

Problemen met de instroom van cliënten

Thema: Diagnostiek en behandeling van depressie bij ouderen

Jacomine de Lange, Tineke Sporrel, Marjolein Veerbeek
oktober 2007

Weinig tot geen instroom

Binnen Doorbraak Depressie 2 hebben zes teams gekozen voor doel 8: Bij 90% van de ouderen met hoog risico op depressieve klachten vindt casefinding plaats.

De teams kampen allen met hetzelfde probleem: te weinig instroom van ouderen in het project.

Acties die ondernomen zijn, zijn de volgende:

- kaartje gemaakt met risicofactoren voor op het bureau van de huisarts
- GDS gegeven aan ouderen vanaf 65 met een of meer risicofactoren die op het spreekuur kwamen
- Leeftijd verlaagt naar 60+
- Personeel in verzorgingshuizen getraind in het afnemen van de Niet plus-index

Dit alles leidt nog niet tot instroom van ouderen met depressieve klachten. Dit stuk is bedoeld als hulpmiddel bij de analyse van dit probleem en geeft suggesties voor oplossingen.

Bij het thema Diagnostiek en behandeling van ouderen gaan wij uit van het addendum Ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn depressie (Kok, 2007).

Analyse van te weinig instroom van ouderen met depressieve klachten

Aan de hand van de volgende factoren kan je een analyse maken van het gebrek aan instroom van ouderen met depressie in je project (op basis van o.a. Anderson, et al. 2001, Burroughs et al., 2006; Fischer et al. 2003, Lawrence et al., 2006, Murray et al., 2006; Sarkisan et al., 2003; Scogin en Sha, 2006)).

Ga na wat bij jullie team van toepassing zou kunnen zijn.

Ouderen praten er zelf niet over

- De huidige generatie ouderen brengt klachten over stemming niet zo snel spontaan naar voren en schaamt zich ervoor om iets te vertellen over depressieve gevoelens. Ze zien het toegeven van depressieve gevoelens als een zwaktebod.
- Ouderen zien depressieve gevoelens als iets dat bij het ouder worden hoort en waarvoor je niet naar een professionele hulpverlener gaat. (en willen daarbij hulp van hun kinderen).
- Ouderen brengen depressie niet ter sprake bij de huisarts, omdat ze hun problemen niet als iets medisch zien dat ze met de dokter moeten bespreken en ze hun moeilijkheden niet ernstig genoeg vinden om met de huisarts te bespreken. ('Hij heeft het al druk genoeg') Ze hebben niet echt het idee dat de huisarts iets voor hen kan betekenen. Of ze denken dat de huisarts te jong is om verstand van problemen van ouderen te hebben.
- De hulpvraag van de oudere met depressieve klachten richt zich in eerste instantie vaak op de erbij voorkomende lichamelijke verschijnselen, zoals moeheid, eetlust- en gewichtsverlies en slapeeloosheid. 'Ik ben zo moe, ik heb helemaal geen energie'. Spierpijn, duizeligheid.
- Ouderen zijn bang om doorverwezen te worden naar de tweedelijns GGz of voor medicatie.

Geen goede diagnose

- Doordat ouderen met depressieve klachten vaak met lichamelijke klachten bij de huisarts komen en dit indicatoren kunnen zijn voor een ernstige ziekte (iets waarop bij ouderen een groter kans bestaat dan bij jongeren), kiest de huisarts vaak voor nader lichamelijk onderzoek. Wanneer dit niets oplevert blijft het vaak bij geruststelling en wordt niet gedacht aan een stemmingsstoornis.

- Concentratiestoornissen bij ouderen met depressieve klachten worden geïnterpreteerd als geheugenstoornissen en het hulpaanbod richt zich daarop.
- De huisarts ziet, net als de oudere zelf, een depressie als iets dat past bij de leeftijd of de omstandigheden. Zij vinden de depressieve klachten begrijpelijk gezien de levensomstandigheden van de ouderen. Ze zien depressie als een onderdeel van het spectrum eenzaamheid, gebrek aan sociaal netwerk en toenemende functiebeperkingen. Huisartsen zijn bang om 'gewone ouderdomsklachten' of eenzaamheid te medicaliseren en er een depressie van te maken.
- Het ontbreekt de huisarts aan diagnostische vaardigheden en hij of zij heeft een matig begrip van het concept depressieve stoornis om het te herkennen bij ouderen.
- De huisarts stelt te directe en te confronterende vragen waardoor de ouderen afgeschrikt worden en ontkennend antwoorden.

Huisarts stipt het probleem onvoldoende aan

- Als de huisarts een depressie vermoedt, vindt hij of zij het moeilijk deze diagnose aan de oudere te 'verkopen'. Je kunt een oudere niet zomaar vragen of hij depressief is. Zij zullen ontkennend antwoorden omdat ze depressieve klachten als zwakte zien.
- Huisartsen blijken bij jongere volwassenen meer geneigd te zijn om het expliciet over een depressie te hebben, dan bij ouderen. Ook geven ze vaker geschreven informatie over depressie aan jongere volwassenen dan aan ouderen
- Huisarts heeft te weinig tijd om naar de achtergrond van de klachten te vragen; ouderen zijn vaak wijdlopig in hun antwoorden
- De huisartsen diagnosticeert uit zorg voor de reactie van patiënten en uit angst om te stigmatiseren geen depressie bij ouderen
- Er zijn in de eerstelijns niet voldoende behandelmogelijkheden aanwezig.

Te weinig ouderen in de praktijk voor voldoende instroom van depressieve ouderen
De omvang van de praktijk is te klein of er zijn te weinig ouderen in de praktijk.

Ouderen met depressie komen niet bij de huisarts

Hoewel uit onderzoek blijkt dat ouderen met depressieve klachten hun huisarts twee tot driemaal zov vaak bezoeken als ouderen zonder depressieve klachten, zou het in praktijk zo kunnen zijn dat dit niet het geval is. Volgens de monitor Geestelijke Gezondheid Ouderen registreert de huisarts bij 20% van de ouderen in een jaar één of meer psychische problemen. 3,2% van alle ouderen krijgt de diagnose depressie en 0,9 heeft last van depressieve gevoelens. In totaal gaat het dus om 4% van alle ouderen in de huisartspraktijk.

Depressie komt in de regio weinig voor (bv door beschermende factoren als sterke religieuze gemeenschap)

GDS is geen geschikt screeningsinstrument

Hoewel de GDS in het addendum aanbevolen wordt als screener voor depressie bij ouderen, kan het toch zo zijn dat sommige ouderen moeite hebben met de vragen.

- De formulering van sommige vragen zou kunnen afschrikken.
- Ouderen vinden het moeilijk om de vragen te beantwoorden voor de afgelopen week. De formulering van de vragen nodigt daar niet toe uit.
- Screeningsinstrumenten hebben geen oog voor de context waardoor de patiënt het gevoel krijgt dat hij niet goed duidelijk kan maken hoe hij zich voelt door de vragen te beantwoorden.

Problemen om een behandeling toe te passen bij depressieve ouderen

Als eenmaal toch de diagnose gesteld is, dient het volgende probleem zich aan: hoe krijg ik de oudere zover dat hij of zij behandeld wil worden.

- ouderen willen geen pillen omdat ze bang zijn voor bijwerkingen of verslaving
- ouderen zien andere oplossingen: meer bezoek van de kinderen, andere burens, of verhuizen
- ouderen hebben vanwege de depressie geen zin om erop uit te gaan, dus willen ook niet naar een cursus of een groep.
- huisarts wil geen pillen voorschrijven omdat de oudere al veel pillen heeft.
- verwijzen naar de tweedelijns GGz is een stap te ver. Er is geen SPV voor ouderen in de huisartspraktijk, de ELP behandelt meestal geen ouderen

Mogelijke oplossingen

Hieronder worden enkele mogelijkheden besproken.

1 Het gebruik van minder bedreigende termen

- Door het gebruik van spreektaal ('het zat zijn', 'somber voelen', 'eenzaamheid') of het vragen naar stemming en energie in plaats van het gebruik van klinische termen ('depressie', 'waardeloos', 'hopeloos') kan het onderwerp depressie subtiel benaderd worden.
- Navragen over recente levensgebeurtenissen en verliezen kunnen het gesprek met ouderen over depressie vergemakkelijken.

2 Ook zoeken bij ouderen die (nog) niet bij de huisarts komen

- actiever zoeken bij ouderen in verzorgingshuizen

Hiervoor kunnen verzorgenden getraind worden in het afnemen van de Niet-pluis-Index . Ouderen die daarop scoren worden vervolgens doorverwezen naar de huisarts.

- proberen ouderen en hun familie te bereiken door bijvoorbeeld korte praktische artikelen over depressie in huis aan huis bladen.

- publieksvoorlichting gericht op destigmatiseren van psychische problemen.

3 Alternatief voor GDS-15

Volgens de richtlijn is de GDS beste instrument om een depressie te identificeren is volgens het addendum de GDS. De GDS-15 is een goede keuze. Ouderen zouden de GDS een acceptabele vragenlijst te vinden om in te vullen en niet te moeilijk of stressvol (D'Ath e.a. 1994). In ons project blijken sommige ouderen toch moeite te hebben met de GDS. Woorden als waardeloos en hopeloos willen zij niet gebruiken.

Mogelijke oplossing is een kortere (en mogelijk minder bedreigende versie van de GDS te gebruiken als screener. NB als indicator voor verbetering moet wel de GDS-15 gebruikt blijven worden. De volgende varianten bestaan: GDS-12, -10, -8, -5, -4 (2 varianten) en -1. In de bijlage vindt u de bijbehorende items.

Een andere mogelijkheid is de combinatie van de GDS-5/15. Eerst worden vijf vragen gesteld. Bij een score van 0 of 1 wordt de patiënt als niet depressief beschouwd. Bij een score van 2 of meer is het raadzaam de overige 10 vragen van de GDS-15 ook af te nemen.

4 Stapsgewijze interventie die ouderen voorbereid op het praten over depressie

Er kunnen wel twee of drie consulten overheen gaan eer het woord depressie bij ouderen ter sprake gebracht kan worden.

(op basis van the Treatment Initiation Program (Sirey et al., 2005). Ouderen die dit programma volgden verbeterden meer en bleven langer therapietrouw dan ouderen die gangbare zorg kregen.

Eerste consult

Om een indicatie te krijgen of iemand depressieve klachten heeft, kan een eerste keer een aantal punten uit de GDS nagevraagd worden. Belangrijk hierbij is om heftig en klinisch taalgebruik te vermijden. Zeg dus niet 'voelt u zich nogal waardeloos op het ogenblik', maar praat in termen van 'het zat zijn' (McCrae et al. 2005). Praat niet over 'het gevoel van een leeg leven', maar over eenzaamheid. Verder kan naar stemming, energie en 'somber voelen' gevraagd worden. Eventueel kan gevraagd worden naar recente levensgebeurtenissen en verliezen. Ouderen zelf spreken het woord depressie vaak niet uit maar hebben het over de zenuwen of bedroefd zijn.

Na dit eerste gesprek, waar subtiel een aantal kenmerken van depressie zijn aangestipt, maar op basis waarvan de diagnose depressie nog niet gesteld kan worden, kan de oudere na bijvoorbeeld twee weken terugkomen (geef als 'tips' mee dat de oudere goed moet eten en elke dag eventjes moet bewegen, want dit is al een vorm van een interventie).

Tweede consult

Tijdens het tweede gesprek kan teruggegrepen worden op dingen die de oudere in het eerste gesprek heeft genoemd. Dit kan als een soort inleiding dienen om de GDS af te nemen.

"U heeft vorige keer aangegeven dat u somber (o.i.d.) bent en daar wil ik graag nog even op terug komen. Voelt u zich nog steeds zo?"

Dat wil ik graag toch iets meer in kaart brengen door middel van deze vragenlijst. Door het invullen van deze lijst kan ik zien hoe het met u gaat en of het beter met u gaat. De bewoording is hier en daar wat overdreven, maar dit geeft het meest duidelijk weer waar we met de vraag op doelen. Waarschijnlijk herkent u er ook wel dingen in waar we het eerder over gehad hebben, maar is dat hier iets anders benoemd."

Uitleg wat depressie is (depressie is te genezen)

- Wat is een depressie? Hoe is die te verhelpen? Wat moet je daarvoor doen en laten? Wat mag je wel en niet verwachten zolang een depressie voortduurt? Verder moet er verteld worden dat een depressie niet een normaal onderdeel van het ouder worden is en dat het geen normale reactie op de aanwezigheid van een lichamelijke ziekte is. Benadruk dat depressie geen teken van zwakte is en laat blijken dat er over gevoelens gepraat mag worden tijdens het consult.
- Voor ouderen is het belangrijk om te horen dat al die klachten waar zij zich zorgen over maken betekenis krijgen onder één gezamenlijke noemer. Door te horen dat een depressie ernstig is, maar in de meeste gevallen te genezen, lijkt de situatie minder hopeloos. Dat geeft de oudere weer houvast en bevordert de bereidheid om mee te werken aan de behandeling. Het categoriseren van depressie als een ziekte valideert en legitimeert de ervaringen van ouderen.
- Als de huisarts de interactie tussen sociale, psychologische en biologische elementen als oorzaak voor depressie uitlegt, maakt dat de oudere duidelijk waarom zowel biologische (medicatie) als sociale en psychologische interventies van waarde zijn. Ouderen gebruiken voor depressie namelijk meer een sociaal dan een biomedisch schema.

Derde consult

Motiveren voor behandeling

Uitleggen wat de mogelijkheden van behandeling zijn. Belemmeringen bespreken en proberen een oplossing daarvoor te vinden. Belemmeringen kunnen zijn: de opvatting dat depressieve klachten bij het ouder worden horen, niet op de hoogte zijn van behandel mogelijkheden, geen behoefte aan behandeling, logistieke belemmeringen: vervoer, tijd, geld etc. Uitleggen wat de nadelen zijn van niet behandelen.

Soms schrijven huisartsen antidepressiva voor onder het mom van dat ze helpen tegen pijn of slapeloosheid.

Valkuilen voor hulpverleners (Verstraten en Van Eekelen, 2003)

- depressie bagatelliseren ('kom op, buiten schijnt de zon').
- Verwachten dat de depressie snel voorbij zal zijn ('als ze er een weekendje uit is geweest, gaat het vast weer beter')
- In het begin te hard van stapel lopen met intensieve pogingen om te helpen
- Zelf meegetrokken worden in het pessimisme van de depressieve ouderen
- Vastlopen in het contact door gevoelens van irritatie

Overige interventies

The Gospel Oak Study: het doel was om depressieve symptomen in de primary care te verminderen middels een 'nurse care management'. Volgens het behandelplan bezocht gedurende drie maanden een verpleegkundige wekelijks de patiënt. De verpleegkundige verschafte interventies, zoals het vergroten van het sociale netwerk van de patiënt, het bemoedigen van medicijngebruik, naasten bij de zorg betrekken en het met de patiënt hebben over de fysieke conditie. De verpleegkundige communiceerde regelmatig met het behandelteam (Skultety en Zeiss, 2006).

PROSPECT interventie: het doel was om de huisarts te helpen bij het voorschrijven van antidepressiva en het behandelmanagement te verbeteren middels een 'depression care manager' die zowel de patiënt als de huisarts regelmatig sprak. De DCM hielp de huisarts bij het herkennen van depressieve symptomen en het volgen van de richtlijn voor medicatie. De DCM sprak telefonisch met de patiënt om het over depressieve symptomen en behandeling te hebben (Skultety en Zeiss, 2006)

IMPACT interventie: Een 'depression clinical specialist' verschaft de patiënten psychoeducatief materiaal en evalueert dit met de patiënt tijdens een eerste afspraak. In

stap 1 kiest de patiënt om met medicatie of met therapie behandeld te worden. Als ze niet reageerden op de behandeling werd stap 2 ingevoerd. De patiënten die voor medicatie hadden gekozen, kregen nu therapie of een nieuw medicijn en die eerst voor therapie hadden gekozen kregen nu medicatie. Als de symptomen aanhielden werd stap 3 ingevoerd, waarbij een combinatie van therapie en medicatie werd aangeboden. ECT of GGZ werden aangeboden als stap 4. De DCS hielp de patiënt om actief te kiezen voor de verschillende opties. Ook bespraken ze wekelijks de vooruitgang met de huisarts (Skultety en Zeiss, 2006).

Het Program to Encourage Active, Rewarding Lives for Seniors (PEARLS) om ouderen die huisgebonden zijn te helpen bij depressieve klachten. Een sociaal werker nam de PRIME-MD af tijdens routine bezoeken of telefoontjes om te screenen op depressie. De ouderen in de PEARLS interventie kregen problem-solving therapie (bevordert gedragsvaardigheden met als gedachte dat dagelijkse problemen depressieve symptomen veroorzaken en behouden. Door het systematisch identificeren en verwijzen naar deze problemen, zullen de depressieve klachten verminderen). Tijdens elke PEARLS sessie moesten de ouderen uit een lijst van 250 leuke dingen iets kiezen wat ze voor de volgende sessie gedaan zouden hebben. De PST werd aangepast om meer nadruk te leggen op sociale (ouderen helpen onder begeleiding naar buiten te gaan en aan groepsactiviteiten deel te nemen) en fysieke (ouderen helpen een regulier fysieke activiteiten programma te ontwikkelen) activatie. De patiënten kregen 8 sessies van 50 minuten gedurende 19 weken. De interventie kostte gemiddeld 630 dollar per cliënt, bestaande uit PST sessies, follow-up telefoontjes, depressie management team bijeenkomsten (Ciechanowsky et al, 2004).

Referenties

Anderson, D.N. (2001). Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age and Ageing*, 30, 13-17.

Burroughs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A. & Chew-Graham, C. (2006). 'Justifiable depression': how primary care professionals and patients view late-life depression? a qualitative study. *Family Practice*, 23, 369-377.

Ciechanowski, P., Wagner, E., Schmalting, K., Schwartz, S., Williams, B., Diehr, P., Kulzer, J., Gray, S., Collier, C. & LoGerfo, J. (2004). Community-integrated home-based depression treatment in older adults. *JAMA*, 291 (13), 1569-1577.

D'Ath, P., Katona, P., Mullan, E., Evans, S. & Katona C. (1994). Screening detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: The acceptability and performance of the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. *Family Practice*, 11(3), 260-266.

Pot AM, Depla M, ten Have M (Red.). Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen. Rapportage 2006. Utrecht: Trimbos-instituut, 2006.

Fischer, L.R., Wie, F., Solberg, L.I., Rusch, W.A. & Heinrich, R.L. (2003). Treatment of elderly and other adult patients for depression in primary care. *Journal of American Geriatrics Society*, 51 (11), 1554-1562

Gori C, Appolonio I, Riva GP, Spiga D, Ferrari A, Trabucchi M, Frattola L. Using a single question for depression in the nursing home. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 1998;6:235-40.

Hoyl, M.T., Alessi, C.A., Harker, J.O., Josephson, K.R., Pietruszka, F.M., Koelfgen, M., et al. (1999). Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(7), 873-878.

Jongenelis, K., Pot, A.M., Eisses, A.M., Gerritsen, D.L., Derksen, M., Beekman, A.T., Kluiters, H. & Ribbe, M.W. (2005). Diagnostic accuracy of the original 30-item and shortened versions of the Geriatric Depression Scale in nursing home patients. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 20 (11), 1067-74

Lawrence, V., Murray, J., Banerjee, S, Turner, S., Sangha, K., Byng, R., Bhugra, D., Huxley, P., Tylee, A. & Macdonald, A. (2006). Concepts and causation of depression: a cross-cultural study of the beliefs of older adults. *The Gerontologist*, 46 (1), 23-32.

Marwijk, H.W.J van, Wallace, P., Bock, G.H. de, Kaptein, A.A. & Mulder, J.D. (1995). Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale. *British Journal of General Practice*, 45(393), 195-199.

McCrae, N., Murray, J., Banerjee, S., Huxley, P., Bhugra, D., Tylee, A. & Macdonald, A. (2005). 'They're all depressed, aren't they?' A qualitative study of social care workers and depression in older adults. *Aging & Mental Health*, 9 (6), 508-516.

Murray, J., Banerjee, S., Byng, R., Tylee, A., Bhugra, D. & Macdonald, A. (2006). Primary care professionals' perceptions of depression in older people: a qualitative study. *Social Science & Medicine*, 63, 1363-1373.

Sarkisian, C.A., Lee-Henderson, M.H. & Mangione, C.M. (2003). Do depressed older adults who attribute depression to "old age" believe it is important to seek care? *J Gen Intern Med*, 18, 1001-1005.

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 (6), 665-674
Sutcliffe C, Cordingley L, Burns A, et al. 2000. A new version of the Geriatric Depression Scale for nursing and residential home populations: the Geriatric Depression Scale (Residential) (GDS-12R). *Int Psychogeriatrics* 12, 173-181.

Verstraten, P.F.J. Eekelen, C.W.J.M. van (2002). *Vroegsignalering door gedragsobservatie: leren vroegsignaleren van psychische, psychosociale en psychogeriatrische problemen bij bewoners van het verzorgingshuis door observatie. Cursusboek voor verzorgenden.* Houden/Mechelen: Bohn Stafleu van Loghum.

Bijlage De verschillende items van de GDS

GDS 12 (Sutcliffe et al., 2000)

1. Bent u innerlijk tevreden met uw leven?
2. Bent u met veel activiteiten en interesses opgehouden?
3. Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is?
4. Verveelt u zich vaak?
5. Hebt u meestal een goed humeur?
6. Bent u bang dat u iets naars zal overkomen?
7. Voelt u zich meestal wel gelukkig?
8. Voelt u zich vaak hopeloos?
9. Vindt u het fijn om te leven?
10. Voelt u zich nogal waardeloos op het ogenblik?
11. Voelt u zich energiek?
12. Hebt u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?

GDS 10 (D'Ath et al., 1994)

1. Bent u innerlijk tevreden met uw leven?
2. Bent u met veel activiteiten en interesses opgehouden?
3. Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is?
4. Bent u bang dat u iets naars zal overkomen?
5. Voelt u zich meestal wel gelukkig?
6. Voelt u zich vaak hopeloos?
7. Hebt u het gevoel dat u meer moeite heeft met uw geheugen dan anderen?
8. Voelt u zich energiek?
9. Hebt u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?
10. Denkt u dat de meeste mensen het beter hebben dan u?

GDS 8 (Jongenelis et al., 2005)

1. Bent u innerlijk tevreden met uw leven?
2. Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is?
3. Verveelt u zich vaak?
4. Hebt u meestal een goed humeur?
5. Voelt u zich meestal wel gelukkig?
6. Voelt u zich vaak hopeloos?
7. Vindt u het fijn om te leven?
8. Hebt u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?

GDS 5 (Hoyl et al., 1999)

1. Bent u innerlijk tevreden met uw leven?
2. Verveelt u zich vaak?
3. Voelt u zich vaak hopeloos?
4. Blijft u liever thuis dan uit te gaan en nieuwe dingen te doen?
5. Hebt u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?

GDS 4 (D'Ath et al., 1994)

1. Bent u innerlijk tevreden met uw leven?
2. Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is?
3. Bent u bang dat u iets naars zal overkomen?
4. Voelt u zich meestal wel gelukkig?

GDS 4 (Van Marwijk et al., 1995)

1. Bent u innerlijk tevreden met uw leven?
2. Blijft u liever thuis dan uit te gaan en nieuwe dingen te doen?
3. Bent u met veel activiteiten en interesses opgehouden?
4. Voelt u zich meestal wel gelukkig?

GDS 1 (Gori et al., 1998)

1 Voelt u zich vaak down en in de put?

Gori et al (1998) deden onderzoek naar het screenen op depressie in een verpleeghuis en vonden dat de GDS-1 een hogere sensitiviteit dan de GDS-15 (95.8 versus 79.1, maar een lagere specificiteit (83.8 versus 97.3).

GDS 5/15 (Combinatie van GDS 5 en 15) (Kenney Weeks e.a., 2003)

Eerst de GDS-5 afnemen. Als op 2 of meer vragen positief is geantwoord doorgaan met de overige tien vragen van de GDS-15.

- 1 Bent u innerlijk tevreden met uw leven?
- 2 Verveelt u zich vaak?
- 3 Voelt u zich vaak hopeloos?
- 4 Blijft u liever thuis dan uit te gaan en nieuwe dingen te doen?
- 5 Voelt u zich nogal waardeloos op het ogenblik?