

Somatische en psychische problematiek bij ouderen; samenhang en zorggebruik.

Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)

Hannie Comijs,
December 2012



Inhoudsopgave

1. ACHTERGROND	5
1.1. Inleiding	5
1.2. Depressie en somatische aandoeningen	5
<i>Depressieve stoornis of klinische relevante symptomen</i>	6
1.3. Angst en somatische aandoeningen	7
1.4. Eenzaamheid en somatische aandoeningen	8
1.5. Eerder onderzoek in LASA	8
1.6. Vraagstellingen huidig onderzoek	9
2. METHODE	10
2.1 Steekproef	10
2.2. Instrumenten	10
3. RESULTATEN	12
3.1. Hoe vaak komen klinisch relevante depressie- en angstsymptomen en gevoelens van eenzaamheid voor bij ouderen in de bevolking?	12
3.2. Hoeveel chronische ziekten hebben mensen met psychische problemen?	12
3.3. Hoe vaak komen klinisch relevante depressieve- en angstsymptomen en gevoelens van eenzaamheid voor bij mensen met de meest voorkomende somatische aandoeningen?	14
3.4. Is er een samenhang tussen de somatische aandoeningen en klinisch relevante depressieve- en angstsymptomen en gevoelens van eenzaamheid bij ouderen?	17
3.5. In hoeverre maken ouderen met psychische en/of somatische aandoeningen gebruik van zorgvoorzieningen, en van welk type zorgvoorzieningen maken ze gebruik?	18
4. SAMENVATTING EN DISCUSSIE	20
5. CONCLUSIES	22
Noten	22
6. Literatuur	23

1. ACHTERGROND

1.1. Inleiding

Psychische problemen komen bij ouderen veel voor. Ongeveer 13 tot 20% van de ouderen heeft psychische problemen, zoals symptomen van depressie, angst of eenzaamheid (Beekman e.a. 1999, Metha e.a. 2003, Van Tilburg e.a. 2004). Een deel van deze mensen heeft zulke ernstige klachten dat behandeling in een gespecialiseerde setting nodig is, het gaat dan veelal om mensen met een ernstige depressie en/of angststoornis waarbij behandeling in de eerstelijns niet meer toereikend is. Somatische aandoeningen komen bij ouderen eveneens veel voor. De kans op het krijgen van een somatische aandoening neemt toe bij het ouder worden, en de aandoeningen zijn vaak chronisch van aard (bijv. Stewart e.a. 1989). Veel ouderen hebben meer dan één chronische ziekte, de zogenaamde multimorbiditeit varieert volgens een recent overzichtsartikel tussen de 55 tot 98% (Marengoni e.a. 2011). De relatie tussen somatische en psychische aandoeningen is complex. Enerzijds kunnen somatische aandoeningen leiden tot psychische problemen, anderzijds kunnen psychische problemen leiden tot somatische aandoeningen. Ook kunnen zowel de somatische als de psychische klachten het gevolg zijn van eenzelfde onderliggend lijden. Somatische en psychische problemen kunnen elkaar ook in negatieve zin beïnvloeden: de psychische problemen kunnen de reactie op de somatische problemen versterken, en ze kunnen de motivatie om iets aan de somatische aandoening te doen in negatieve zin beïnvloeden.

1.2. Depressie en somatische aandoeningen

Depressie wordt gekarakteriseerd door een sombere stemming en/of ernstig interesseverlies in de dingen waarin men voordien wel geïnteresseerd was. Bijkomende symptomen zijn het gevoel waardeloos, overbodig, of een last voor anderen te zijn, vervlakking van emoties, niks meer voelen, geen zin hebben om te eten of juist heel veel eten, slecht slapen, of juist heel veel slapen, vertraagd bewegingstempo of juist rusteloze prikkelbaarheid, vermoeidheid en futloosheid, concentratieproblemen, vergeetachtigheid en moeilijk besluiten kunnen nemen en terugkerende gedachten over de dood of zelfdoding. Ongeveer 13% van de ouderen heeft klinisch relevante depressie symptomen, ook wel subklinische depressie genoemd. Het gaat daarbij om veel symptomen van depressie zonder dat wordt voldaan aan de diagnostische criteria zoals vermeld in DSM-IV-R (zie kader). Slechts 1 tot 2% van de ouderen heeft een depressie diagnose volgens deze DSM-IV-R criteria (Beekman e.a. 1995, Beekman e.a. 1999, Meeks e.a. 2011). Depressie en somatische aandoeningen gaan bij ouderen vaak hand in hand, en hun relatie is complex (Beekman e.a. 2000; Yates e.a. 2004). Uit onderzoek is gebleken dat depressie de kans op het krijgen van somatische aandoeningen, zoals cardiovasculaire aandoeningen (Penninx e.a. 1998; Taylor e.a. 2004; Vinkers e.a. 2004; Bremmer e.a. 2006; Kendler e.a. 2009), diabetes (Pouwer e.a. 2003) en lichamelijke beperkingen (Geerlings e.a. 2000) verhoogd. De WHO (World Health Organization) beschouwt depressie dan ook als een belangrijke determinant van de gezondheid van mensen (WHO, 2008). De onderliggende oorzaak van een eventueel oorzakelijk verband is echter niet bekend. Omgekeerd is de kans op depressie groter als iemand een of meer chronische ziekten heeft, enerzijds als reactie op de ziekte, anderzijds omdat sommige aandoeningen depressie kunnen veroorzaken (Salaycik e.a. 2007; Bremmer e.a. 2008). Tot slot kan depressie een negatieve invloed hebben op de motivatie om somatische klachten te laten onderzoeken of behandelen. Slechte zelfzorg bij depressie is niet ongebruikelijk en heeft eveneens een negatieve invloed op de lichamelijke gezondheid.

Depressieve stoornis of klinische relevante symptomen

Het is bij jongere volwassenen gebruikelijk om een diagnose depressie te stellen als iemand voldoet aan de DSM-criteria. De DSM-criteria zijn echter niet altijd geschikt gebleken voor ouderen (zie ook *Multidisciplinaire richtlijnen depressie, addendum ouderen*, Trimbos Instituut 2008). Zo mag volgens de DSM-criteria een symptoom alleen als een symptoom van depressie worden beschouwd als het niet is toe te schrijven aan een somatische aandoening. Echter, het is lastig om te bepalen of een symptoom als bijvoorbeeld vermoeidheid het gevolg is van een somatische ziekte (de meeste ouderen hebben tenminste één somatische ziekte), de behandeling van een ziekte (bijwerking medicatie) of misschien aan veroudering. Hetzelfde kan gelden voor veranderingen in eetlust of slapen. Ook is het goed mogelijk dat iemand als reactie op een somatische aandoening en/of functionele beperkingen depressief wordt. Dus vooral bij somatische comorbiditeit is het toepassen van de DSM-criteria lastig en zeer discutabel. Het verdient dan ook de voorkeur om de depressie symptomen en de impact daarvan op het welzijn van de oudere goed te inventariseren, en de DSM-criteria niet te strikt te hanteren. Als de depressieve symptomen ernstig zijn en het duidelijke gevolgen heeft voor het dagelijkse functioneren en ze al langere tijd bestaan, is het goed om een behandeling te starten, ook al wordt niet helemaal aan de criteria voldaan. Tijdige herkenning van depressieve symptomen en een gepaste interventie is van belang omdat klinisch relevante depressie symptomen net als een depressieve stoornis tot functionele beperkingen en een slechte kwaliteit van leven leiden (Beekman e.a. 1997). Bovendien vergroot het de kans op conversie naar een ernstige depressieve stoornis aanzienlijk (gemiddeld Relatieve Risico van 4,4) (Cuijpers en Smit 2004).

De DSM-IV-R criteria voor een depressieve stoornis

A. Vijf (of meer) van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijzen op een verandering t.o.v. het eerdere functioneren. Tenminste één van de symptomen is ofwel (1) depressieve stemming, ofwel (2) verlies van interesse of plezier.

1. depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen (bv. voelt zich verdrietig of leeg) ofwel observatie door anderen (bv. lijkt betraand).
2. duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag (zoals blijkt uit subjectieve mededelingen of uit observatie door anderen)
3. duidelijke gewichtsvermindering zonder dat dieet gehouden wordt of gewichtstoename (bv. meer dan 5% van het lichaamsgewicht in één maand), of bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust.
4. slapeloosheid of erg veel slapen, bijna elke dag
5. psychomotorische agitatie of remming (waarneembaar door anderen, en niet alleen maar een subjectief gevoel van rusteloosheid of vertraagdheid), bijna elke dag.
6. moeheid of verlies van energie, bijna elke dag.
7. gevoelens (die waanachtig kunnen zijn) van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (niet alleen maar zelfverwijten of schuldgevoel over het ziek-zijn), bijna elke dag.
8. verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid (ofwel subjectief vermeld ofwel geobserveerd door anderen), bijna elke dag.
9. terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees dood te gaan), terugkerende suïcidegedachten zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen.

B. De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een gemengde episode (wijst op een bipolaire stoornis)

C. De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

D. De symptomen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bv. drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bv. een schildklierafwijking).

E. De symptomen zijn niet eerder toe te schrijven aan een rouwproces, d.w.z. na het verlies van een dierbaar persoon zijn de symptomen langer dan twee maanden aanwezig of zijn zij gekarakteriseerd door duidelijke functionele beperkingen, ziekelijke preoccupatie met gevoelens van waardeloosheid, suïcidegedachten, psychotische symptomen of psychomotorische remming.

1.3. Angst en somatische aandoeningen

Angststoornissen komen bij ouderen ook vaak voor. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om angst voor specifieke situaties, dieren of omstandigheden, zich begeven in openbare ruimtes zoals winkels, openbaar vervoer, of ernstig piekeren en zorgen maken over gewone dingen. De schatting is dat ongeveer 10% van de ouderen een angststoornis heeft (Flint 1994; Beekman e.a. 1998). De samenhang tussen angst en somatische aandoeningen bij ouderen is veel minder vaak onderzocht dan de samenhang tussen depressie en somatische aandoeningen. Angst en depressie komen vaak

samen voor. Ongeveer 13% van de mensen met een angststoornis heeft eveneens een depressieve stoornis en 36% van de mensen met een depressie had eveneens een angststoornis (Van Balkom e.a. 2000). Onderzoek onder andere in LASA heeft laten zien dat zowel angststoornissen als ernstige angstsymptomen (verder aangeduid als klinisch relevante angst symptomen), geassocieerd zijn met het hebben van meer functionele beperkingen en een groot aantal chronische ziekten (De Beurs e.a. 1999; Paterniti e.a. 1999; De Beurs e.a. 2001, Vink e.a. 2008; Frasure-Smith e.a. 2008). Dit onderschrijft dat het ook bij angst van belang is om bij ouderen niet alleen naar de door de DSM-IV-R gedefinieerde angststoornissen te kijken maar ook naar klinisch relevante angst symptomen.

1.4. Eenzaamheid en somatische aandoeningen

Eenzaamheid verwijst naar een ervaren gebrek aan sociale en/of emotionele verbondenheid met anderen. Het komt bij ouderen veel voor, 9 tot 10% van de ouderen voelt zich eenzaam (Victor e.a. 2005). Eenzaamheid hangt in sterke mate samen met depressie en wordt als risicofactor van depressie beschouwd (Luanaigh & Lawlor, 2008). Eenzaamheid heeft eveneens een negatieve invloed op de lichamelijke gezondheid van ouderen. Er is een samenhang gevonden met hoge bloeddruk, slecht slapen, en een verhoogde stress respons (voor overzicht zie Luanaigh & Lawlor, 2008).

1.5. Eerder onderzoek in LASA

In 2007 publiceerde het Trimbos Instituut in samenwerking met LASA deelstudie 2 van de Monitor Geestelijke gezondheidszorg Ouderen. Deze rapportage was gericht de prevalentie van psychische aandoeningen en GGZ-gebruik bij ouderen met lichamelijke aandoeningen. De conclusies staan weergegeven in onderstaand kader.

Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens van LASA uit 2001/02. Inmiddels hebben we de gegevens beschikbaar uit 2008/09. In overleg met de directie Curatieve Zorg is besloten om de samenhang tussen psychische problemen en somatische ziekten verder te onderzoeken. Daarbij zullen we naast te meest voorkomende somatische ziekten, zowel depressie, angst als eenzaamheid in het onderzoek te betrekken. Daarnaast zal het zorggebruik van mensen met en zonder psychisch problemen in kaart worden gebracht.

1. Depressie en/of angst komen bij ouderen met een lichamelijke aandoening vaker voor (22 tot 25%) dan bij ouderen zonder een lichamelijke aandoening (17,4%).
2. Ouderen hebben een groter risico op depressie of angst als ze vrouw zijn, een laag opleidingsniveau of laag inkomen hebben, alleenstaand zijn of in een stedelijk gebied wonen. Dit geldt ook voor ouderen met een lichamelijke aandoening, alleen bij ouderen met kanker lijken de sociaal demografische factoren een minder belangrijke rol te spelen.
3. Ouderen met lichamelijke aandoeningen en depressie en/of angst maken weinig gebruik van GGZ-voorzieningen. Patiënten met een Cerebro Vasculair Accident (CVA) maken het meest gebruik van GGZ-voorzieningen (15%) en diabetes-patiënten het minst (10%). De GGZ-hulp die het meest gebruikt wordt, zijn die van een psychiater en het RIAGG.
4. Minder dan 20% van de cliënten met een lichamelijke aandoening en depressie en/of angst krijgt medicatie voor deze klachten.

Bron: Monitor Geestelijke gezondheidszorg Ouderen, rapportage 2006 (Bierman e.a. 2006)

1.6. Vraagstellingen huidig onderzoek

De onderzoeksvragen luiden als volgt:

1. Hoe vaak komen klinisch relevante depressieve en angstsymptomen en gevoelens van eenzaamheid voor bij ouderen in de bevolking?
2. Hoeveel chronische ziekten hebben mensen met deze psychische problemen?
3. Hoe vaak komen klinisch relevante depressieve en angstsymptomen en gevoelens van eenzaamheid voor bij mensen met de meest voorkomende somatische aandoeningen?
4. Is er een samenhang tussen de somatische aandoeningen en klinisch relevante depressieve en angstsymptomen en gevoelens van eenzaamheid bij ouderen?
5. In hoeverre maken ouderen met psychische en/of somatische aandoeningen gebruik van zorgvoorzieningen, en van welk type zorgvoorzieningen maken ze gebruik?

2. METHODE

2.1 Steekproef

Voor het beantwoorden van deze vragen is gebruik gemaakt van gegevens van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). LASA is een multidisciplinair, longitudinaal onderzoek naar predictoren en gevolgen van veranderingen in autonomie en welbevinden in de ouder wordende bevolking (Deeg e.a. 2009, Huisman e.a. 2011). Ten behoeve van LASA is in 1992, gebruikmakend van bevolkingsregisters uit drie regio's in Nederland, een gerandomiseerde steekproef getrokken van mensen van 55 tot 85 jaar. De steekproef is gestratificeerd naar leeftijd en geslacht, waarbij mannen en de oudste ouderen oververtegenwoordigd waren, zodat ze in de loop van de studie in voldoende mate in de steekproef aanwezig zouden zijn. Aan het eerste LASA interview (T1) namen 3.107 mensen deel. Sindsdien zijn er elke drie jaar follow-up metingen gedaan; T2 (1995/1996) N=2.545, T3 (1998/1999) N=2.076 en T4 (2001/2002) N=1.691. In 2002/2003 is het LASA cohort uitgebreid met een nieuw cohort mannen en vrouwen van 55 tot 65 jaar (N=1.002). In 2005/2006 (N=1.908) en 2008/09 (1601) zijn er een follow-up meting gedaan bij zowel het oude als het nieuwe cohort. Uitval tussen de verschillende metingen is hoofdzakelijk veroorzaakt door overlijden (ongeveer 5%), en in mindere mate doordat mensen door ziekte niet in staat waren om aan het interview mee te doen (ongeveer 7%), of hun medewerking aan de studie stopzetten (ongeveer 10%). Mensen die uitvielen waren gemiddeld ouder dan de mensen die mee bleven doen, en hadden vaker cognitieve stoornissen (Huisman e.a. 2011).

In het huidige onderzoek is uitgegaan van de meest recente dataverzameling van LASA, waarvan de data momenteel beschikbaar zijn. Deze data zijn verzameld in 2008/2009 (N=1601). Van 7 mensen hebben we geen gegevens over hun lichamelijke gezondheid – daarmee komt het aantal deelnemers op 1594. Omdat we niet van iedereen alle gegevens hebben, staan de aantallen en de kenmerken van de steekproef in tabel 1 weergegeven.

2.2. Instrumenten

- *Sociaal-economische kenmerken* die in het onderzoek zijn betrokken zijn: leeftijd, sekse en opleidingsniveau (in jaren).
- *Depressiesymptomen* zijn vastgesteld met de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D; Radloff 1977, Beekman e.a. 1997). De scores zijn gedichotomiseerd, op basis van het veelgebruikte afkappunt voor klinisch relevante depressieve symptomen: ≥ 16 . Uit LASA onderzoek is gebleken dat van de mensen met een score van 16 en hoger, 13,2% een depressieve stoornis heeft (Beekman e.a. 1997).
- *Angstsymptomen* zijn gemeten met de Nederlandse versie van de Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety subscale (HADS-A; Zigmund & Snaith, 1993). Deze subschaal is eveneens een zelfrapportage vragenlijst en vraagt naar angstsymptomen in de afgelopen 4 weken. De scores zijn gedichotomiseerd, op basis van het veelgebruikte afkappunt voor klinisch relevante angstsymptomen: ≥ 8 .
- *Eenzaamheid* is gemeten met de schaal die ontwikkeld is door De Jong Gierveld & Kamphuis (1985). De scores zijn gedichotomiseerd, op basis van het afkappunt 6 of hoger.
- *Lichamelijke gezondheid* is gemeten met een gestructureerde vragenlijst, die gericht is op de meest voorkomende chronische ziekten bij ouderen, namelijk: diabetes, Cerebro Vasculair

Accident (CVA), hartziekten, hoge bloeddruk, artrose of reumatische aandoeningen, respiratoire aandoeningen en kanker (Centraal Bureau van de Statistiek 1989; Kriegsman e.a. 1996)

Tabel 1. Kenmerken van de steekproef (ongewogen)

	n	Percentage of gemiddelde (SD)
Leeftijd	1594	73,3 (8,6)
Sekse, vrouwen	1594	55,5%
Opleiding, aantal jaren	1594	10,0 (3,4)
Roken, ja/nee	1494	14,3%
Alcoholgebruik		
- geen	1488	16,6%
- licht / matig		66,2%
- fors		10,6%
Diabetes, ja/nee	1594	13,7%
Cerebro Vasculair Accident (CVA), ja/nee	1594	7,9%
Hartziekte, ja/nee	1594	28,0%
Hoge bloeddruk, ja/nee	1594	38,6%
Artrose en reumatische aandoening, ja/nee	1594	51,8%
Respiratoire aandoening, ja/nee	1594	14,1%
Kanker, ja/nee	1594	16,1%
Aantal chronische ziekten	1594	2,1 (1,4)
Ernst depressiesymptomen	1584	7,8 (7,2)
Depressie (CES-D \geq 16), ja/nee	1584	12,9%
Ernst angstsymptomen	1591	2,8 (3,1)
Angst (HADS-A \geq 8), ja/nee	1591	8,3%
Ernst eenzaamheid	1559	2,0 (1,4)
Eenzaam (ES \geq 6), ja/nee	1559	11,7%
Psychische problemen (depressie, angst en/of eenzaamheid), ja/nee	1561	22,1%

- *Alcoholgebruik* is ingedeeld volgens indelingscriteria van het Nederlands Economisch Instituut (Reinhard & Rood-Bakker, 1998) waarbij 3 categorieën worden onderscheiden, 1) Geen alcoholgebruik, 2) Matig alcoholgebruik (mannen 1-3 glazen per dag en vrouwen 1-2 glazen per dag) en 3) Overmatig alcoholgebruik (mannen meer dan 3 glazen per dag en vrouwen meer dan 2 glazen per dag).
- *Roken* is ingedeeld in wel en geen roken ten tijde van het interview.

3. RESULTATEN

3.1. Hoe vaak komen klinisch relevante depressie- en angstsymptomen en gevoelens van eenzaamheid voor bij ouderen in de bevolking?

Bij het beantwoorden van de vraag zijn de resultaten teruggewogen naar de samenstelling van de bevolking in 2008/09, zodat ze representatief zijn voor de ouderen in de Nederlandse bevolking. De resultaten staan weergegeven in tabel 2. Ongeveer 12% van de ouderen heeft klinisch relevante depressiesymptomen, ongeveer 8% heeft klinisch relevante angstsymptomen en 11% is eenzaam. Vrouwen rapporteren vaker klinisch relevante depressie en angst symptomen te hebben dan mannen. Klinisch relevante depressie- en angstsymptomen en eenzaamheid komen vaak gelijktijdig voor, het totale percentage ouderen dat psychische problemen rapporteert is 20,9%, waarvan 23,9% van de vrouwen en 17,4% van de mannen.

Tabel 2 Het percentage ouderen dat psychische problemen heeft (teruggewogen naar de samenstelling van de bevolking)

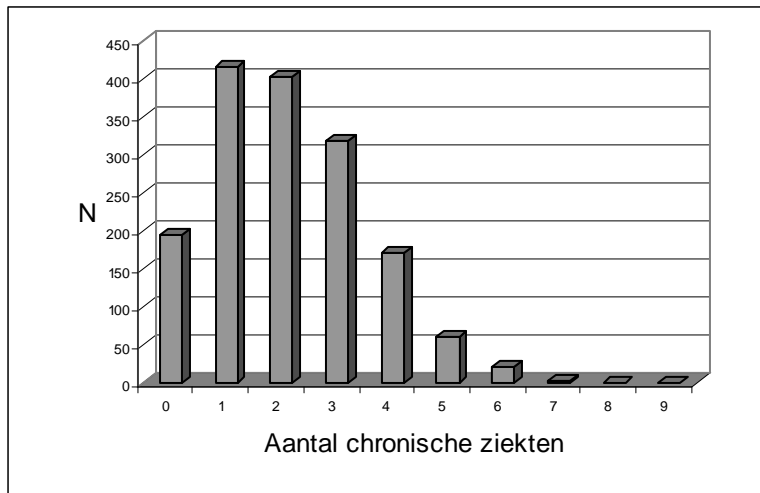
	Hele groep	Vrouwen	Mannen	Vershil tussen mannen en vrouwen
Depressie (CES-D\geq16)	12,0%	15,4%	8,4%	p < 0,001
Angst (HADS-A \geq 8)	8,3%	9,8%	6,5%	p = 0,02
Eenzaamheid (ES \geq 6)	11,0%	11,9%	9,9%	p = 0,21
Psychische problemen¹	20,9%	23,9%	17,4%	p = 0,001

¹ Mensen met depressieve, angst en/of eenzaamheidsklachten

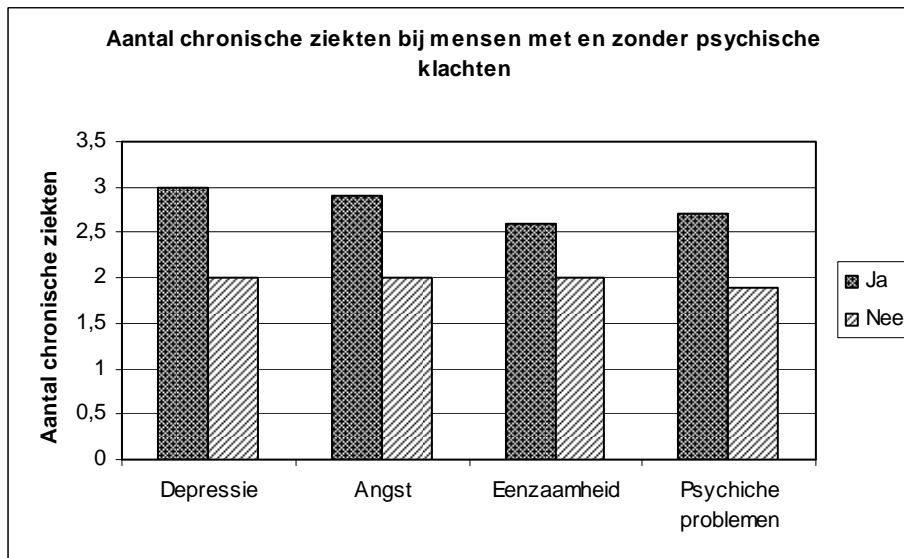
3.2. Hoeveel chronische ziekten hebben mensen met psychische problemen?

Ouderen hebben gemiddeld 2 chronische ziekten (zie figuur 1). Mensen met psychische problemen hebben meer chronische ziekten dan mensen zonder psychische problemen (p<0,001). Dit geldt zowel voor depressie, angst als eenzaamheid (zie figuur 2). Mensen met klinisch relevante depressie- of angstsymptomen hebben de meeste chronische ziekten, gemiddeld ongeveer drie per persoon.

Figuur 1 Het aantal chronische ziekten bij ouderen



Figuur 2 Het aantal chronische ziekten bij mensen met en zonder psychische problemen



Het percentage mensen met psychische problemen dat een specifieke somatische aandoening heeft staat weergegeven in tabel 3 en 4. Mensen met depressie hebben significant vaker diabetes, een CVA gehad, hartziekten, artrose of reumatische aandoeningen, respiratoire aandoeningen en kanker dan mensen zonder depressie. Bij angst zijn de verschillen iets kleiner, maar ook mensen met angst hebben vaker een CVA gehad, hartziekten, artrose of reumatische aandoeningen, respiratoire aandoeningen dan mensen zonder angst. Een vergelijkbaar resultaat zien we bij mensen die eenzaam zijn. Uit tabel 4 kan worden opgemaakt dat mensen met psychische problemen significant vaker een somatische aandoening hebben; dit geldt alleen niet voor hoge bloeddruk. Dat komt even vaak voor bij mensen met als zonder psychische problemen.

Tabel 3. Somatische aandoeningen bij mensen met klinisch relevante depressie, angst of eenzaamheid

	Depressie (CES-D \geq 16)			Angst (HADS-A \geq 8)			Eenzaamheid (ES \geq 6)		
	Ja	Nee	p	Ja	Nee	p	Ja	Nee	p
Diabetes, %	22,0	12,5	0,001	18,9	13,2	0,08	18,8	13,0	0,04
Cerebro Vasculair Accident, %	13,7	7,0	0,002	15,2	7,3	0,004	15,1	7,0	< 0,001
Hartziekten, %	44,4	25,5	< 0,001	38,6	26,9	0,005	35,5	26,8	0,02
Hoge bloeddruk, %	40,0	38,4	0,65	38,6	38,6	0,99	42,5	38,4	0,29
Artrose en reumatische aandoeningen, %	63,9	50,1	< 0,001	68,2	50,2	< 0,001	59,1	50,8	< 0,03
Respiratoire aandoeningen, %	28,3	12,0	< 0,001	27,3	12,9	< 0,001	21,5	13,2	0,004
Kanker, %	24,9	14,9	0,001	22,0	15,6	0,07	15,1	16,1	,71

Tabel 4 Somatische aandoeningen bij mensen met en zonder psychische problemen

	Psychische problemen		
	Ja	Nee	p
Diabetes, %	18,6	12,4	0,005
Cerebro Vasculair Accident, %	12,8	6,7	<0,001
Hartziekten, %	36,8	25,3	< 0,001
Hoge bloeddruk, %	39,7	38,7	0,74
Artrose en reumatische aandoeningen, %	60,9	49,3	< 0,001
Respiratoire aandoeningen, %	23,2	11,6	< 0,001
Kanker, %	20,6	14,7	0,01

3.3. Hoe vaak komen klinisch relevante depressieve- en angstsymptomen en gevoelens van eenzaamheid voor bij mensen met de meest voorkomende somatische aandoeningen?

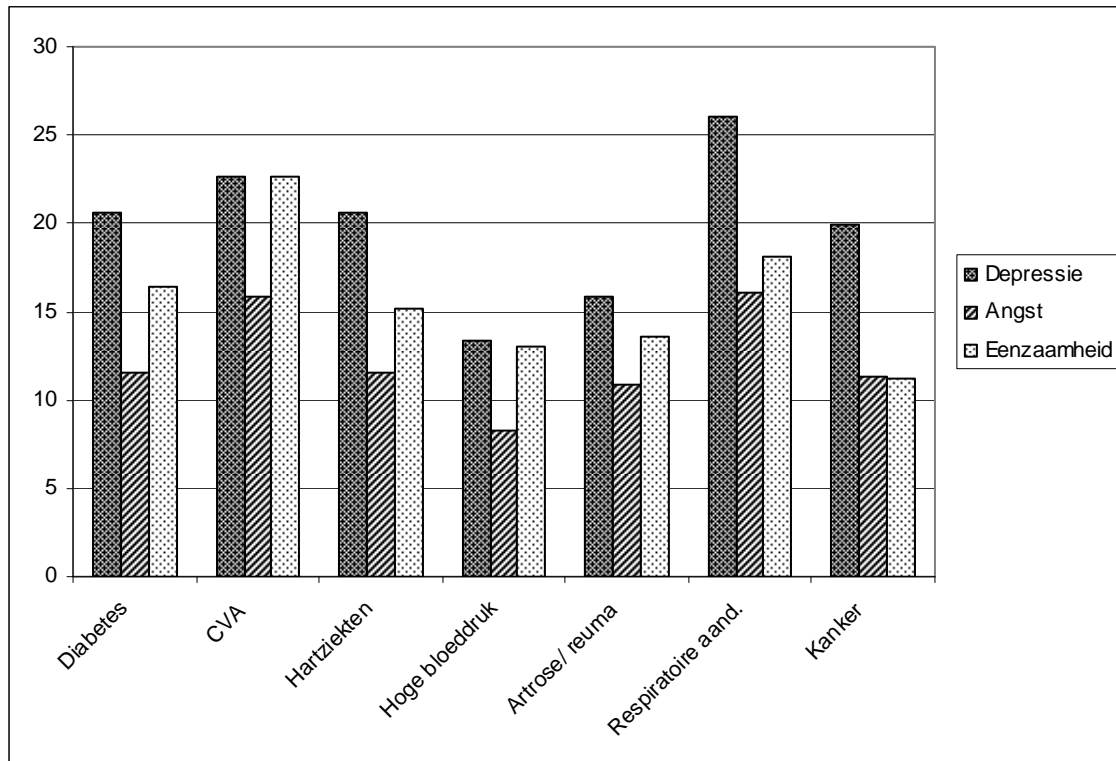
In figuur 3 staat het percentage mensen met depressie, angst of eenzaamheid per somatische aandoening weergegeven. Depressie lijkt het vaakst voor te komen bij mensen met respiratoire aandoeningen (26%), maar komt ook vaak voor bij mensen met een CVA (22,6%), hartziekten (20,6%) en diabetes (20,6%). Mensen met een CVA rapporteren het meest frequent eenzaamheid (22,6%), gevolgd door respiratoire aandoeningen (18,1%) en diabetes (16,4%). Angst komt het minst vaak voor bij mensen met een somatische aandoening, en zien we het meest frequent bij mensen met een CVA (15,9%) en mensen met respiratoire aandoeningen (16,1%).

In figuur 4 staat het percentage mensen met psychische problemen per somatische aandoening. Ook hier uit blijkt dat 22% tot 36% van de mensen met een somatische aandoening psychische problemen heeft, en dat dit het minst vaak voorkomt bij mensen met een hoge bloeddruk en het meest frequent bij mensen met mensen met respiratoire aandoeningen (36,2%) en mensen met een CVA (35,2%).

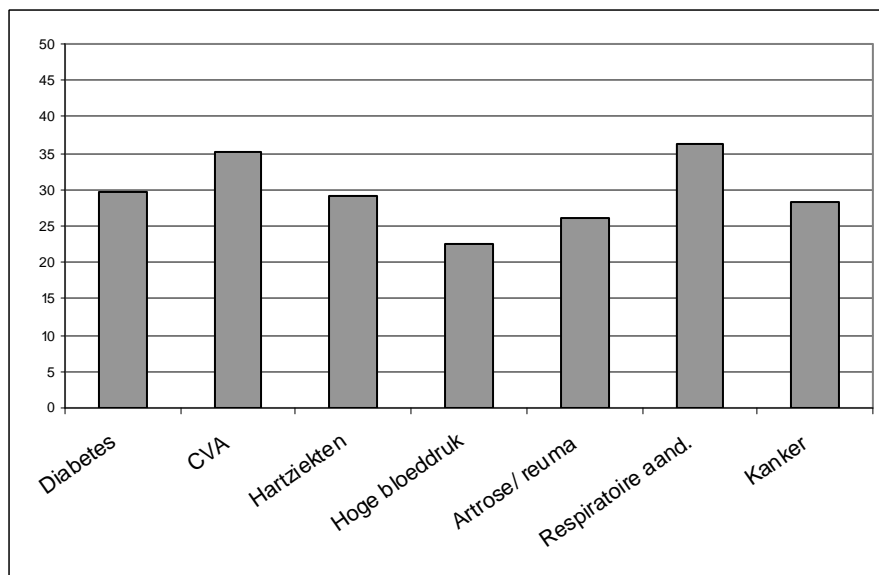
Casus, Mevrouw T

Mw T is 82 jaar, weduwe, heeft geen kinderen en heeft altijd een actief leven geleid. Ze heeft geen psychiatrische problemen gedurende haar leven gehad. Op haar 80^{ste} krijgt ze steeds meer pijn in haar gewrichten. Er wordt geconstateerd dat ze ernstige artrose heeft, waar helaas weinig aan te doen is. Om de pijn te bestrijden krijgt ze pijnstillers. Ze heeft steeds meer moeite met lopen, is een paar keer gevallen en durft uiteindelijk niet meer zonder hulp te lopen. Ze woont in een serviceflat, waar ze voldoende hulp kan krijgen, maar doordat ze zichzelf niet meer zelfstandig durft te verplaatsen, komt ze de deur bijna niet meer uit. Ze krijgt af en toe bezoek van vrienden en familieleden. Deze merken op dat ze steeds minder belangstelling toont voor hen en de wereld om hen heen. Ze oogt somber en geeft aan zo niet verder te willen leven. Er wordt een eerstelijns psycholoog ingeschakeld die constateert dat ze depressief is, en daarnaast erg bang is om te vallen. Na een kortdurende behandeling en de aanschaf van een scootmobiel verbetert de stemming, en trekt mw er weer op uit. Echter een jaar later is de pijn zoveel toegenomen dat ze morfine pleisters krijgt – daardoor wordt de pijn dragelijk, maar vervlakt haar stemming en wordt ze weer passiever. Omdat de huisarts dit als een bijwerking van de morfine beschouwt, schakelt hij dit keer niet opnieuw de psycholoog in. Mw komt vrijwel niet mee van haar kamer af en vereenzaamt meer en meer. Familie en vrienden bezoeken haar steeds minder frequent, omdat ze niet meer de gezellige vrouw is die ze altijd hebben gekend.

Figuur 3. Het percentage mensen met klinisch relevante depressie- en angstsymptomen of eenzaamheidsklachten per somatische aandoening



Figuur 4. Het percentage mensen met psychische problemen per somatische aandoening



3.4. Is er een samenhang tussen de somatische aandoeningen en klinisch relevante depressieve- en angstsymptomen en gevoelens van eenzaamheid bij ouderen?

De samenhang tussen somatische aandoeningen en psychische problemen staat weergegeven in tabel 5¹. Uit de tabel kan worden opgemaakt dat mensen met diabetes 73% meer kans hebben op depressie dan mensen zonder diabetes. Er wordt geen significant verband gevonden tussen diabetes en angst of eenzaamheid. Mensen met een CVA hebben ruim 2 keer zoveel kans om angstig of eenzaam te zijn. Mensen met een hartziekte hebben ruim twee keer zoveel kans op depressie en angst. Mensen met artrose of reumatische aandoeningen hebben bijna 50% meer kans op depressie en ruim twee keer zo grote kans op angst. Mensen met respiratoire aandoeningen hebben ruim 2,5 keer zo grote kans op depressie en angst, en 60% vaker kans op eenzaamheid dan mensen zonder respiratoire aandoeningen. Mensen met kanker hebben ruim 80% vaker kans op depressie.

Tabel 5. De samenhang tussen depressie, angst en eenzaamheid en de somatische aandoeningen

	Depressie (CES-D _{≥16})		Angst (HADS-A _{≥ 8})		Eenzaamheid (ES _{≥ 6})	
	OR	95%BI	OR	95%BI	OR	95%BI
Diabetes						
- univariaat	1,96	1,36 – 2,83	1,53	0,97 – 2,43	1,56	1,04 – 2,32
- multivariaat ¹	1,73	1,15 – 2,60	1,35	0,81 – 2,25	1,26	0,81 – 1,97
Cerebro Vasculair Accident						
- univariaat	2,11	1,35 – 3,31	2,28	1,36 – 3,82	2,36	1,50 – 3,71
- multivariaat ¹	1,64	0,98 – 2,73	2,26	1,25 – 4,06	1,74	1,05 – 2,88
Hartziekten						
- univariaat	2,34	1,73 – 3,16	1,71	1,18 – 2,47	1,50	1,08 – 2,08
- multivariaat ¹	2,31	1,65 – 3,25	2,04	1,35 – 3,09	1,24	0,87 – 1,78
Hoge bloeddruk						
- univariaat	1,07	0,79 – 1,45	1,00	0,70 – 1,45	1,19	0,87 – 1,62
- multivariaat ¹	0,97	0,70 – 1,35	0,95	0,64 – 1,41	1,11	0,79 – 1,55
Artrose en reumatische aandoeningen						
- univariaat	1,76	1,30 – 2,39	2,12	1,45 – 3,11	1,40	1,03 – 1,92
- multivariaat ¹	1,47	1,04 – 2,07	2,32	1,51 – 3,57	1,31	0,93 – 1,86
Respiratoire aandoeningen						
- univariaat	2,90	2,06 – 4,10	2,54	1,68 – 3,83	1,80	1,23 – 2,65
- multivariaat ¹	2,76	1,90 – 4,01	2,50	1,60 – 3,89	1,60	1,06 – 2,42
Kanker						
- univariaat	1,90	1,34 – 2,69	1,53	0,99 – 2,36	0,92	0,60 – 1,42
- multivariaat ¹	1,83	1,25 – 2,68	1,50	0,93 – 2,40	0,93	0,59 – 1,45

¹ Multivariate analyses zijn aangepast voor leeftijd, sekse, opleidingsniveau, roken en alcoholgebruik
Dik gedrukte getallen zijn significant

3.5. In hoeverre maken ouderen met psychische en/of somatische aandoeningen gebruik van zorgvoorzieningen, en van welk type zorgvoorzieningen maken ze gebruik?

Ouderen met psychische problemen bezoeken vaker de huisarts, en maken vaker gebruik van medische specialistische en psychiatrische hulpverleners (zie tabel 6). Weinig mensen krijgen gespecialiseerde hulp voor hun psychische problemen, slechts 8,4% van de mensen krijgt hulp van een psychiater, geestelijke gezondheidszorg (1^{ste} of 2^{de} lijn) of sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

Tabel 6 Zorggebruik (in 6 maanden voor het interview) van mensen met en zonder psychische problemen

	Geen psychische problemen	Psychische problemen	p
Huisarts	76%	85,5%	< 0,001
Medisch specialist of opname in ziekenhuis	50%	63,8%	< 0,001
Psychiater, geestelijke gezondheidszorg (1 ^{ste} of 2 ^{de} lijn) of sociaal psychiatrisch verpleegkundige	1,6%	8,4%	< 0,001

De ouderen in onze onderzoeksgroep hebben gemiddeld 2 chronische ziekten, daarom hebben we de groep ingedeeld in twee groepen: 2 of minder en meer dan 2 chronische ziekten. De gedetailleerde beschrijving van het zorggebruik staat weergegeven in tabel 6. Het zorggebruik in het half jaar voor het interview is het hoogst onder mensen met meer dan 2 chronische ziekten en psychische problemen, gevolgd door mensen met meer dan 2 chronische ziekten zonder psychische problemen.

Tabel 7 Zorggebruik (in 6 maanden voor het interview) van ouderen met psychische en/of somatische aandoeningen

	Geen psychische problemen		Psychische problemen	
	≤ 2 chronische ziekten (N=826)	>2 chronische ziekten (N=390)	≤ 2 chronische ziekten (N=167)	>2 chronische ziekten (N=178)
Huisarts	570 (69%)	354 (90,8%)	136 (81,4%)	159 (89,3%)
Medisch specialist	339 (41%)	265 (67,9%)	79 (47,3%)	138 (77,5%)
Opname in ziekenhuis	61 (7,4%)	55 (14,1%)	26 (15,6%)	43 (24,2%)
Psychiater	4 (0,5%)	11 (2,8%)	-	14 (7,9%)
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige	1 (0,1%)	-	4 (2,4%)	3 (1,7%)

Vervolg Tabel 6

	Geen psychische problemen		Psychische problemen	
	≤ 2 chronische ziekten (N=826)	>2 chronische ziekten (N=390)	≤ 2 chronische ziekten (N=167)	>2 chronische ziekten (N=178)
Geestelijke gezondheidszorg (1^{ste} of 2^{de} lijn)	1 (0,1)	4 (1,0%)	5 (3,0%)	11 (6,2%)
Opname Psychiatrisch ziekenhuis	-	-	-	-
Fysiotherapeut	140 (16,9%)	116 (29,7%)	45 (26,9%)	70 (39,3%)
Verpleegkundige (wijk / thuiszorg)	9 (1,1%)	24 (6,2%)	7 (4,2%)	16 (9,0%)
Huishoudelijke hulp	37 (4,5%)	66 (16,9%)	28 (16,8%)	43 (24,2%)
Sociaal werker	5 (0,6%)	5 (1,3%)	5 (3,0%)	7 (3,9%)
Ouderen adviseur	15 (1,8%)	12 (3,1%)	6 (3,6%)	7 (3,9%)
Telefonische hulplijn	2 (0,2%)	4 (1,0%)	4 (2,4%)	4 (2,2%)
Telefoon cirkel	1 (0,1%)	2 (0,5%)	2 (1,2%)	-
Tafeltje Dekje	20 (2,4%)	20 (5,1%)	11 (6,6%)	16 (9,0%)
Open tafel	10 (1,2%)	3 (0,8%)	8 (4,8%)	3 (1,7%)
Vervoer	25 (3,0%)	35 (9,0%)	13 (7,8%)	25 (14,0%)
Revalidatiecentrum	3 (0,4%)	13 (3,3%)	2 (1,2%)	8 (4,5%)
Indicatie commissie	3 (0,4%)	4 (1,0%)	3 (1,8%)	2 (1,1%)
Alternatieve geneeskunde	16 (1,9%)	16 (4,1%)	2 (1,2%)	7 (3,9%)
Verzorgingshuis				
- tijdelijke opname	1 (0,1%)	1 (0,3%)	1 (0,6%)	1 (0,6%)
- maaltijd	3 (0,4%)	2 (0,5%)	3 (1,8%)	6 (3,4%)
- overnachting	-	-	2 (1,2%)	-
- dagbehandeling	-	-	1 (0,6%)	1 (0,6%)
- recreatief	3 (0,4%)	3 (0,8%)	3 (1,8%)	3 (1,7%)
Verpleeghuis				
- opname	-	-	2 (1,2%)	2 (1,1%)
- observatie	-	-	-	-
- overnachting	1 (0,1%)	1 (0,3%)	1 (0,6%)	1 (0,6%)
- dagbehandeling	-	1 (0,3%)	2 (1,2%)	1 (0,6%)

4. SAMENVATTING EN DISCUSSIE

Samengevat laat ons onderzoek zien dat ongeveer 12% van de ouderen klinisch relevante depressie symptomen heeft, ongeveer 8% heeft klinisch relevante angstsymptomen en 11% is eenzaam. Het totale percentage ouderen dat psychische problemen rapporteert is 20,9%, waarvan meer vrouwen (23,9%) dan mannen (17,4%). Mensen met psychische problemen hebben meer chronische ziekten dan mensen zonder psychische problemen en 22% tot 36% van de mensen met een somatische aandoening heeft eveneens psychische problemen. Alle onderscheiden chronische ziekten, behalve hoge bloeddruk, hangen samen met depressie en/ of angst en in mindere mate met eenzaamheid. We kunnen op grond van onze onderzoeksgegevens niet bepalen wat de oorzaak van het verband tussen somatische aandoeningen en psychische problemen is. Er zijn meerdere verklaringen mogelijk. Van een aantal ziektes weten we dat de ziekte zelf de oorzaak is van de psychische problemen. Specifieke schade in de hersenen ten gevolge van bijvoorbeeld een CVA of de ziekte van Parkinson kan leiden tot biologische veranderingen die tot depressiesymptomen kunnen leiden. Daarnaast kan een ziekte erg ingrijpend zijn door de gevolgen die het heeft, bijvoorbeeld, ernstige functionele beperkingen of de wetenschap binnen afzienbare tijd te overlijden. Dat vereist van mensen een groot aanpassingsvermogen. Sommige mensen zijn daar niet zo goed toe in staat en worden in reactie daarop depressief of angstig. De beperkingen ten gevolge van een ziekte kunnen ook leiden tot een sociaal isolement zoals in de beschreven casus. Er zijn ook aanwijzingen dat depressie de prognose van een ziekte kan beïnvloeden, deels door slechte leefstijl gewoontes of een gebrek aan motivatie om goed mee te werken aan de behandeling, maar mogelijk ook doordat de psychische problemen zorgen voor biologische veranderingen die de ziekte nadelig beïnvloeden.

Het zorggebruik in het half jaar voor het interview is het hoogst onder mensen met 3 of meer chronische ziekten en psychische problemen. Weinig mensen krijgen gespecialiseerde hulp (in eerste of tweedelij) voor hun psychische problemen. De meeste mensen bezoeken wel hun huisarts, maar we weten niet hoe vaak ze er geweest zijn en wat de reden van het bezoek aan de huisarts is geweest. Slechts 8,4% van de mensen krijgt gespecialiseerde psychiatrische of psychologische hulp. Dit zou er op kunnen wijzen dat ouderen worden onderbehandeld voor hun psychische problemen, terwijl psychische problemen bij ouderen vaak goed behandelbaar zijn. Er zijn meerdere beproefde behandelingen, zoals op oplossing gerichte therapie en de life-review methode. Dit zijn kortdurende behandelingen die goed in de eerste lijn, en dus dicht bij de ouderen kunnen plaatsvinden. Bij het voorkomen van sociaal isolement en eenzaamheid is een belangrijke rol weggelegd voor lokaal sociaal beleid. Vanwege de comorbiditeit met andere psychische problemen zoals depressie, ligt er echter ook een taak voor professionele hulpverleners uit de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg. De behandeling van depressie en angst, en maatregelen om mensen uit hun sociale isolement te halen en gevoelens van eenzaamheid weg te nemen zouden hand in hand moeten gaan.

Onderbehandeling van psychische problemen heeft diverse oorzaken. Ouderen zoeken vaak zelf geen hulp voor hun psychische problemen, en ze rapporteren hun psychische problemen niet altijd duidelijk. Vaak noemen ze de lichamelijke verschijnselen die met depressie of angst gepaard kunnen gaan, zoals pijn en vermoeidheid, of ze zeggen dat ze nergens meer zin in hebben. Dit kan door artsen makkelijk worden geduid als een somatische klacht, waardoor een depressie of angst

niet wordt herkend. Door herkenning en adequate behandeling van depressie- en angstsymptomen bij kwetsbare ouderen kan hun kwaliteit van leven aanzienlijk worden verbeterd.

We hebben in dit rapport onderzoek gedaan naar klinische relevante depressie- en angstsymptomen, en niet naar 'harde diagnoses' volgens DSM criteria. We hebben dit gedaan omdat de DSM-criteria op ouderen soms slecht toe te passen zijn. Klinische relevante depressie- en angstsymptomen duiden erop dat mensen ernstige psychische problemen hebben waar aandacht aan besteed moet worden. Dat kan alleen als het door de hulpverleners wordt herkend en systematisch wordt uitgevraagd. Afhankelijk van de ernst en de consequenties van de depressie- en angstsymptomen kan dan worden besloten tot nauwkeurig volgen van het beloop van de klachten (watchful waiting), geïndiceerde preventie of behandeling in de eerste of tweede lijn (zie *Multidisciplinaire richtlijnen depressie, addendum ouderen*, Trimbos Instituut 2008 en *Multidisciplinaire richtlijnen angststoornissen, addendum ouderen*, Trimbos Instituut 2008).

In dit rapport is gebruik gemaakt van gegevens van een grote groep ouderen. Hoewel de steekproef met grote zorgvuldigheid is samengesteld en de kwaliteit van de dataverzameling goed wordt bewaakt, zijn er toch altijd een aantal beperkingen die de onderzoeksresultaten mogelijk hebben beïnvloed. Kenmerkend voor studies als LASA is echter dat de mensen met de slechtste psychische en/of lichamelijke gezondheid niet aan onderzoek mee willen of kunnen doen, wat kan leiden tot een onderschatting van de verbanden. Aan de andere kant kan er ook sprake zijn van een overschatting doordat vooral depressieve mensen mogelijk meer gezondheidsklachten en dus lichamelijke ziekten rapporteren ten gevolge van hun depressieve stemming. Een andere beperking betreft de manier waarop we de somatische aandoeningen, psychische problemen en het zorggebruik hebben gemeten. Alle gegevens zijn gebaseerd op zelfrapportage, en zijn dus niet objectief vastgesteld. Tot slot, in de LASA steekproef ontbreken de allochtone ouderen. De resultaten zijn dus alleen generaliseerbaar naar de groep autochtone ouderen.

5. CONCLUSIES

- 20,9% van de ouderen heeft psychische problemen.
- Vrouwen (23,9%) rapporteren meer psychische problemen dan mannen (17,4%).
- Mensen met psychische problemen hebben meer chronische ziekten dan mensen zonder psychische problemen en 22% tot 36% van de mensen met een somatische aandoening heeft eveneens psychische problemen.
- 8,4% van de ouderen met psychische problemen heeft gespecialiseerde (psychiatrische of psychologische) hulp voor hun problemen

Noten

¹De samenhang tussen somatische aandoeningen en psychische problemen is onderzocht met logistische regressie analyse. Daarbij is eerst het verband univariaat onderzocht, vervolgens is er gecorrigeerd voor leeftijd, sekse, opleiding, alcoholgebruik en roken (multivariate analyses).

6. Literatuur

- Beekman AT, Deeg DJ, van Tilburg T, Smit JH, Hooijer C, van Tilburg W. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *J Affect Disord.* 1995, 24;36(1-2):65-75.
- Beekman AT, Deeg DJ, Van Limbeek J, Braam AW, De Vries MZ, Van Tilburg W. Criterion validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D): results from a community-based sample of older subjects in The Netherlands. *Psychol Med.* 1997, 27(1):231-5.
- Beekman AT, Bremmer MA, Deeg DJ, van Balkom AJ, Smit JH, de Beurs E, van Dyck R, van Tilburg W. Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1998,13(10):717-26.
- Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry.* 1999,174:307-11.
- Beekman AT, de Beurs E, van Balkom AJ, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W. Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry.* 2000,157(1):89-95.
- Beekman AT, Penninx BW, Deeg DJ, de Beurs E, Geerling SW, van Tilburg W. The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;105(1):20-7.
- Bierman E, Comijs H, Depla M, Ten Have M, Pot AM. Psychische problemen en GGZ-gebruik bij ouderen met lichamelijke aandoeningen. Deelstudie 2 van de Monitor Geestelijke gezondheidszorg Oudern (MGO). LASA/Trimbos Instituut, Amsterdam/Utrecht, 2007.
- Bremmer MA, Hoogendijk WJ, Deeg DJ, Schoevers RA, Schalk BW, Beekman AT. Depression in older age is a risk factor for first ischemic cardiac events. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006, 14(6):523-30.
- Bremmer MA, Beekman AT, Deeg DJ, Penninx BW, Dik MG, Hack CE, Hoogendijk WJ. Inflammatory markers in late-life depression: results from a population-based study. *J Affect Disord.* 2008, 106(3):249-55.
- Central Bureau van de Statistiek. Health Interview Questionnaire. Den Haag: CBS, 1989
- Cuijpers P, Smit F. Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2004, 109(5):325-31.
- De Beurs E, Beekman AT, van Balkom AJ, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W. Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychol Med.* 1999, 29(3):583-93.

- De Beurs E, Beekman A, Geerlings S, Deeg D, Van Dyck R, Van Tilburg W. On becoming depressed or anxious in late life: similar vulnerability factors but different effects of stressful life events. *Br J Psychiatry*. 2001, 179:426-31.
- Deeg DJ, Comijs HC, Thomése GC, Visser M. De Longitudinal Aging Study Amsterdam: een overzicht van 17 jaar onderzoek naar veranderingen in dagelijks functioneren. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2009, 40(6):217-27.
- De Jong-Gierveld J & Kamphuis FH. The development of a Rasch-type loneliness-scale. *Applied Psychological Measurement*. 1985; 9, 289-299.
- Flint AJ. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *Am J Psychiatry*. 1994, 151(5):640-9.
- Frasure-Smith N, Lespérance F. Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. *Arch Gen Psychiatry*. 2008, 65(1):62-71.
- Geerlings SW, Beekman AT, Deeg DJ, Van Tilburg W. Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychol Med*. 2000, 30(2):369-80.
- Huisman M, Poppelaars J, van der Horst M, Beekman AT, Brug J, van Tilburg TG, Deeg DJ. Cohort profile: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Epidemiol*. 2011, 40(4):868-76.
- Kendler KS, Gardner CO, Fiske A, Gatz M. Major depression and coronary artery disease in the Swedish twin registry: phenotypic, genetic, and environmental sources of comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*. 2009, 66(8):857-63.
- Kriegsman DMW, Penninx BWJH, van Eijk J, Boeke AJP, Deeg DJH. Self-reports and general practitioner information on the presence of chronic diseases in community dwelling elderly. A study on the accuracy of patients' self-reports and on determinations of inaccuracy. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1996, 49, 1407-1417.
- Lunaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008, 23(12):1213-21.
- Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, Meinow B, Fratiglioni L. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011 Sep;10(4):430-9.
- Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste DV. A tune in "a minor" can "b major": a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *J Affect Disord*. 2011, 129(1-3):126-42.

- Mehta KM, Simonsick EM, Penninx BW, Schulz R, Rubin SM, Satterfield S, Yaffe K. Prevalence and correlates of anxiety symptoms in well-functioning older adults: findings from the health aging and body composition study. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(4):499-504.
- Paterniti S, Alperovitch A, Ducimetière P, Dealberto MJ, Lépine JP, Bisslerbe JC. Anxiety but not depression is associated with elevated blood pressure in a community group of French elderly. *Psychosom Med.* 1999 Jan-Feb;61(1):77-83.
- Penninx BW, Guralnik JM, Mendes de Leon CF, Pahor M, Visser M, Corti MC, Wallace RB. Cardiovascular events and mortality in newly and chronically depressed persons > 70 years of age. *Am J Cardiol.* 1998, 15;81(8):988-94.
- Pouwer F, Beekman AT, Nijpels G, Dekker JM, Snoek FJ, Kostense PJ, Heine RJ, Deeg DJ. Rates and risks for co-morbid depression in patients with Type 2 diabetes mellitus: results from a community-based study. *Diabetologia.* 2003, 46(7):892-8.
- Radloff L. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measurement.* 1977; 3:385-401.
- Reinhard OPM, Rood-Bakker DS. Alcoholgebruik in beeld. Standaardmeetlat. Nederlands Economisch Instituut, Rotterdam, 1998.
- Salaycik KJ, Kelly-Hayes M, Beiser A, Nguyen AH, Brady SM, Kase CS, Wolf PA. Depressive symptoms and risk of stroke: the Framingham Study. *Stroke.* 2007, 38(1):16-21.
- Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, Wells K, Rogers WH, Berry SD, McGlynn EA, Ware JE Jr. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA.* 1989; 18;262(7):907-13.
- Taylor WD, McQuoid DR, Krishnan KR. Medical comorbidity in late-life depression. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2004, 19(10):935-43.
- Trimbos Instituut. *Multidisciplinaire richtlijnen depressie, addendum ouderen.* Utrecht, 2008.
- Trimbos Instituut. *Multidisciplinaire richtlijnen angststoornissen, addendum ouderen.* Utrecht, 2008.
- Van Tilburg TG, Havens B, de Jong Gierveld J. Loneliness among older adults in the Netherlands, Italy and Canada: A multifaceted comparison. *Canadian Journal on Aging,* 2004; 23, 169-180.
- Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *J Affect Disord.* 2008, 106(1-2):29-44.

Vinkers DJ, Stek ML, Gussekloo J, Van Der Mast RC, Westendorp RG. Does depression in old age increase only cardiovascular mortality? The Leiden 85-plus Study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004, 19(9):852-7.

World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008.

Yates WR, Mitchell J, Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Warden D, Hauger RB, Fava M, Gaynes BN, Husain MM, Bryan C. Clinical features of depressed outpatients with and without co-occurring general medical conditions in STAR*D. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004, 26(6):421-9.

Zigmond AS & Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 67:361-70.