

Nederlandse Samenvatting

**DEPRESSIE BIJ OUDEREN:
SEKSEVERSCHILLEN IN KLINISCHE PRESENTATIE
EN MEDICATIEGEBRUIK**

INLEIDING

Depressie

Depressie komt veel voor, over de hele wereld, en op alle leeftijden. Depressie kan gepaard gaan met allerlei klachten en met aanzienlijk lijden, en kan leiden tot verminderd functioneren op diverse levensgebieden. In ernstige gevallen kan opname noodzakelijk zijn en kan depressie levensbedreigend zijn. Maar ook de lichtere vormen van depressie geven meer problemen dan vaak wordt gedacht. Op dit moment komt depressie wereldwijd op de tweede plaats wat betreft ziektelast, na hart- en vaatziekten, en de verwachting is dat in 2030 depressie zelfs bovenaan zal staan (WHO). Depressie heeft daarmee een enorme impact, niet alleen op het leven van mensen, maar ook op de samenleving als geheel.

Depressie als verstoring van de gemoedstoestand, gepaard gaand met diverse lichamelijke klachten, is al heel lang bekend. In de psychiatrie wordt de 'depressieve stoornis' gedefinieerd volgens de criteria van de DSM, een internationaal classificatiesysteem voor psychiatrische ziektebeelden. Deze definitie is aan verandering onderhevig, maar de verschijnselen 'sombere stemming' en 'afname van interesse, zin en plezier' worden nog altijd beschouwd als de kernsymptomen van de depressieve stoornis. Depressie kan zich op veel verschillende manieren uiten, door een divers scala aan klachten naast één of beide kernsymptomen. Nagenoeg altijd zijn er ook lichamelijke verschijnselen zoals verminderde eetlust, gestoorde slaap en energieverlies, naast nog andere psychische verschijnselen zoals besluiteloosheid en concentratieproblemen, en dat in wisselende combinaties.

Depressie is multifactorieel bepaald, wat wil zeggen dat er niet één oorzaak of aanleiding is, maar meer factoren bijdragen aan het ontwikkelen van een depressief beeld. Aanleg voor depressiviteit is waarschijnlijk al bij de geboorte aanwezig, en kan dan op verschillende momenten en manieren tot uiting komen. Een aanwijzing voor deze genetisch bepaalde kwetsbaarheid is het vaker voorkomen van depressie in bepaalde families. Ook is bij mensen die eerder in het leven een depressieve periode doormaakten, is de kans op het ontwikkelen van een depressie verhoogd. Omgevingsfactoren spelen een grote rol in het daadwerkelijk krijgen van depressieve klachten, de leeftijd waarop dit gebeurt, de soort symptomen en de ernst daarvan. Zo lijkt er een samenhang te bestaan met de aanwezigheid van sommige persoonlijkheidskenmerken (bijvoorbeeld neiging tot afhankelijkheid, tobbige instelling), het ontbreken van een sociaal netwerk, en het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen, zoals verlies van een belangrijk persoon of traumatische ervaringen. Ook bij bepaalde

lichamelijke ziekten (zoals de ziekte van Parkinson, schildklierlijden en dementie) komt vaker dan gemiddeld depressiviteit voor.

Sekseverschillen bij depressie

Een opvallend kenmerk van depressie is het verschil tussen mannen en vrouwen. Bij vrouwen komt een depressie twee keer zo vaak voor als bij mannen. Dit verschil is wereldwijd terug te vinden, hoewel het wat kleiner lijkt te zijn wanneer financiële mogelijkheden, kans op werk en sociale rollen gelijkwaardiger zijn verdeeld tussen mannen en vrouwen. Ook de symptomen verschillen: bij vrouwen wordt vaker een toename van eetlust en gewicht en van slaapbehoefte gevonden. Ook hebben depressieve vrouwen vaker slaapstoornissen, energieverlies, angstklachten en lichamelijke klachten. Daarnaast hebben vrouwen vaak een groter aantal depressieve symptomen dan mannen, met daarin verhoudingsgewijs veel lichamelijke symptomen (vitale depressie genoemd). Winterdepressie komt drie keer zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen.

Er is veel onderzoek gedaan naar de achtergrond van dit man-vrouw verschil. Diverse factoren lijken een rol te spelen.

Op biologisch gebied blijken diverse hormonen (vrouwelijke geslachtshormonen zoals oestrogeen en progesteron maar ook andere hormonen) invloed te hebben op de stemming. Veranderingen in de geslachtshormonen die optreden bij zwangerschap en bevalling of gedurende de menstruele cyclus hebben duidelijk een relatie met het optreden van depressieve klachten of een depressieve periode. Daarnaast zijn in de aanmaak, werking, en afbraak van andere hormonen die van invloed zijn op de stemming verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen.

Op psychologisch gebied lijken verschillen in het omgaan met problemen en opgaven bij te dragen aan het verhoogde risico op depressie. Vrouwen zouden meer geneigd zijn tot piekeren en problemen meer op zichzelf betrekken dan mannen, hetgeen zou kunnen leiden tot depressieve klachten. Ook lijken vrouwen problemen minder actief aan te pakken, hetgeen kan leiden tot een verminderd gevoel van controle over een situatie. Ook dit hangt samen met het krijgen van depressieve klachten.

Op sociaal gebied dragen de vaak minder gunstige sociaal-economische positie, sociale status en rol van vrouwen ten opzichte van mannen bij aan het verschil in depressie, evenals geweld (en specifiek seksueel geweld) tegen vrouwen. Daarnaast spelen sociale steun en

sociale netwerken een rol. Vrouwen hebben vaak meer sociale steun en grotere netwerken dan mannen, hetgeen beschermt tegen depressie, maar tegelijkertijd geeft dit ook meer zorgen en verantwoordelijkheden, zodat er ook een negatief effect van sociale contacten kan ontstaan.

Tenslotte is geopperd dat het man-vrouw-verschil mogelijk niet echt bestaat, maar een meetfout is, bijvoorbeeld doordat vrouwen vaker over hun emoties praten, depressieve klachten gemakkelijker erkennen, en eerder hulp zoeken dan mannen. Dit verklaart inderdaad een deel van het man-vrouw-verschil, maar zeker niet geheel.

Depressie bij ouderen

Ook bij ouderen komt depressie veelvuldig voor: ongeveer 14% van de mensen boven de 55 jaar maakt één of meer depressieve periodes door. Een depressie op oudere leeftijd voldoet maar bij 2% aan de criteria van een depressieve stoornis volgens de bovengenoemde DSM. Echter ook de 'lichtere' vormen bij de overige 12% kunnen wel degelijk leiden tot een slechtere kwaliteit van leven, een toename van beperkingen en handicaps in het dagelijks leven, een toegenomen gebruik van voorzieningen en een forse belasting van de omgeving.

Naast de algemene risicofactoren voor depressie, zoals de boven genoemde persoonlijkheidskenmerken, het ontbreken van sociale steun en ingrijpende gebeurtenissen, zijn er risicofactoren waar vooral ouderen mee te maken krijgen. Dat zijn bijvoorbeeld het verlies van de levenspartner, en het krijgen van lichamelijke ziekten die met beperkingen gepaard gaan. Veel ouderen gebruiken medicijnen, en depressie kan een bijwerking zijn.

Sekseverschillen bij depressie bij ouderen

Over sekseverschillen bij depressie bij ouderen is niet zoveel bekend als bij jongere volwassenen. Onderzoeken naar het man-vrouw verschil in het vóórkomen van depressie bij ouderen laten wisselende resultaten zien, variërend van verdwijnen tot gelijk blijven van het verschil. Ook is onduidelijk of de verschillen in symptomen, zoals gevonden bij jongere volwassenen, ook op oudere leeftijd aanwezig zijn.

Er zijn wel sekseverschillen gevonden in de risicofactoren voor depressie. Zo krijgen oudere vrouwen vaker depressieve klachten dan oudere mannen bij langdurige financiële problemen en als er sprake is van weinig sociale contacten en sociale steun. Net als op jongere leeftijd hebben ook oudere vrouwen meer last van problemen van anderen.

Daardoor kan een groot sociaal netwerk of een fijne partnerrelatie toch veel stress opleveren, en bijdragen aan het ontstaan van depressieve klachten. Aan de andere kant hebben oudere mannen vaker depressieve klachten dan vrouwen bij het verlies van de levenspartner, als zij een laag inkomen hebben en bij weinig emotionele steun. Behalve gevoeligheid voor de risicofactoren speelt het vóórkomen daarvan een rol. Sommige risicofactoren komen veel vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (bijvoorbeeld verlies van de levenspartner, lichamelijke beperkingen door ziektes en een laag inkomen).

Behandeling van depressie bij ouderen

Zonder behandeling is het beloop van de depressie bij ouderen ongunstig. De klachten kunnen lang aanwezig blijven en ook weer terugkomen na een eerste verbetering.

Zowel medicamenteuze behandeling als psychotherapie is effectief gebleken bij depressie op oudere leeftijd, vooral bij de ernstiger vormen. Bij zeer ernstige en therapieresistente depressies bij ouderen levert Electro-convulsieve therapie (ECT) goede resultaten op.

Uit de literatuur blijkt echter dat depressie bij ouderen vaak onvoldoende of helemaal niet wordt behandeld, zelfs als er ernstige klachten zijn. Redenen daarvoor kunnen zijn dat de depressie niet wordt herkend, dat de depressieve klachten worden toegeschreven aan een lichamelijke ziekte (bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson) of dat er geen antidepressivum wordt gegeven vanwege lichamelijke ziekte of het gebruik van andere medicijnen. Daarnaast wordt nogal eens een te lage dosis van het antidepressivum gegeven, of wordt het niet lang genoeg gebruikt.

Psychotherapie wordt niet vaak aangeboden aan depressieve ouderen terwijl onderzoek laat zien dat bepaalde vormen heel effectief zijn. Het (nog) onvoldoende beschikbaar zijn van psychotherapeuten met ervaring in de behandeling van ouderen speelt daarbij waarschijnlijk een rol.

OPZET VAN HET ONDERZOEK

Vraagstelling

Gezien het veelvuldig voorkomen van depressie bij ouderen en de grote ziektelast die dit met zich meebrengt, is gedetailleerde kennis van dit ziektebeeld van groot belang voor goede diagnostiek en passende behandeling.

Uitbreiding van de kennis van het vóórkomen, de symptomatologie en de risicofactoren van depressie in de verschillende groepen ouderen (zoals mannen en vrouwen) is belangrijk voor het tijdig herkennen van depressieve symptomatologie en ook bij het opzetten van preventieprogramma's.

Inzicht in de huidige stand van zaken in de behandeling van depressie is nodig voor het optimaliseren daarvan. In de afgelopen 20 jaar zijn er nieuwe antidepressiva op de markt gekomen, die mogelijk geschikter zijn voor ouderen, en het is dan ook belangrijk om te onderzoeken of ouderen daarvan profiteren.

Het onderzoek in dit proefschrift richt zich specifiek op deze twee aspecten van depressie bij ouderen, namelijk

- (i) de verschillen en overeenkomsten tussen vrouwen en mannen wat betreft vóórkomen, symptoomprofielen en risicofactoren van depressie, en het verband tussen depressie en sekse aan de ene kant, en geloofsovertuiging en sociale steun aan de andere kant, en de medicamenteuze behandeling
- (ii) het gebruik van antidepressiva en kalmeringsmiddelen en veranderingen in dit gebruik in de afgelopen 20 jaar

De Longitudinal Aging Study Amsterdam

Het onderzoek van dit proefschrift is uitgevoerd binnen de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). LASA is een multidisciplinair, longitudinaal onderzoek naar voorspellers en gevolgen van veranderingen in autonomie en welbevinden in de ouder wordende Nederlandse bevolking. LASA richt zich daarbij op lichamelijk, cognitief, emotioneel en sociaal functioneren. LASA is gestart in 1991 op verzoek van het ministerie van (indertijd) VWS om zicht te krijgen op de benodigde gezondheidszorg en andere voorzieningen voor ouderen in de nabije toekomst, vanwege de voorspelde vergrijzing van de Nederlandse samenleving.

Vanuit de bevolkingsregisters van drie regio's in Nederland is in 1992 een gerandomiseerde steekproef getrokken van mensen van 55 tot 85 jaar. Deze was gestratificeerd naar leeftijd en geslacht, met een oververtegenwoordiging van mannen en de oudste ouderen, zodat deze 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 vervolgmetingen gedaan: T2 (1995/1996) met 2.545 deelnemers, T3 (1998/1999) met 2.076 deelnemers en T4 (2001/2002) met 1.691 deelnemers. In 2002/2003 is een tweede groep van 1002 deelnemers geworven (LASA II) met leeftijd 55 tot 65 jaar. Hierdoor werd vergelijking tussen groepen mogelijk, en kon de inmiddels uitgedunde eerste LASA-groep worden aangevuld.

Elke meting bestond uit een hoofdinterview, een aanvullende schriftelijke vragenlijst en een medisch interview met bloedonderzoek, bij de deelnemers thuis, door getrainde interviewers. In de meting werd een grote hoeveelheid informatie verzameld, waaronder de in deze studie gebruikte gegevens over depressie, geloofsachtergrond, sociale steun en medicatiegebruik. Depressie werd in twee stappen gemeten: eerst via screening op klinisch relevante depressieve klachten, en vervolgens bij een kleinere groep met een diagnostisch onderzoek volgens de DSM.

RESULTATEN

Deel 1: Sekseverschillen bij depressie bij ouderen

In de eerste drie hoofdstukken na de inleiding staan de verschillen (en overeenkomsten) tussen oudere vrouwen en mannen met depressieve klachten centraal.

In *hoofdstuk 2* werd eerst onderzocht of het sekseverschil in het vóórkomen van depressie, zoals dat bij jongere volwassenen is gevonden, ook op oudere leeftijd blijft bestaan. Dat bleek inderdaad het geval: vrouwen waren bijna twee keer zo vaak depressief als mannen, en dat gold voor alle leeftijdsgroepen behalve voor de jongste groep (55-59 jaar), waarin het ongeveer gelijk was. Na correctie voor demografische en risicofactoren nam het verschil wel iets af, maar bleef statistisch significant.

Vervolgens werd onderzocht of er verschillen waren in symptomatologie. Dit bleek niet het geval: het score-patroon op de vragenlijsten naar depressie kwamen sterk overeen voor vrouwen en mannen, zowel wat de losse vragen betrof als de groepen van bij elkaar horende vragen. Alleen op de vraag of men wel eens huilde, scoorden vrouwen wel en mannen niet. Vrouwen scoorden wel hoger op de meeste vragen.

Tenslotte werd de rol van risicofactoren voor depressie op oudere leeftijd onderzocht. Daarbij werden kleine verschillen gevonden in de kwetsbaarheid voor depressie, ten nadele van mannen. Dit betrof mannen zonder levenspartner, met een laag inkomen, en

met weinig emotionele steun: zij waren iets vaker depressief dan vrouwen in deze situaties. Echter het vóórkomen van diverse risicofactoren had een veel grotere invloed, en in dit geval ten nadele van vrouwen: vrouwen waren veel vaker zonder levenspartner, hadden veel vaker een laag inkomen en hadden veel vaker chronische, beperkende lichamelijke ziektes. Het netto resultaat hiervan was dat toch vooral vrouwen last hadden van de risicofactoren voor depressie bij ouderen, en dit draagt bij aan het vaker voorkomen van depressie bij vrouwen op oudere leeftijd.

In *hoofdstuk 3* komt de rol van de (christelijke) geloofsachtergrond ter sprake. Het is bekend dat geloof zowel een beschermende als een uitlokkende factor kan zijn voor depressie. Geloofsovertuiging heeft invloed op sociale en morele aspecten van het leven, en is een belangrijke culturele bron voor ouderen. Daarmee is geloofsovertuiging belangrijk voor de manier van omgaan met emoties, schuldgevoelens en verantwoordelijkheid, en kan bijdragen aan verschillen in voorkomen, symptomatologie en omgaan met depressie, en ook aan de man-vrouw-verschillen daarin.

In ons onderzoek bleek dat mensen met een protestantse geloofsovertuiging minder last hadden van depressie dan Rooms-Katholieken of niet-kerkelijken.

Binnen de depressieve groep hadden de protestanten meer last van geremdheid (niet op gang komen, alles kost moeite, minder spraakzaam) en lichamelijke klachten (slaapstoornissen, verminderde eetlust, concentratieproblemen) dan de andere twee groepen. Ook bij niet-gelovigen met één of twee protestantse ouders werd dit patroon gevonden. Deze verschillen bleken alleen bij de depressieve mannen aanwezig te zijn, maar niet bij de depressieve vrouwen.

In *hoofdstuk 4* is in vervolg op hoofdstuk 2 uitgebreider onderzoek gedaan naar de rol van sociale steun en depressie en het verband met sekse. Het ontbreken van sociale steun is een risicofactor voor depressie bij ouderen. Het gaat daarbij echter niet alleen om de hoeveelheid steun, maar ook om de kwaliteit, de betekenis en de impact van de steun, die, zoals genoemd, verschillend kunnen zijn voor vrouwen en mannen. Daarbij speelt ook het belang dat de oudere hecht aan het hebben van steun een rol.

In de eerste meting van LASA waren oudere mannen zonder levenspartner vaker depressief dan vrouwen zonder levenspartner. Het ontbreken van voldoende emotionele steun droeg bij aan deze samenhang bij mannen; niet bij vrouwen.

Daarnaast bleken deze oudere mannen zonder levenspartner vaker een depressie te krijgen dan vrouwen in de loop van de studie, waarbij het hebben van een klein sociaal netwerk een voorspeller was (bij mannen) van deze ongunstige ontwikkeling.

Een hoge behoefte aan sociaal-emotionele steun was geassocieerd met meer depressie bij vrouwen in de eerste meting, maar voorspelde niet een depressie in het beloop van de studie.

In een subgroep van ouderen met weinig sociale steun, in combinatie met een hoge behoefte daaraan, werden veel hogere percentages depressie gevonden, vooral bij mannen.

Deel 2: gebruik van psychofarmaca bij depressie bij ouderen

In de volgende drie hoofdstukken staat het gebruik van antidepressiva en benzodiazepinen (kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen) centraal, met aandacht voor veranderingen daarin in de loop van de studie, voor de samenhang met depressie, en voor de verschillen tussen mannen en vrouwen.

In *hoofdstuk 5* is het gebruik van antidepressiva en benzodiazepinen in de eerste meting van LASA onderzocht. Hierbij werd gevonden dat slechts 5% van de mensen met een depressief syndroom antidepressiva gebruikten. Aangezien bij een lichtere vorm van depressie medicatie niet de eerste behandelvoorkeur is, werd daarnaast de groep met een ernstiger vorm van depressie, volgens de criteria van de DSM, apart onderzocht. In deze groep was het gebruik van een antidepressivum wel iets hoger, namelijk 16%, maar daarmee nog altijd erg laag. Naarmate men ouder was of meer cognitieve beperkingen had, was het antidepressiva-gebruik nog lager. Bovendien gebruikte nog niet de helft van deze mensen het antidepressivum in een voldoende dosering. Er waren geen aanwijzingen dat de ernstig depressieven zonder medicatie een andere therapie hadden, zoals psychotherapie. Opvallend was dat de depressieve mannen twee keer zo vaak een antidepressivum gebruikten als de depressieve vrouwen, n.l. 25% vs 14%. Benzodiazepinen werden door alle mensen met een depressie vaker gebruikt dan antidepressiva, waarbij vrouwen nu juist vaker deze middelen gebruikten dan mannen. Benzodiazepinen verhelpen de depressieve klachten niet, en kunnen zelfs leiden tot verergering van bepaalde depressieve symptomen, zoals de verlaagde stemming, concentratieproblemen en het tekort aan energie.

In *hoofdstuk 6* is vervolgens het verloop van het antidepressiva-gebruik in de jaren na de eerste meting onderzocht. In deze periode, na 1992, zijn in Nederland nieuwe antidepressiva geïntroduceerd, zoals de zogenaamde “SSRI’s”, die gemakkelijker toe te dienen zijn en

minder bijwerkingen hebben. Het gebruik van antidepressiva door volwassenen is daarmee fors toegenomen.

In onze studie is het antidepressiva-gebruik op de vier meetmomenten in de periode van 1992-2002 onderzocht bij de ouderen van 65-85 jaar. Hierbij werd een toename van het antidepressivagebruik gevonden in de groep met de ernstige depressie: van 15% in 1992 naar 30% in 2002, dus een verdubbeling van het gebruik. Opvallend was dat in de groepen met de lichtere vormen van depressie, de toename nog wat groter was, n.l. van 3% naar 12%, terwijl juist in deze groep het nut van antidepressiva niet vaststaat.

De toename was voornamelijk te verklaren door een sterke toename van het gebruik van de SSRI's; het gebruik van de andere antidepressiva bleef ongeveer gelijk.

Ook de voorgeschreven dosering was veel vaker adequaat; en ook dit kwam voornamelijk op het conto van de SSRI's.

Tenslotte liet het onderzoek zien dat de toename van het antidepressivagebruik het sterkst was in de oudste groep, die daarmee de achterstand ten opzicht van de jongere ouderen inhaalde. Bij depressieve ouderen met bijkomende problemen, zoals cognitieve beperkingen en lichamelijke ziekten, bleef het antidepressivagebruik lager dan bij de ouderen zonder deze problemen.

In *hoofdstuk 7* wordt het gebruik van de benzodiazepinen in de periode vanaf de eerste meting onderzocht. In de negentiger jaren van de vorige eeuw nam de aandacht voor de negatieve gevolgen van (m.n. langdurig) benzodiazepine-gebruik toe, zoals de lichamelijke en geestelijke verslaving, en de bijwerkingen, met specifiek voor ouderen sufheid, verhoogd risico om te vallen en geheugenproblemen. Tevens nam de kennis toe over het behandelen van angst- en spanningsklachten, op een andere manier dan met kalmeringsmiddelen, en werden de behandelrichtlijnen aangepast. De verwachting was dan ook dat het gebruik van benzodiazepinen af zou nemen, en dan met name het langdurig gebruik, en het gebruik door ouderen.

Voor dit onderzoek werden de ouderen van 55-64 jaar uit LASA I (1992) vergeleken met dezelfde leeftijdsgroep uit LASA II (2002). Daarbij bleek dat het benzodiazepinegebruik niet veranderde, met in beide groepen een gebruik van 8%.

De meesten gebruikten het middel langer dan 1 jaar, en deze groep groeide zelfs licht (70% in 1992; 80% in 2002).

Ook de samenhang met bepaalde factoren veranderde niet: zowel in 1992 als in 2002 werden benzodiazepinen meer gebruikt door vrouwen, en bij mensen met lagere opleiding, lager inkomen, chronische lichamelijke ziektes en beperkingen, geheugenproblemen en depressieve klachten.

CONCLUSIE

In het laatste hoofdstuk van dit proefschrift (*hoofdstuk 8*) wordt een samenvatting van de belangrijkste bevindingen gegeven, gevolgd door methodologische overwegingen en beperkingen van de studie, het belang van de studie voor de klinische praktijk en theorievorming, en aanbevelingen voor de toekomst.

Dit onderzoek laat de diversiteit van depressie op oudere leeftijd zien, en de uitdagingen om de behandeling te verbeteren.

Geslacht en leeftijd hebben hun eigen unieke relatie met depressie, maar zijn ook van invloed op sociaal-culturele factoren die gerelateerd zijn aan het vóórkomen en ontstaan van depressie, zoals opleiding, inkomen, burgerlijke staat, geloofsovertuiging, sociaal netwerk en sociale steun. Deze factoren zijn niet gelijk verdeeld over mannen en vrouwen, en over de jongere en oudere ouderen. Al deze aspecten moeten worden meegenomen bij het diagnosticeren en behandelen van depressie op oudere leeftijd, en zijn ook van belang voor preventieve maatregelen.

Medicamenteuze behandeling van depressie op oudere leeftijd liet enige verbetering zien ten tijde van de studie, waarbij zeker de oudste ouderen profiteerden van het beschikbaar komen van de SSRI's. Toch is het antidepressivum-gebruik in de groep ouderen met ernstige depressieve klachten nog steeds erg laag. Benzodiazepinegebruik werd niet lager, ondanks de toegenomen kennis van de negatieve gevolgen van langdurig gebruik.

Hoewel zeker kanttekeningen kunnen worden geplaatst bij de opzet van de studie en de gebruikte onderzoeksmethoden, biedt LASA unieke mogelijkheden voor het ouderenonderzoek doordat alle groepen, ook de oudere mannen, goed vertegenwoordigd waren in de onderzoeksgroep. Hierdoor was vergelijking tussen mannen en vrouwen ook op hoge leeftijd mogelijk.

Voor de toekomst is van belang de inzichten in de diversiteit van depressie bij ouderen verder uit te breiden, bijvoorbeeld via (de al lopende) samenwerkingsprojecten in Europa en elders in de wereld op het gebied van bevolkingsonderzoek. Gedetailleerde kennis over verhoogd risico op depressie voor bepaalde groepen en op een ongunstig beloop van de depressie kan bijdragen aan het ontwikkelen van verfijnde diagnostiek, genuanceerde afweging van behandelmogelijkheden, en specifieke preventieprogramma's. Daarnaast is ook samenwerking met klinische studies nodig, om de kennis van bevolkingsonderzoek te koppelen aan kennis over diagnostiek, behandeling en beloop van ernstige vormen van depressie. Op die manier kunnen subtypen van depressie nader worden gedefinieerd en meer toegespitste programma's voor behandeling en terugvalpreventie worden ontwikkeld.