. (1999). 'Subthreshold' mental disorders. A review and synthesis of studies of minor depression and other 'brand' names. [British Journal of Psychiatry, 174, 288-296.](#)

187 - Pinquart

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). How effective are psychotherapeutic and other psychosocial interventions with older adults? A meta-analysis. *Journal of Mental Health and Aging, 7, 207-243.*

188 - Pinquart

Pinquart, M., Duberstein, P.R., & Lyness, J.M. (2006). Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. [American Journal of Psychiatry, 163, 1493-1501.](#)

189 - Pols

Pols, J. (2004). Good care. Enacting a complex ideal in long-term psychiatry. Proefschrift, 2004

190 - Pols

Pols, J., Depla, M., & Weeghel, J. van. (2007). Ouderen met chronische psychiatrische problematiek. In A.M. Pot, I. Kuin, & M. Vink (Red.), *Handboek ouderenpsychologie* (pp. 469-477). Utrecht: De Tijdstroom.

191 - Pot

Pot, A.M., Kuin, Y., & Vink, M.T. (2007). *Handboek ouderenpsychologie*. Utrecht: De Tijdstroom.

192 - Pot

Pot, A.M., van Dyck, R., & Deeg, D.J.H. (1995). Ervaren druk door informele zorg. Constructie van een schaal. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 26, 214-219.*

193 - Prigerson

Prigerson, H.G., Frank, E., Kasl, S.V., e.a. (1995). Complicated grief and bereavement – related depression as distinct disorders; preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. [American Journal of Psychiatry, 152, 22-30.](#)

194 - Rabins

Rabins, P.V., Black, B.S., Roca, R., e.a. (2000). Effectiveness of a nurse-based outreach program for identifying and treating psychiatric illness in the elderly. [Journal of the American Medical Association, 283, 2802-2809.](#)

195 - Rapp

Rapp, S.R., & Vrana, S. (1989). Substituting nonsomatic for somatic symptoms in the diagnosis of depression in elderly male medical patients. [American Journal of Psychiatry, 146, 1197-1200.](#)

196 - Rapp

Rapp, S.R., Parisi, S.A., Walsh, D.A., e.a. (1988). Detecting depression in elderly medical inpatients. [Journal](#)

[of Consulting and Clinical Psychology, 56, 509-513.](#)

197 - [Regionale Zorgprogramma Stemningsstoornissen voor Ouderen in Midden-Westelijk Utrecht. \(2006\).](#)
Regionale Zorgprogramma Stemningsstoornissen voor Ouderen in Midden-Westelijk Utrecht. (2006).
www.ouderenspsychiatrie.nl

198 - [Reynolds](#)

Reynolds, C.F., Dew, M.A., Pollock, B.G., e.a. (2006). Maintenance treatment of major depression in old age. [New England Journal of Medicine, 354, 1130-1138.](#)

199 - [Reynolds](#)

Reynolds, C.F., Frank, E., Perel, J.M., e.a. (1996). High relapse rate after discontinuation of adjunctive medication for elderly patients with recurrent major depression. [American Journal of Psychiatry, 153, 1418-1422.](#)

200 - [Reynolds](#)

Reynolds, C.F., Frank, E., Perel, J.M., e.a. (1999a). Nortriptyline and Interpersonal Psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression. [Journal of the American Medical Association, 281, 39-45.](#)

201 - [Reynolds](#)

Reynolds, C.F., Miller, M.D., & Pasternak, R.E. (1999b). Treatment of bereaved-related major depressive episodes in later life. A controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal therapy. [American Journal of Psychiatry, 156, 202-208.](#)

202 - [Reynolds](#)

Reynolds, C.F., Perel, J.M., Frank, E., e.a. (1999c). Three-year outcome of maintenance nortriptyline treatment in late-life depression: a study of two fixed plasma levels. [American Journal of Psychiatry, 156, 1177-1181.](#)

203 - [Reynolds](#)

Reynolds, C.F., Smith, G.S., Dew, M.A., e.a. (2005). Accelerating symptom reduction in late-life depression. [American Journal of Geriatric Psychiatry, 13, 353-358.](#)

204 - [Reynolds](#)

Reynolds, T., Thornicroft, G., Abas, M., e.a. (2000). Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. [British Journal of Psychiatry, 176, 444-452.](#)

205 - [Roose](#)

Roose, S.P., & Sackeim, H.A. (2004). Late-life depression. Oxford: Oxford University Press.

206 - [Rovner](#)

Rovner, B.W., German, P.S., Brant, L.J., e.a. (1991). Depression and mortality in nursing homes. [Journal of the American Medical Association, 265, 393-396.](#)

207 - [Royal College of Physicians and British Geriatrics Society. \(1992\).](#)

Royal College of Physicians and British Geriatrics Society. (1992). Standardised assessment scales for elderly people. Report of the Joint Workshop. London: Royal Collage of Physicians.

208 - [Ryden](#)

Ryden, M.B., Pearson, V., Kaas, M.J., e.a. (1999). Nursing interventions for depression in newly admitted nursing home residents. [Journal of Gerontological Nursing, 25, 20-29.](#)

209 - [Sackeim](#)

Sackeim, H.A., Roose, S.P., & Burt, T. (2005). Optimal length of antidepressant trials in late-life depression. [Journal of Clinical Psychopharmacology, 25 \(Suppl. 1\), S34-S37.](#)

210 - [Salzman](#)

Salzman, C., Wong, E., & Wright, C. (2002). Drug and ECT treatment of depression in the elderly, 1996-2001: a literature review. *Biological Psychiatry*, 52, 265-284.

211 - Schaik DJF van

Schaik DJF van, Klijn AFJ, Hout HPJ van e.a. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. [Geb Hosp Psychiatry 2004, 26, 184-189.](#)

212 - Schaik

Schaik, A. van. (2006). Interpersonal psychotherapy for late life depression in general practice. Academisch proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

213 - Schifano

Schifano, F., Garbin, A., Renesto, V., e.a. (1990). A double-blind comparison of mianserin and maprotiline in depressed medically ill elderly people. [Acta Psychiatrica Scandinavica, 81, 289-294.](#)

214 - Schimmel-Spreeuw

Schimmel-Spreeuw, A., Linssen, A.C.G., & Heeren, T.J. (2000). Coping with depression and anxiety: preliminary results of a standardized course for elderly depressed women. [International Psychogeriatrics, 12, 77-86.](#)

215 - Schneider

Schneider, L.S., Reynolds, C.R., Lebowitz, B.D., e.a. (1993). Diagnosis and treatment of depression in late life. Results of the NIH Consensus development conference. Washington, DC: American Psychiatric Press.
Abrams, R.C., Rosendahl, E., Card, C., e.a. (1994). Personality disorder correlates of late and early onset depression. [Journal of the American Geriatrics Society, 42, 727-731.](#)

216 - Schoevers

Schoevers, R.A. (2005). Epidemiology of late-life depression. Proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

217 - Schoevers

Schoevers, R.A., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., e.a. (2003). The natural history of late-life depression; results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). [Journal of Affective Disorders, 76, 5-14.](#)

218 - Schoevers

Schoevers, R.A., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., e.a. (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 18, 994-1001.](#)

219 - Schoevers

Schoevers, R.A., Bremmer, M.A., Beekman, A.T.F., e.a. (2004). Verklaringen voor de relatie tussen depressie en verhoogde sterfte. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 148, 1133-1137.

220 - Schweizer

Schweizer, E., Rickels, K., Hassman, H., e.a. (1998). Buspirone and imipramine for the treatment of major depression in the elderly. [Journal of Clinical Psychiatry, 59, 175-183.](#)

221 - Scogin

Scogin, F., & McElreath, L. (1994). Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: a quantitative review. [Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 69-74.](#)

222 - Serra

Serra, M., Gasto, C., Navarro, V., e.a. (2006). Maintenance electroconvulsive therapy in elderly psychotic unipolar depression. [Medicina Clinica, 126, 491-492.](#)

223 - Sheikh

Sheikh, J.I., Cassidy, E.L., Doraiswamy, P.M., e.a. (2004). Efficacy, safety and tolerability of sertraline with late-life depression and comorbid medical illness. [Journal of the American Geriatrics Society, 52, 86-92.](#)

224 - Sherrill

Sherrill, J.T., Frank, E., Geary, M., e.a. (1997). Psychoeducational workshops for elderly patients with recurrent major depression and their families. [Psychiatric Services, 48, 76-81.](#)

225 - Sjösten

Sjösten, N., & Kivelä, S.-L. (2006). The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged:

a systematic review. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 21, 410-418.](#)

226 - [Skultety](#)

Skultety, K.M., & Zeiss, A. (2006). The treatment of depression in older adults in the primary care setting; an evidence-based review. [Health Psychology, 25, 665-674.](#)

227 - [Sloane](#)

Sloane, R.B., Staples, F.R., & Schneider, L.S. (1985). Interpersonal therapy versus nortriptyline for depression in the elderly. In G. Burrows, T.R. Norman & L. Dennerstein (Red.), *Clinical and Pharmacological Studies in Psychiatric Disorders* (pp. 344-346). London: John Libbey.

228 - [Smit](#)

Smit, F., Ederveen, A., Cuijpers, P. e.a. (2006). Opportunities for cost-effective prevention of late-life depression. [Archives of General Psychiatry, 63, 290-296.](#)

229 - [Snowden](#)

Snowden, M., Sato, K., & Roy-Byrne, P. (2003). Assessment and treatment of nursing home residents with depression or behavioral symptoms associated with dementia: a review of the literature. [Journal of the American Geriatrics Society, 51, 1305-1317.](#)

230 - [Snowdon](#)

Snowdon, J., & Donnelly, N. (1986). A study of depression in nursing homes. [Journal of Psychiatric Research, 20, 327-333.](#)

231 - [Solomon](#)

Solomon, K. (1981). Personality disorders in the elderly. In J.R. Lion (Red.), *Personality disorders, diagnosis, and management* (pp.310-338). Baltimore: Williams & Wilkens.

232 - [Soon](#)

Soon, J.A., & Levine, M. (2002). Screening for depression in long-term care facilities: a randomized controlled trial of physician response. [Journal of the American Geriatrics Society, 50, 1092-1099.](#)

233 - [Spinhoven](#)

Spinhoven, Ph., Ormel, J., Sloekers, P.P.A., e.a. (1997). A validation study of the HADS in different groups of Dutch subjects. [Psychological Medicine, 27, 363-370.](#)

234 - [Stek](#)

Stek, M.L. (2004). *Depression in late life*. Proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

235 - [Steunenberg](#)

Steunenberg, B., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., e.a. (2006). Personality and the onset of depression in late life. [Journal of Affective Disorders, 92, 243-251.](#)

236 - [Streim](#)

Streim, J.E., Oslin, D.W., Katz, I.R., e.a. (2000). Drug treatment of depression in elderly nursing home residents. [American Journal of Geriatric Psychiatry, 8, 150-159.](#)

237 - [Sumaya](#)

Sumaya, I.C. (2001). Bright light treatment decreases depression in institutionalized older adults: a placebo-controlled crossover study. [Journal of Gerontology, 56, M346-360.](#)

238 - [Sunderland](#)

Sunderland, T., Cohen, R.M., Molchan, S., e a. (1994). High dose selegiline in treatment-resistant older depressive patients. [Archives of General Psychiatry, 51, 607-615.](#)

239 - [Tan](#)

Tan, R.S.H., Barlow, R.J., Abel, C., e.a. (1994). The effect of low dose lofepramine in depressed elderly patients in general medical wards. [British Journal of Clinical Pharmacology, 37, 321-324.](#)

240 - [Taragano](#)

Taragano, F.E., Allegri, R., Vicario, A., e.a. (2001). A double-blind, randomized clinical trial assessing the efficacy and safety of augmenting standard antidepressant therapy with nimodipine in the treatment of

vascular depression. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 16, 254-260.](#)

241 - Taragano

Taragano, F.E., Bagnatti, P., & Allegri, R. (2005). A double-blind, randomized clinical trial to assess the augmentation with nimodipine of antidepressant therapy in the treatment of "vascular depression". [International Psychogeriatrics, 17, 487-498.](#)

242 - Taylor

Taylor, W.D., & Doraiswamy, P.M. (2004). A systematic review of antidepressant placebo-controlled trials for geriatric depression: limitations of current data and directions for the future. [Neuropsychopharmacology, 29, 2285-2299.](#)

243 - Teri

Teri, L., Gibbons, L.E., McCurry, S.M., e.a. (2003). Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer's disease. [Journal of the American Medical Association, 290, 2015-2022.](#)

244 - Teri

Teri, L., Logsdon, R.G., Uomoto, J., e.a. (1997). Behavioral treatment of depression in dementia patients: a controlled clinical trial. [Journal of Gerontology, 52B, P159-P166.](#)

245 - Thompson

Thompson, L.W., Coon, D.D., Gallagher-Thompson, D., e.a. (2001). Comparison of desipramine and cognitive/behavioral therapy in the treatment of elderly outpatients with mild-moderate depression. [American Journal of Geriatric Psychiatry, 9, 225-240.](#)

246 - Thompson

Thompson, S., Herrmann, N., Rapoport, M., e.a. (2007). Efficacy and safety of antidepressants for treatment of depression in Alzheimer's disease; a meta-analysis. [Canadian Journal of Psychiatry, 52, 248-255.](#)

247 - Timonen

Timonen, L., Rantanen, T., Timonen, T.E., e.a. (2002). Effects of a group-based exercise program on the mood state of frail older women after discharge from hospital. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 17, 1106-1111.](#)

248 - Tol

Tol, D. van. (1985). Hulp bij zelfdoding. Amsterdam: Elsevier.

249 - Trick

Trick, L., Stanley, N., Rigney, U., e.a. (2004). A double-blind, randomized, 26 week study comparing the cognitive and psychomotor effects and efficacy of 75 mg venlafaxine and 75 mg dothiepin in elderly patients with moderate depression being treated in general practice. [Journal of Psychopharmacology, 12, 205-214.](#)

250 - Tsai

Tsai, Y.-F., Wong, T.K.S., Juang, Y.-Y., e.a. (2004). The effects of light therapy on depressed elders. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 19, 545-548.](#)

251 - Unützer

Unützer, J., Katon, W., Callahan, C.M., e.a. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting. A randomized controlled trial. [Journal of the American Medical Association, 288, 2836-2845.](#)

253 - Verhey

Verhey, F.R.J., & Visser, P.J. (2000). Phenomenology of depression in dementia. *International Psychogeriatrics*, 12(Suppl. 1), 129-134.

254 - Verkaik

Verkaik, R., Weert, J.C.M., & Francke, A.L. (2005). The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviours of people with dementia: a systematic review. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 20, 301-314.](#)

255 - Vine

Vine, R.G., & Steingart, A.B. (1994). Personality disorders in the elderly depressed. [Canadian Journal of](#)

[Psychiatry, 39, 392-398.](#)

256 - [Vinkers](#)

Vinkers, D.J., Gussekloo, J., Stek, M.L., e.a. (2004). The GDS-15 detects changes in depressive symptoms after a major negative life event. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 19, 80-84.](#)

257 - [Waarde](#)

Waarde, J. van, & Stek, M.L. (2001). Electroconvulsietherapie effectief en veilig bij 55 patiënten van 56 jaar en ouder met stemmingsstoornissen en somatische comorbiditeit. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 1693-1697.

258 - [Wallace](#)

Wallace, A.E., Kofoed, L.L., & West, A.N. (1995). Double-blind, placebo-controlled trial of methylphenidate in older, depressed, medically ill patients. [American Journal of Psychiatry, 152, 929-931.](#)

259 - [Wang](#)

Wang, P.S., Schneeweiss, S., & Brookhart, A. (2005). Suboptimal antidepressant use in the elderly. [Journal of Clinical Psychopharmacology, 25, 118-126.](#)

260 - [Whooly](#)

Whooly, M.A., Stone, B., & Soghikoan, K. (2000). Randomized trial of case-finding for depression in elderly primary care patients. [Journal of General Internal Medicine, 15, 293-300.](#)

261 - [Wilken](#)

Wilken, J.P., & Hollander, D. den. (1999). Psychosociale rehabilitatie, een integrale benadering. Amsterdam: SWP.

262 - [Wilken](#)

Wilken, J.P., Dröes, J., Weeghel, J van, e.a. (2003). Rehabilitatie; naar een gemeenschappelijk referentiekader. *Passage*, 12, 140-149.

263 - [Wilkinson](#)

Wilkinson, D., Holmes, C., Woolford, J., e.a. (2002). Prophylactic therapy with lithium in elderly patients with unipolar major depression. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 17, 619-622.](#)

264 - [Williams](#)

Williams, J.W., Barrett, J., Oxman, T., e.a. (2000). Treatment of dysthymia and minor depression in primary care. [Journal of the American Medical Association, 284, 1519-1526.](#)

265 - [Williams](#)

Williams, J.W., Barrett, J., Oxman, T., e.a. (2000). Treatment of dysthymia and minor depression in primary care. [Journal of the American Medical Association, 284, 1519-1526.](#)

266 - [Willigenburg](#)

Willigenburg, T. van. (1996). De subjectiviteit van kwaliteit van leven-beoordelen. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 5, 252-269.

267 - [Wilson](#)

Wilson, K., & Mottram, P. (2004). A comparison of side effects of selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants in older depressed patients: a meta-analysis. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 19, 754-762.](#)

268 - [Wilson](#)

Wilson, K., Mottram, P., Sivanranthan, A., e.a. (2001). Antidepressants versus placebo for the depressed elderly. [Cochrane database of systematic reviews, 1.](#)

269 - [Wilson](#)

Wilson, K.C.M., Mottram, P.G., Ashworth, L., e.a. (2003). Older community residents with depression; long term treatment with sertraline. [The British Journal of Psychiatry, 182, 492-497.](#)

270 - [Wurff](#)

Wurff, F.B. van der, Beekman, A.T.F., Comijs, H.C., e.a. (2003). Apathie: een klinische entiteit? *Tijdschrift voor*

Gerontologie en Geriatrie, 34, 146-151.

271 - Wurff

Wurff, F.B. van der, Beekman, A.T.F., Dijkshoorn, H., e.a. (2004). Prevalence and risk factors for depression in elderly Turkish and Moroccan immigrants in The Netherlands. [Journal of Affective Disorders, 83, 33-41.](#)

272 - Wurff

Wurff, F.B. van der, Stek, M.L., Hoogendijk, W.J.G., e.a. (2003). [The efficacy and safety of Electroconvulsive therapy in the depressed elderly.](#) The Cochrane Library, 2.

273 - Wurff

Wurff, F.B. van der, Stek, M.L., Hoogendijk, W.J.G., e.a. (2004). De kwaliteit van medicamenteuze behandeling van depressieve ouderen schiet tekort. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 59, 816-830.
Baldwin, R.C., Anderson, D., Black, S., e.a. (2003). Guideline for the management of late-life depression in primary care. [International Journal of Geriatric Psychiatry, 18, 829-838.](#)

274 - Yazgan

Yazgan, I.C., Greenwald, B.S., Kremen, N.J., e.a. (2004). Geriatric psychiatry versus general psychiatry inpatient treatment of the elderly. [American Journal of Psychiatry, 161, 352-355.](#)

275 - Yeatman

Yeatman, R., Bennetts, K., Allen, N., e.a. (1993). Is caring for elderly relatives with depression as stressful as caring for those with dementia? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 339-342.

276 - Yesavage

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Lum, O., e.a. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. [Journal of Psychiatric Research, 17, 37-49.](#)

277 - Ypma-Bakker

Ypma-Bakker, M.E.M., Glas, E.R., Hagens, J.H.A.M., e.a. (2002). Richtlijn Probleemgedrag. *Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde*, 1-31

278 - Zisook

Zisook, S., & Downs, N.S. (1998). Diagnosis and treatment of depression in late life. [Journal of Clinical Psychiatry 1998, 59\(Suppl. 4\), 80-91.](#)

279 - Zwaal

Zwaal, P. van der. (1993). *De middelbare leeftijd. Psychoanalytische beschouwingen.* Amsterdam: Boom.

280 - Abrams, R.C. 1994

Abrams, R.C., Rosendahl, E., Card, C., e.a. (1994). Personality disorder correlates of late and early onset depression. [Journal of the American Geriatrics Society, 42, 727-731.](#)

281 - Abraham

Abraham, I.L., Neundorfer, M.M., & Currie, L.J. (1992). Effects of group interventions on cognition and depression in nursing home residents. [Nursing Research, 41, 196-202.](#)

282 - Brodaty

Brodaty, H., Draper, B.M., Millar, J., e.a. (2003). Randomized controlled trial of different models of care for nursing home residents with dementia complicated by depression or psychosis. [Journal of Clinical Psychiatry, 64, 63-72.](#)

283 - Chao

Chao, S.Y., Liu, H.Y., Wu, C.Y., e.a. (2006). The effects of group reminiscence therapy on depression, self esteem, and life satisfaction of elderly nursing home residents. [The Journal of Nursing Research, 14, 36-45.](#)

284 - Consensus statement on improving the quality of mental health care in the U.S. nursing homes (2003)

Consensus statement on improving the quality of mental health care in the U.S. nursing homes: management of depression and behavioral symptoms associated with dementia (2003). [Journal of the American Geriatrics Society, 51, 1287-1298.](#)

285 - Cuijpers

Cuijpers, P., & Salden, M. (1996). De 'plezierige activiteiten lijst' voor ouderen. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 27, 54-61.

286 - Jones

Jones, E.D. (2003). Reminiscence therapy for older women with depression. Effects of nursing intervention classification in assisted-living long-term care. [Journal of Gerontological Nursing, 29, 26-33.](#)

287 - Lichtenberg

Lichtenberg, P.A., Kimbarow, M.L., Morris, P., e.a. (1996). Behavioral treatment of depression in predominantly african-american medical patients. Clinical Gerontology, 17, 15-33.

289 - McCurren

McCurren, C., Dowe, D., Rattle, D., e.a. (1999). Depression among nursing home elders: testing an intervention strategy. [Applied Nursing research, 12, 185-195.](#)

290 - Rosen

Rosen, J., Rogers, J.C., Marin, R.S., e.a. (1997). Control-relevant intervention in the treatment of minor and major depression in a long-term care facility. [American Journal of Geriatric Psychiatry, 5, 247-257.](#)

291 - Selth Spayd

Selth Spayd, C., & Smeyer, M.A. (1998). Psychologische interventies in verpleeghuizen. In S.H. Zarit & B.G. Knight (Red.), Ouderen en psychotherapie (pp. 249-273). Lisse: Swets en Zeitlinger.

292 - Snowden

Snowden, M., Sato, K., & Roy-Byrne, P. (2003). Assessment and treatment of nursing home residents with depression or behavioral symptoms associated with dementia: a review of the literature. [Journal of the American Geriatrics Society, 51, 1305-1317.](#)

293 - Sood

Sood, J.R., Cisek, E., Zimmerman, J., e.a. (2003). Treatment of depressive symptoms during short-term rehabilitation: an attempted replication of the DOOR project. Rehabilitation Psychology, 48, 44-49.

294 - Ypma-Bakker

Ypma-Bakker, M.E.M., Glas, E.R., Hagens, J.H.A.M., e.a. (2002). Richtlijn Probleemgedrag. Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde, 1-31

295 - Zerhusen

Zerhusen, J., Boyle, K., & Wilson, W. (1991). Out of the darkness: group cognitive therapy for depressed elders. [Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services, 29, 16-21.](#)

Bijlagen

1. Organisatiestructuur

De multidisciplinaire richtlijn Depressie Addendum Ouderen is ontwikkeld onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ.

In samenwerking met de deelnemende cliënten-/familieorganisaties en beroepsverenigingen

Federatie Verpleegkundigen in de GGZ (FVGGZ)

Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

Methodologische en organisatorische ondersteuning en begeleiding werd verzorgd door het het Trimbos-instituut. De ontwikkeling van dit addendum is gefinancierd door ZonMW (projectnummer: 13.110.0003)

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

Voorzitter

R.M.W. Smeets - Raad van Bestuur GGZ Friesland

Vice-voorzitter

Prof. dr. G. Hutschemaekers - De Gelderse Roos

Secretaris

Dr. A.L.C.M. Henkelman - Trimbos-instituut

Leden

Dr. P.M.A.J. Dingemans - Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Dr. D.P. Ravelli - Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Dr. A.N. Goudswaard - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Dr. H.H.G.M. Lendemeijer - Federatie Verpleegkunde in de GGZ (FVGGZ)

† Prof.dr. R.W. Trijsburg - Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

Agendaleden

Mw. dr. G.H.M.M. ten Horn - Voorzitter Commissie Clientenparticipatie

Dhr. drs. W.P.H. Brunenberg - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Adviseur

Ir. T.A. van Barneveld - Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO

Prof.dr. J.A. Swinkels - AMC De Meren/Trimbos-instituut

Commissie Cliëntenparticipatie

Voorzitter

Mw. dr. G.H.M.M. ten Horn

Secretaris

Mw. drs. M.T. Vink - Trimbos-instituut

Leden

Mw. M.H. van der Aar-Peulen - Stichting Labyrinth/In Perspectief

Mw. drs. A.K. Bols - Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa

Mw. drs. H. Boumans - Ypsilon

Mw. A. Faber - Stichting Labyrinth/In Perspectief

Mw. J.T.E. van Hamersveld - Angst, Dwang en Fobiestichting

Mw. drs. A. Kal - Ypsilon

Dhr. I. Keuchenius - Angst, Dwang en Fobiestichting

Dhr. Ir. B.H. Kraaijenbrink - Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa

Mw. M. Mannak-Bouman - Stichting Labyrinth/In Perspectief

Mw. M.C. Muis - Anoïksis

Mw. L. van 't Veen - Cliëntenbond in de GGZ

Dhr. M. P. Vermeulen	-	Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen
Dhr. dr. T.F. van Wel	-	Gezondheidszorgpsycholoog, medisch socioloog
Mw. L. Westerhof	-	Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen
Mw. I.R.M. Wijne	-	Landelijke Stichting Zelfbeschadiging
Mw. drs. J. Zwanikken-Leenders	-	GGZ Den Bosch
Dhr. drs. H. Zwol	-	Landelijk Steunpunt Ouders van Drugsgebruikers

De Werkgroep

Voorzitter/auteur

Dr. R.M. Kok* - psychiater Parnassia, Den Haag

Leden

Mw.prof.dr. A. M. Pot	-	klinisch psycholoog, Trimbos-instituut, Utrecht; afdeling klinische psychologie VU, Amsterdam
Dr. M. Stek	-	psychiater GGZ Buitenamstel, Amsterdam
Dhr. W. Houtjes	-	verpleegkundig specialist Adhesie, Deventer
Dr. H. van Marwijk	-	huisarts VUmc, Amsterdam
Dr. M. Smalbrugge	-	verpleeghuisarts Stichtse Warande, Zeist en VUmc, Amsterdam
Mw.drs. R. Wilting	-	klinisch psycholoog-psychotherapeut GGZ Eindhoven
Drs. M. Verkaaik	-	sociaal geriater Riagg Maastricht, Maastricht
Drs. E. Govers	-	klinisch psycholoog-psychotherapeut, Parnassia Den Haag

Adviseurs

Mw.drs. E. Fischer	-	Trimbos-instituut
Dr. L. Henkelman	-	Trimbos-instituut
Mw.dr. J. de Lange	-	Trimbos-instituut

Redactiecommissie

Dr. R.M. Kok	-	psychiater Parnassia, Den Haag
Mw.prof.dr. A. M. Pot	-	klinisch psycholoog, Trimbos-instituut, Utrecht; afdeling klinische psychologie VU, Amsterdam
Mw.drs. E. Fischer	-	Trimbos-instituut

Methodologische ondersteuning en begeleiding

Trimbos-instituut

Het Trimbos-instituut is het landelijk kennisinstituut voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke zorg.

Het Trimbos-instituut bevordert de kwaliteit van leven door het ontwikkelen en toepassen van kennis over geestelijke gezondheid, verslaving en lichamelijke ziektes die daarmee samenhangen.

**Met dank aan Altrecht GGZ die haar medewerker Dr. R.M. (Rob) Kok de gelegenheid heeft geboden om tijd vrij te maken voor het schrijven van dit addendum.*

Conflict of interest:

Dr. R.M. Kok heeft van Wyeth onderzoekssubsidie ontvangen voor een eerder project.

Disclaimer

De informatie in woord en beeld op deze website www.ggzrichtlijnen.nl wordt aangeboden als een service. Aan de op deze website aangeboden informatie en/of diensten kunnen op geen enkele wijze rechten worden ontleend. De auteurs/makers aanvaarden geen aansprakelijkheid voortvloeiende uit gebruik, onnauwkeurigheid of onvolledigheid van de geboden informatie.

Het Trimbos-instituut sluit iedere aansprakelijkheid voor de opmaak en de inhoud van deze richtlijn alsmede voor de gevolgen die de toepassing van deze richtlijn in de patiëntenzorg mocht hebben uit.

Het Trimbos-instituut stelt zich daarentegen wel open voor attentie op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze richtlijn. Hiertoe kunt u contact opnemen met via email: ggzrichtlijnen@trimbos.nl.

Bezoekersstatistieken:

Voor statistische doeleinden worden bezoekersstatistieken van deze www-pagina's bijgehouden. Informatie zoals bezoekaantallen en bezoekfrequentie worden gebruikt voor intern onderzoek en verbetering van de website. Deze informatie is echter algemeen van aard en valt niet te herleiden tot de individuele bezoeker. De identiteit van de bezoeker blijft onbekend. Deze gegevens worden niet gekoppeld aan door u verstrekte persoonsgegevens.

Bescherming persoonsgegevens:

Door abonnees verstrekte persoonsgegevens ten behoeve van abonnementen zal door de auteurs vertrouwelijk worden behandeld. Gegevens zullen niet worden verstrekt aan derden.