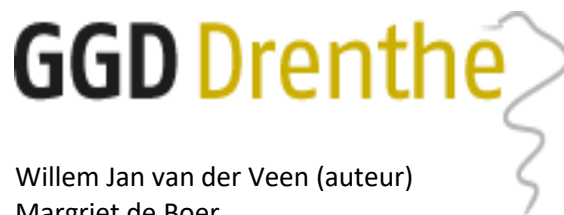


## Depressie in Drenthe





# Depressie in Drenthe



Willem Jan van der Veen (auteur)  
Margriet de Boer  
Esther Huisman  
Marjan Kuilman

Themarapporten GGD Drenthe  
Assen, november 2018  
Versie 1.0

[www.GezondheidsGegevensDrenthe.nl](http://www.GezondheidsGegevensDrenthe.nl)

Overname van gegevens is alleen toegestaan,  
mits voorzien van de volgende bronvermelding:  
GGD Drenthe. *Depressie in Drenthe*. Assen,  
november 2018



## Inhoudsopgave

Inhoudsopgave .....	1
Samenvatting.....	2
1 Inleiding .....	3
1.1.    Waarom dit rapport?.....	3
1.2.    Wat is een depressie? .....	4
1.3.    Inventarisatie: welke cijfers en feiten zijn beschikbaar? .....	5
2 Verkenning van het thema .....	7
2.1.    Inleiding .....	7
2.2.    Depressie en positieve gezondheid.....	7
2.3.    Levensloop.....	10
2.3.1.    Kinderen en jongeren .....	10
2.3.2.    Volwassenen en ouderen .....	11
2.4.    Sociale verbanden .....	12
2.5.    Sociaaleconomische positie .....	13
3 Depressie in Drenthe.....	17
3.1.    Inleiding .....	17
3.2.    Drenthe op de kaart .....	17
3.3.    Levensloop: van jong tot oud .....	22
3.3.1.    Jongeren .....	22
3.3.2.    Volwassenen en ouderen .....	23
3.4.    Kenmerken van het huishouden .....	25
3.4.1.    Jongeren .....	25
3.4.2.    Volwassenen en ouderen .....	26
3.5.    Sociaaleconomische positie .....	27
3.6.    Gezondheid .....	28
3.6.1.    Jongeren .....	29
3.6.2.    Volwassenen en ouderen .....	29
3.7.    Participatie en depressie .....	32
3.8.    Depressie bij kwetsbare ouderen.....	33
4 Mogelijkheden voor preventie in Drenthe .....	37
4.1.    Welke winst is in Drenthe te realiseren? .....	37
4.2.    Lokaal aan de slag.....	40
Literatuur.....	41
Bijlage: onderzoeksmethoden en meting .....	42
Bijlage: berekening van te behalen winst .....	44

## Samenvatting

Depressie behoort tot de stemmingsstoornissen en wordt gekenmerkt door een langere periode van neerslachtige stemming en een duidelijk verlies aan interesse in alle activiteiten. Bij een depressie staat de veerkracht om de uitdagingen van het leven het hoofd te bieden onder grote druk. Waar de gezonde mens voldoende veerkracht en levenslust heeft om een leven te leiden dat voldoening geeft ontbreekt het de mens met een depressie aan mogelijkheden om het leven als betekenisvol te zien.

De persoonlijke en maatschappelijke impact van depressie is aanzienlijk. Met de start van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie wordt nadrukkelijk de rol van gemeenten en de GGD bij de preventie van depressie gezocht. In 2017 hebben 19 organisaties een 'Depressiedeel' ondertekend waarin zij aangeven zich in te zullen spannen om het aantal depressies te verminderen, hopelijk met een daling van 30% in 2030. Is deze winst van 30% ook in Drenthe te realiseren?

Om deze vraag te beantwoorden richt dit rapport zich op een inventarisatie van (epidemiologische) kennis over depressie in Drenthe. Deze kennis betreft vooral de kenmerken van risicogroepen in de Drentse samenleving waar depressie relatief vaak voorkomt en de meeste gezondheidswinst is te behalen.

De dalingen die in Drenthe maximaal bereikt zouden kunnen worden zijn het grootst bij groepen die elkaar deels overlappen: alleenwonenden, mensen met een laag inkomen, mensen die moeite hebben om rond te komen, arbeidsongeschikten, mensen die onvoldoende regie in hun leven ervaren, mensen met mobiliteitsbeperkingen en langdurig zieken met een beperking. Interventies bij mensen die onvoldoende regie ervaren zouden in theorie zelfs kunnen leiden tot een daling met ruim 58%.

Deze resultaten wijzen op de mogelijkheden van een strategie om depressie substantieel terug te dringen wanneer interventies zich vooral richten op de oorzakelijke factoren van depressie en op de veerkracht van mensen. Oorzakelijke factoren hebben vooral te maken met de sociaaleconomische positie waarin mensen verkeren, de samenlevingsverbanden van mensen en de beperkingen in het dagelijks leven door ziekte of een zwakke gezondheid. Verminderde veerkracht kan het gevolg zijn van deze factoren en een depressie veroorzaken (en in stand houden). In die zin komen de dimensies van positieve gezondheid in beeld die bij een depressie sterk onder druk komen te staan: preventie gericht op positieve gezondheid en het versterken van de veerkracht van mensen kan in belangrijke mate bijdragen aan de terugdringing van depressie in de samenleving. Onze resultaten wijzen vooral op de verwevenheid van beperkte (positieve) gezondheid met de ongunstige context waarin mensen onvoldoende regie ervaren en niet goed kunnen deelnemen aan de samenleving. Twee doelgroepen voor depressiepreventie komen in beeld: personen met een lage sociaaleconomische status (lage opleiding, laag inkomen, moeite hebben om rond te komen, geen werk hebben), en personen die een recente stressvolle levensgebeurtenis hebben meegemaakt (zoals overlijden of scheiding van de partner, werkloos worden).

Met de inventarisatie in dit rapport zijn belangrijke risicofactoren en risicogroepen in Drenthe geïdentificeerd. Met een bijbehorend advies dat in samenhang met dit rapport wordt uitgebracht kunnen de Drentse gemeenten aan de slag met de preventie van depressie.

# 1 Inleiding

## 1.1. Waarom dit rapport?

De persoonlijke en maatschappelijke impact van psychische problemen, in het bijzonder depressie, is aanzienlijk. Depressie lijkt eerder een zaak van de gezondheidszorg te zijn dan van interventies door lokale overheden. Met de start van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie komt hier verandering in en wordt nadrukkelijk de rol van gemeenten en de GGD bij de preventie van depressie gezocht.

Met de psychische gezondheid van de inwoners van Drenthe is het beter gesteld dan in de rest van Nederland, zo bleek uit de Gezondheidsmonitor 2016. Zowel voor volwassenen als ouderen in Drenthe geldt dat het risico op een angststoornis of een depressie relatief laag is vergeleken met elders in het land. Maar het is ook bekend dat depressie gepaard gaat met groot persoonlijk lijden, beperkingen in het functioneren, een grote impact op familie en naasten, hoge zorgkosten, hoge kosten voor ziekteverzuim en verminderd functioneren op het werk, en verhoogde risico's op vroegtijdig overlijden. Ook in Drenthe is de persoonlijke en maatschappelijke impact van psychische problemen, in het bijzonder depressie, aanzienlijk.

Depressie lijkt een zaak te zijn van mensen zelf (de 'nuldelijn', wat kunnen mensen zelf doen) en van de gezondheidszorg in de eerstelijns (huisarts, SPV, psycholoog) en de tweedelijns (psychiatrie, GGZ) dan van interventies door lokale overheden. Behandeling van depressie is vooral een zaak van curatieve interventies (gebruik van antidepressiva, behandeling in de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ) waarbij het gaat om de zorgrelatie tussen zorgverlener en de individuele patiënt. Preventie en maatschappelijke interventie lijken minder toepasbaar te zijn.

Met de verschijning van een aantal documenten en de start van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie (Ministerie van VWS, 2017; Trimbos-instituut, 2017) komt hier verandering in en wordt nadrukkelijk de rol van gemeenten en de GGD bij de preventie van depressie gezocht. Centraal in dit Meerjarenprogramma is een focus op een levensloopbenadering waarbij voor 6 hoog-risicogroepen een sluitende keten wordt gevormd van signaleren, bespreken, verwijzen/ toe leiden en uitvoeren van interventies van nulde tot tweedelijns. Een gezamenlijke aanpak wordt gezocht rond de belangrijke domeinen rondom deze hoog-risicogroepen: school, wijk, werk en zorg. Het programma concentreert zich eerst op twee hoog-risicogroepen: jongeren (w.o. kinderen van ouders met psychische problemen en kinderen van verslaafde ouders) en jonge vrouwen (w.o. pas bevallen vrouwen). Daarna wordt de aandacht gericht op de overige hoog-risicogroepen: werknemers (in stressvolle beroepen), huisartspatiënten met signalen van (beginnende) depressie, chronisch zieken en (overbelaste) mantelzorgers. Voor elke groep zal er een regievoerder zijn die de andere partijen bijeenroept om te komen tot concrete afspraken en activiteiten. Voor de hoog-risicogroep jongeren is dat GGD-GHOR Nederland.

Om handen en voeten te geven aan preventieve activiteiten in de lokale context is kennis rond depressie en het vóórkomen ervan bij hoog-risicogroepen noodzakelijk. Daarmee krijgen we immers beter in beeld wat belangrijke mechanismen zijn die leiden tot depressie en bij welke groepen in de samenleving depressie meer voorkomt. Dit rapport heeft als doelstelling om (epidemiologische) kennis over depressie in Drenthe te bieden, gericht op een verbinding aan mogelijkheden om binnen Drenthe aan te sluiten bij de opzet en benadering van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie.

De benadering in dit rapport heeft een inventariserend karakter wat betreft de kennis over de epidemiologie van depressie in Drenthe. Leidend bij deze inventarisatie zijn de volgende vragen:

- Wat kunnen we te weten komen over de mate van voorkomen van depressie in de Nederlandse samenleving, gebruik makend van gegevens van landelijke instellingen?
- Wat kunnen we te weten komen over psychisch niet-welbevinden en depressie in Drenthe, gebruikmakend van gegevens die beschikbaar zijn op provinciaal en gemeentelijk niveau?
- In welke mate komt depressie in Drenthe voor gedurende de levensloop?
- Welke risicofactoren en hoog-risicogroepen kunnen we in Drenthe onderscheiden?
- In welke mate beïnvloeden leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en opleidingsniveau de mate van voorkomen van psychisch niet-welbevinden en depressie in Drenthe?
- Wat is de relatie tussen depressie en twee thema's die recent door GGD Drenthe zijn onderzocht: kwetsbaarheid bij ouderen en participatie?

Deze vragen komen in de volgende hoofdstukken aan de orde. In deze inleiding bespreken we kort ter introductie wat onder een depressie wordt verstaan en welke cijfers en feiten beschikbaar zijn om de epidemiologie van depressie in Nederland en in Drenthe te beschrijven.

## 1.2. Wat is een depressie?

Depressie behoort tot de zogenaamde stemmingsstoornissen. De twee belangrijkste kenmerken van depressie zijn:

- neerslachtige stemming;
- duidelijk verlies aan interesse in (bijna) alle activiteiten.

Een depressieve stoornis wordt ook wel 'unipolaire depressie' of 'gewone' depressie genoemd. Van een depressieve stoornis is sprake als iemand voor langere tijd somber of neerslachtig is. Een periode waarin zich depressieve symptomen voordoen, wordt een depressieve episode genoemd. Wanneer het blijft bij één episode wordt gesproken van een eenmalige stoornis. Herhalen de episodes zich, dan wordt de depressieve stoornis recidiverend genoemd.

De twee belangrijkste kenmerken van depressie zijn:

- neerslachtige stemming;
- duidelijk verlies aan interesse in (bijna) alle activiteiten.

Ook deze symptomen kunnen voorkomen:

- eetproblemen (heel veel of heel weinig eten) of verandering in gewicht;
- minder goed kunnen slapen of juist te veel slapen;
- niet tot rust kunnen komen of juist geremd zijn;
- vermoeidheid en verlies van energie;
- overmatige schuldgevoelens of het gevoel waardeloos te zijn;
- moeite met concentreren, traag denken en geen beslissingen kunnen nemen;
- regelmatig denken aan de dood of zelfdoding.

Wanneer iemand ten minste vijf van deze negen symptomen heeft en ze twee weken of langer voortduren dan is er sprake van een depressieve stoornis. Depressie behoort tot de zogenaamde stemmingsstoornissen.



### **1.3. Inventarisatie: welke cijfers en feiten zijn beschikbaar?**

Het landelijke beeld rond depressie ontleen we aan de informatie die door landelijke kennisinstellingen wordt getoond op hun websites. De situatie voor geheel Drenthe en de afzonderlijke gemeenten wordt geschetst met behulp van gegevens die door de GGD Drenthe verzameld worden. De meeste onderzoeksresultaten hebben niet zozeer specifiek betrekking op depressie maar laten in bredere zin zien hoe het met het psychisch welbevinden van kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen in Drenthe is gesteld. Vanwege verschillen in vraagstelling en opzet zijn de resultaten van de gebruikte informatiebronnen ook verschillend. We zijn dan ook niet zozeer gericht op het laten zien van de 'juiste cijfers' maar meer op het laten zien van de verschillen naar geslacht, leeftijd en sociaaleconomische achtergrondkenmerken. Meer details over onderzoeksgegevens zijn te vinden in de Bijlage: onderzoeksmethoden en meting.



## 2 Verkenning van het thema

### 2.1. Inleiding

Depressie is een belangrijk probleem voor de volksgezondheid: per jaar maken ruim 800.000 mensen een depressie door. Depressie staat al jaren in de top vijf van aandoeningen met hoogste ziektelast en hoogste ziektekosten. Psychische aandoeningen zijn een belangrijke oorzaak van langdurig ziekteverzuim. In dit hoofdstuk beginnen we met enige theorievorming, door depressie in verband te brengen met de gezondheidsdimensies van positieve gezondheid. Vervolgens belichten we een aantal facetten van depressie: depressie als belangrijk gezondheidsprobleem dat van jong tot oud voorkomt, de verspreiding van depressie in de bevolking en de factoren die daarop invloed hebben.

### 2.2. Depressie en positieve gezondheid

‘Gezond zijn’ hangt samen met de vraag of iemand zich staande weet te houden in de context van de verschillende uitdagingen die het leven biedt. Bij depressie staat die veerkracht om de uitdagingen van het leven het hoofd te bieden onder grote druk. Waar de gezonde mens voldoende veerkracht en levenslust heeft om een leven te leiden dat voldoening geeft ontbreekt het de mens met depressie aan veerkracht en mogelijkheden om het leven als betekenisvol te zien.

Een depressie kan een halt toegeroepen worden wanneer vitale hulpbronnen hersteld worden: externe factoren zoals steun van familie en vrienden, psychologische of psychiatrische begeleiding en/of behandeling met medicatie kunnen eraan bijdragen dat de negatieve spiraal van de depressie wordt doorbroken. Voor de praktijk van preventie en zorg geldt dat interventies effectief kunnen zijn als deze gericht zijn op:

- vatbaarheid voor depressie,
- (oorzakelijke) factoren die voorafgaan aan depressie
- factoren die betrekking hebben op de veerkracht van mensen

In 2011 formuleerde Machteld Huber samen met een gezelschap van gezondheidsexperts een nieuw gezondheidsbegrip. Gezond zijn in deze tijd moeten we volgens hen begrijpen als het in staat zijn tot aanpassing en het voeren van eigen regie ten aanzien van sociale, fysieke en emotionele uitdagingen. Daarmee komen ‘functioneren’, ‘veerkracht’ en ‘zelfregie’ centraal te staan. In dit licht hangt ‘gezond zijn’ vooral samen met de vraag of iemand zich staande weet te houden in de context van de verschillende uitdagingen die het leven biedt. Het individu beoordeelt zelf of hij of zij dat voldoende doet.

Huber onderscheidt in haar concept van positieve gezondheid zes gezondheidsdimensies om het ‘gezondheidswelzijn’ te meten (<http://www.allesisgezondheid.nl/content/positieve-gezondheid>):

- lichaamsfuncties:  
medische feiten, medische waarnemingen, fysiek functioneren, klachten en pijn, energie
- mentale functies en -beleving:  
cognitief functioneren, emotionele toestand, eigenwaarde/zelfrespect, gevoel controle te hebben, zelfmanagement en eigen regie, veerkracht

- spiritueel/existentiële dimensie:  
zingeving/meaningfulness, doelen/idealen nastreven, toekomstperspectief, acceptatie
- kwaliteit van leven:  
kwaliteit van leven/welbevinden, geluk beleven, genieten, ervaren gezondheid, lekker in je vel zitten, levenslust, balans
- sociaal maatschappelijke participatie:  
sociale en communicatieve vaardigheden, betekenisvolle relaties, sociale contacten, geaccepteerd worden, maatschappelijke betrokkenheid, betekenisvol werk
- dagelijks functioneren:  
basis Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), instrumentele ADL, werkvermogen, health literacy.

Waar de gezonde mens voldoende veerkracht en levenslust heeft om een leven te leiden dat voldoening geeft ontbreekt het de mens met een depressie aan veerkracht en mogelijkheden om het leven als betekenisvol te zien. Bij positieve gezondheid gaat het om het leiden van het leven, bij depressie om lijden aan het leven. Uitgaande van de symptomen die van depressie bekend zijn (NHG-standaard depressie, Multidisciplinaire richtlijn depressie, Royal College of Psychiatrists) kunnen bovenstaande gezondheidsdimensies als volgt voor een persoon met depressie ingevuld worden:

- lichaamsfuncties:  
vaak problemen met fysiek functioneren, weinig energie
- mentale functies en -beleving:  
vaak beperkingen in cognitief functioneren, emotionele problematiek, geringe eigenwaarde, weinig gevoel controle te hebben, beperkt zelfmanagement, weinig eigen regie, geringe veerkracht
- spiritueel/existentiële dimensie:  
gevoelens van zinloosheid, weinig of geen doelen/idealen om na te streven, geen toekomst zien
- kwaliteit van leven:  
geringe kwaliteit van leven/welbevinden, weinig geluk beleven, lijden aan het leven, matige of slechte ervaren gezondheid, niet lekker in je vel zitten, weinig of geen levenslust, uit balans
- sociaal maatschappelijke participatie:  
geringe sociale en communicatieve vaardigheden of (tijdelijke) beperkingen daarin, weinig of geen betekenisvolle relaties, geen of beperkte sociale contacten, niet geaccepteerd worden, weinig of geen maatschappelijke betrokkenheid, geen betekenisvol werk
- dagelijks functioneren:  
beperkingen bij de Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), gering werkvermogen.

Over de oorzaken en ontstaanswijze van depressie is veel geschreven. Analyses en modellen van depressie zijn erop gericht vragen zoals de volgende te beantwoorden:

- wat draagt bij aan een depressie bij deze persoon?
- waarom krijgt deze persoon een depressie, en iemand met een vergelijkbare achtergrond niet?
- wat is belangrijker: persoonskenmerken of omgevingsfactoren?
- wat bepaalt het beloop van depressie?
- waarom is de kans op herhaling bij depressie zo groot?
- welke factoren beschermen tegen het krijgen van een depressie?
- welke vormen van interventie en behandeling zijn effectief?

In het model van Beck en Bredemeier (2016) wordt op verschillende niveaus en vanuit verschillende disciplines een veelomvattend kader geschetst. We bespreken kort dit model omdat het helpt om de Drentse situatie te inventariseren en ook omdat daarin mogelijkheden van doelgerichte preventie en behandeling worden verkend.

Het model is gebaseerd op de aanname dat depressie een aanpassing is aan het subjectief ervaren verlies van essentiële en noodzakelijke hulpbronnen om het leven te kunnen leiden –zoals het verlies van een familielid, een levenspartner of van generatiegenoten. Dit verlies wordt eerder gezien als onoverkomelijk door mensen die een hoger risico op een ernstige depressie hebben vanwege specifieke genetische of omgevingsfactoren. De overkoepelende functie van het ‘depressie-programma’ zoals de onderzoekers het noemen is het bevorderen van het behoud van energie in een situatie waarin iemand geconfronteerd wordt met het subjectief ervaren verlies van hulpbronnen. Een depressie gaat vervolgens de negatieve overtuigingen bij mensen met een hoger risico versterken. Een hogere gevoeligheid voor stress en een sterk verankerde problematische denkstijl dragen eraan bij dat deze mensen met een hoog risico negatieve overtuigingen krijgen rond zichzelf, de wereld om hen heen en de toekomst (een ‘negatief cognitief drietal’ in de terminologie van Beck en Bredemeier). Wanneer deze overtuigingen geactiveerd worden, bijvoorbeeld door stressvolle gebeurtenissen, kunnen ze bepaalde emoties uitlokken zoals verdriet, vreugdeloosheid en schuldbesef en leiden tot bepaald gedrag zoals het zich terugtrekken, inactiviteit en verlies van eetlust.

Dit proces kan echter wel een halt toegeroepen worden wanneer de vitale hulpbronnen hersteld worden, ofwel omdat nieuwe informatie beschikbaar komt die negatieve gedachten bijstelt of omdat de situatie zelf verandert. Externe factoren zoals steun van familie en vrienden, psychologische of psychiatrische begeleiding en/of behandeling met medicatie kunnen eraan bijdragen dat de negatieve spiraal van de depressie wordt doorbroken.

Uit het model volgt een conclusie die belangrijk is voor de praktijk van preventie en zorg: interventies kunnen effectief bijdragen aan een daling van het risico of een verzachting van de symptomen als deze gericht zijn op:

- vatbaarheid voor depressie,
- (oorzakelijke) factoren die voorafgaan aan depressie
- factoren die betrekking hebben op de veerkracht van mensen.

In de volgende paragrafen onderzoeken we aan de hand van landelijke onderzoeksresultaten bij wie depressie naar verhouding meer voorkomt en welke maatschappelijke factoren invloed hebben op het vóórkomen van depressie in de bevolking. In Hoofdstuk 3 gaan we op dezelfde thema’s in om de Drentse situatie in beeld te brengen. Bovendien leggen we daarbij een relatie met verschillende aspecten van gezondheid om het ontbreken van positieve gezondheid en veerkracht bij mensen met depressie in Drenthe te laten zien.

## 2.3. Levensloop

Emotionele problemen komen vaker voor in het voortgezet onderwijs dan in het basisonderwijs. Deze problemen komen veel vaker voor bij meisjes dan bij jongens. Depressie komt van jong tot oud voor. Bovendien hebben mensen die ooit een periode van depressie hebben doorgemaakt een grote kans op een nieuwe depressie (recidive). Een belangrijke factor hierbij is dat vrouwen een bijna tweemaal grotere kans op een depressie hebben dan mannen. Ongeveer 20% van de volwassenen (18-64 jaar) krijgt naar schatting ooit te maken met een stemmingsstoornis of depressie. Voor vrouwen ligt dit aandeel op ongeveer een kwart, bij mannen gaat het om ruim 13%. Ook als gevraagd wordt naar de huidige toestand komen stemmingsstoornissen en depressie vaker voor bij vrouwen dan bij mannen: 1,5 maal vaker.

### 2.3.1. Kinderen en jongeren

Op landelijk niveau zijn geen gegevens beschikbaar die inzicht geven in het vóórkomen van depressie bij kinderen en jongeren. Wel kunnen we gebruik maken van vragenlijsten waarmee een grotere verscheidenheid aan psychosociale problemen op jonge leeftijd opgespoord of in kaart gebracht kan worden: zie de Bijlage: onderzoeksmethoden en meting.

Met de resultaten van de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) kunnen we enig inzicht krijgen in de mate waarin emotionele problemen voorkomen op jonge leeftijd. Uit de resultaten van het landelijke HBSC-onderzoek (de Looze et al., 2014, Stevens et al., 2018) blijkt dat emotionele problemen vaker voorkomen in het voortgezet onderwijs dan in het basisonderwijs. Ook valt op dat deze problemen veel vaker voorkomen bij meisjes dan bij jongens.

**Tabel 1** Prevalentie van emotionele problemen bij kinderen en jongeren in Nederland, naar geslacht en leeftijd, in percentages

	% 2013	% 2017
<b>Basisonderwijs</b>		
• Jongens	9,1	7,4
• Meisjes	21,7	14,4
• Totaal	15,4	10,9
<b>Voortgezet onderwijs</b>		
• Jongens	9,4	9,3
• Meisjes	31,0	28,6
• Totaal	20,0	18,7
• 12 jaar	16,5	15,6
• 13 jaar	20,6	16,8
• 14 jaar	20,0	20,0
• 15 jaar	21,5	19,9
• 16 jaar	21,6	21,8

Bron: HBSC-2013, HBSC-2017: de Looze et al. (2014) en Stevens et al. (2018)

### 2.3.2. Volwassenen en ouderen

Depressie komt van jong tot oud voor. Bovendien hebben mensen die ooit een periode van depressie hebben doorgemaakt een grote kans op een nieuwe depressie (recidive). Vrouwen hebben een bijna tweemaal grotere kans op een depressie dan mannen. Tabel 2 laat zien dat ongeveer 20% van de volwassenen (18-64 jaar) naar schatting ooit te maken krijgt met een stemmingsstoornis of depressie ('lifetime-prevalentie'). Voor vrouwen ligt dit aandeel op ongeveer een kwart, bij mannen gaat het om ruim 13%. Ook als gevraagd wordt naar de huidige toestand, vanaf een jaar geleden tot nu, komen stemmingsstoornissen en depressie vaker voor bij vrouwen dan bij mannen: 1,5 maal vaker.

**Tabel 2 Prevalentie van stemmingsstoornissen en depressie in Nederland, naar geslacht, in percentages**

	Man	Vrouw	Totaal
<b>Lifetime-prevalentie</b>			
• Alle stemmingsstoornissen	14,4	26,1	20,2
• Depressieve stoornis	13,1	24,4	18,7
<b>12-maandsprevalentie</b>			
• Alle stemmingsstoornissen	4,8	7,5	6,1
• Depressieve stoornis	4,1	6,3	5,2

Bron: Nemesis-2, De Graaf et al., 2012

De mate waarin mensen in hun leven te maken krijgen met een depressie wordt bepaald door de risico's op een depressie gedurende de levensloop en de kans op terugkeer van een eerder doorgemaakte depressie. Hoe hoog zijn die risico's op een depressie in de verschillende leeftijdscategorieën? Tabel 3 toont de percentages mensen met een stemmingsstoornis of depressie, vanaf de adolescentie tot hogere leeftijd. Twee bronnen van onderzoek zijn voor deze tabel gebruikt: de diagnostische werkwijze van het Nemesis-2 onderzoek, en de zelfrapportage van de Gezondheidsenquête van het CBS. Wat opvalt is dat het Nemesis-2 onderzoek lagere percentages laat zien dan de Gezondheidsenquête. Waarschijnlijk heeft dit vooral te maken met de verschillen in werkwijze: deelnemers aan de Gezondheidsenquête zijn eerder geneigd zichzelf als erg somber of depressief te zien als daar rechtstreeks naar gevraagd wordt dan deelnemers aan Nemesis-2 die een diagnostisch interview ondergaan. Ook als het gaat om het leeftijdspatroon laat de tabel een divers beeld zien. Nemesis-2 toont het hoogste percentage voor de jongste deelnemers aan het onderzoek, terwijl de Gezondheidsenquête geleidelijk oplopende percentages laat zien. Beide bronnen laten wel zien dat stemmingsstoornissen of depressie bij mensen van middelbare leeftijd relatief vaak voorkomen.

**Tabel 3 Stemmingsstoornissen of depressie in verschillende leeftijdscategorieën, jaarprevalenties, in percentages**

Leeftijds-categorie	%
met een stemmingsstoornis (Nemesis-2)	
19-24	9,0
25-34	7,1
35-44	5,3
45-54	6,2
55-64	4,4
erg somber of depressief (CBS)	
12-15	1,7
16-19	5,7
20-29	7,8
30-39	9,0
40-49	9,8
50-54	10,2
55-64	9,0
65-74	5,9
75+	7,0

Bron: Nemesis-2, De Graaf et al. (2012), CBS Statline, berekening van rekenkundig gemiddelde over de jaren 2014, 2015 en 2016

## 2.4. Sociale verbanden

Bepaalde sociale verbanden, zoals een volledig gezin voor opgroeiende kinderen of het samenleven met een partner, zijn hulpbronnen om het leven te kunnen leiden. De afwezigheid van deze hulpbronnen leidt tot hogere risico's op psychische problemen.

Emotionele problemen komen vaker voor bij kinderen en jongeren die in een onvolledig gezin opgroeien dan zij die in een volledig gezin opgroeien. Stemningsstoornissen bij volwassenen komen relatief veel vaker voor bij alleenstaanden en vooral alleenstaande ouders.

Depressie en de bredere categorieën van stemmingsstoornissen en emotionele problemen kunnen niet los gezien worden van de sociale verbanden waarin kinderen opgroeien en volwassenen leven. In de terminologie van het model van Beck en Bredemeier (zie paragraaf 2.2) zijn bepaalde sociale verbanden, zoals een volledig gezin voor opgroeiende kinderen of het hebben van een partner, hulpbronnen om het leven te kunnen leiden. Wanneer deze hulpbronnen beperkt aanwezig zijn leidt dit tot hogere risico's op psychische problemen. Tabel 4 laat zien dat emotionele problemen vaker voorkomen bij kinderen en jongeren die in een onvolledig gezin opgroeien dan zij die in een volledig gezin opgroeien.



**Tabel 4 Prevalentie van emotionele problemen bij kinderen en jongeren in Nederland, naar gezinsvorm, in percentages**

	Basisonderwijs		Voortgezet onderwijs	
	% 2013	% 2017	% 2013	% 2017
<b>Gezinsvorm</b>				
• <b>Onvolledig</b>	20,5	14,5	26,3	25,0
• <b>Volledig</b>	13,9	10,0	17,8	16,8

Bron: HBSC-2013, HBSC-2017: de Looze et al. (2014) en Stevens et al. (2018)

Waar bij kinderen en jongeren sprake is van een verhoogd risico van 1,5 bij het opgroeien in een onvolledig gezin zijn voor volwassenen de risico's op een stemmingsstoornis tot wel 3 maal hoger voor alleenstaanden dan voor mensen met een partner. Tabel 5 laat vanuit het Nemesis-onderzoek zien dat stemmingsstoornissen relatief veel vaker voorkomen bij alleenstaanden en vooral alleenstaande ouders.

**Tabel 5 Mensen met een stemmingsstoornis, naar huishoudenssamenstelling (belangrijkste vormen), in percentages**

Woonsituatie	% met stemmingsstoornis
<b>Met partner met kinderen</b>	3,9
<b>Met partner zonder kinderen</b>	4,0
<b>Alleenstaande ouder</b>	12,3
<b>Alleenstaand</b>	10,7

Bron: Nemesis-2 (De Graaf et al., 2012)

## 2.5. Sociaaleconomische positie

De sociaaleconomische positie van mensen heeft te maken met kansen om het leven naar eigen wensen in te richten en wordt beïnvloed door opleiding, kenmerken van het gezin en mogelijkheden op de arbeidsmarkt.

Het schoolniveau beïnvloedt weliswaar de prevalentie van emotionele problemen enigszins maar de invloed van gezinswelvaart is veel duidelijker. Kinderen en jongeren die opgroeien in een welvarend gezin lopen veel minder kans op emotionele problemen dan wanneer sprake is van geringe gezinswelvaart. Deze verschillen worden in het voortgezet onderwijs ook groter dan in het basisonderwijs. Voor volwassenen geldt hetzelfde: hun opleidingsniveau beïnvloedt weliswaar het risico op een stemmingsstoornis, maar de invloed van het inkomen is veel duidelijker. Bij mensen die werkloos of arbeidsongeschikt zijn valt vooral het veel hogere risico op een stemmingsstoornis op.

Niet alleen sociale maar ook economische hulpbronnen bieden bescherming tegen depressie. De sociaaleconomische positie van mensen heeft te maken met kansen om het leven naar eigen wensen in te richten en wordt beïnvloed door opleiding, kenmerken van het gezin waar mensen in opgroeien en mogelijkheden op de arbeidsmarkt. De relatie tussen sociaaleconomische positie en psychische problematiek is complex van aard en verre van eenduidig als het gaat om oorzaak en gevolg. Een ongunstige sociaaleconomische positie kan belemmerend zijn om de uitdagingen van het leven het hoofd te bieden. Een depressie kan echter ook de mogelijkheden om zich een maatschappelijke positie te verwerven schaden.

Tabel 6 laat zien dat het schoolniveau weliswaar de prevalentie van emotionele problemen enigszins beïnvloedt maar dat de invloed van gezinswelvaart veel duidelijker is. Kinderen en jongeren die

opgroeien in een welvarend gezin lopen veel minder kans op emotionele problemen dan wanneer sprake is van geringe gezinswelvaart. Deze verschillen worden in het voortgezet onderwijs ook groter dan in het basisonderwijs. Opvallend is dat ook voor volwassenen hetzelfde geldt: het opleidingsniveau van mensen beïnvloedt weliswaar het risico op een stemmingsstoornis (Tabel 7), maar de invloed van het inkomen is veel duidelijker. Slechts 3% van de volwassenen met een hoog inkomen heeft te maken met een stemmingsstoornis, terwijl bij ruim 11% van de volwassenen met een laag inkomen dit het geval is (Tabel 8). Wanneer we kijken naar werksituatie (Tabel 9) valt vooral het veel hogere risico op een stemmingsstoornis op bij mensen die werkloos of arbeidsongeschikt zijn. Ook hierbij is niet duidelijk wat de oorzaken en gevolgen zijn.

**Tabel 6 Prevalentie van emotionele problemen bij kinderen en jongeren in Nederland, naar schoolniveau en gezinswelvaart, in percentages**

	Basisonderwijs		Voortgezet onderwijs	
	% 2013	% 2017	% 2013	% 2017
<b>Schoolniveau</b>				
• VMBO-b			22,9	19,3
• VMBO-t			20,1	18,7
• HAVO			19,2	19,7
• VWO			17,8	17,6
<b>Gezinswelvaart</b>				
• Laag	18,4	18,5	26,0	26,0
• Midden	15,9	11,0	21,5	20,2
• Hoog	13,2	9,6	15,3	15,9

Bron: HBSC-2013, HBSC-2017: de Looze et al. (2014) en Stevens et al. (2018)

**Tabel 7 Mensen met een stemmingsstoornis, naar opleiding, in percentages**

Opleiding	% met stemmingsstoornis
Lager onderwijs	8,7
Lbo, Mavo	8,5
Mbo, Havo, Vwo	5,4
Hbo, Universiteit	4,6

Bron: Nemesis-2 (De Graaf et al., 2012)

**Tabel 8 Mensen met een stemmingsstoornis, naar inkomensniveau, in percentages**

Inkomen	% met stemmingsstoornis
Laag	11,4
Midden	5,4
Hoog	3,0

Bron: Nemesis-2 (De Graaf et al., 2012)

**Tabel 9 Mensen met een stemmingsstoornis, naar werksituatie, in percentages**

Werksituatie	% met stemmingsstoornis
Betaald werk	5,1
Huisvrouw/-man	5,2
Student	6,0
Werkloos, arbeidsongeschikt	18,4
Gepensioneerd, anders	5,5

Bron: Nemesis-2 (De Graaf et al., 2012)

In het Meerjarenprogramma Depressiepreventie worden werknemers in stressvolle beroepen gezien als een risicogroep. De relatie tussen werk en depressie is verre van eenduidig, want het ontstaan van een depressie kan te maken hebben met verschillende aspecten van werk en ook oorzaken buiten het werk om hebben. Het Nederlands Centrum voor beroepsziekten onderscheidt een aantal aspecten van werk die kunnen bijdragen aan een depressie (Nieuwenhuijsen):

- niet-passend werk, rolonduidelijkheid, niet geschikt zijn voor de functie
- ontbreken van sociale steun op het werk
- het hebben van teveel werk
- hoge psychologische taakeisen
- weinig regelmogelijkheden
- meegemaakte stressvolle gebeurtenissen op het werk
- procedurele onrechtvaardigheid



## 3 Depressie in Drenthe

### 3.1. Inleiding

Psychische aandoeningen komen niet gelijk verdeeld in dezelfde mate in de bevolking voor. Uit de verkenning van het thema in het vorige hoofdstuk bleek dat depressie vaker voorkomt in bepaalde risicogroepen en leeftijdscategorieën. Ook bleek dat vrouwen vaker een depressie hebben dan mannen. In dit hoofdstuk wordt geïnventariseerd hoe de patronen en verbanden eruitzien voor de Drentse samenleving. We maken hierbij gebruik van screeninggegevens van de JGZ en van de Gezondheidsmonitor 2016 onder volwassenen en ouderen. Deze cijfers hebben niet zozeer exclusief betrekking op depressie als diagnose of zelf-gerapporteerde aandoening, maar op risico's op psychische problematiek waartoe ook depressie behoort. We kijken hierbij zowel naar meer specifieke groepen met een *hoog risico* op angst of depressie als naar bredere groepen met een *verhoogd risico*. Met de hoog-risicogroep richten we ons op inwoners van Drenthe bij wie het aannemelijk is dat een aanzienlijk deel ervan een depressie had in de periode van deelname aan het onderzoek. Met een uitwerking voor bredere groepen met een verhoogd risico ('matig' en 'hoog' gecombineerd) krijgen we ook inwoners in het vizier bij wie preventieve maatregelen zouden kunnen helpen om een depressie te voorkomen. In dit hoofdstuk laten we vaak resultaten uitgesplitst naar geslacht zien omdat de verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft hun risico's op (angst of) depressie in veel subgroepen in de bevolking zichtbaar zijn.

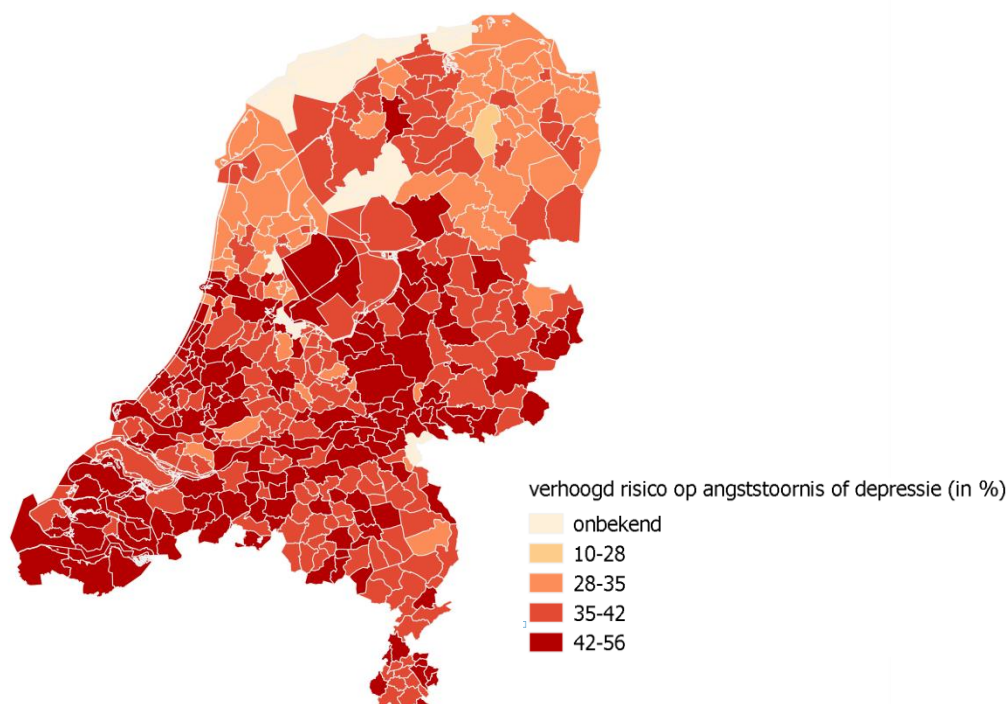
### 3.2. Drenthe op de kaart

In Drenthe zijn de percentages van volwassenen en ouderen met een verhoogde kans op depressie of een angststoornis in de meeste gemeenten lager dan het landelijk gemiddelde (variërend van 28% tot 35%). Uitzonderingen hierop vormen de gemeenten Assen, Meppel, Coevorden en Emmen met meer gemiddelde percentages (van 35% tot 42%).

De mate van verstedelijking lijkt op de kaart van Drenthe een rol van betekenis te spelen: de percentages zijn het hoogst in de meest verstedelijkte gebieden van Drenthe (Emmen, Assen, Meppel en de verstedelijkte kernen van Hogeveen en Coevorden). De Drentse kaart van angst en depressie wordt ook beïnvloed door de sociaaleconomische status van een gebied. In gebieden met relatief veel welgestelde inwoners komt depressie minder voor dan in gebieden met relatief veel armere en laag opgeleide inwoners met een ongunstige positie op de arbeidsmarkt.

De resultaten van de Gezondheidsmonitor 2016 bieden de mogelijkheid om op de kaart van Nederland en vervolgens van Drenthe te laten zien in welke mate volwassenen en ouderen een verhoogd risico op een angststoornis of een depressie hebben. Van een verhoogd risico wordt gesproken als uit de score op de 10 vragen van de Kessler-10 (zie Bijlage: onderzoeksmethoden en meting) een matig of hoog risico op angst of depressie naar voren kwam. In de hiernavolgende kaartjes en tabellen belichten we soms ook de categorie met een hoog risico op angst of depressie.

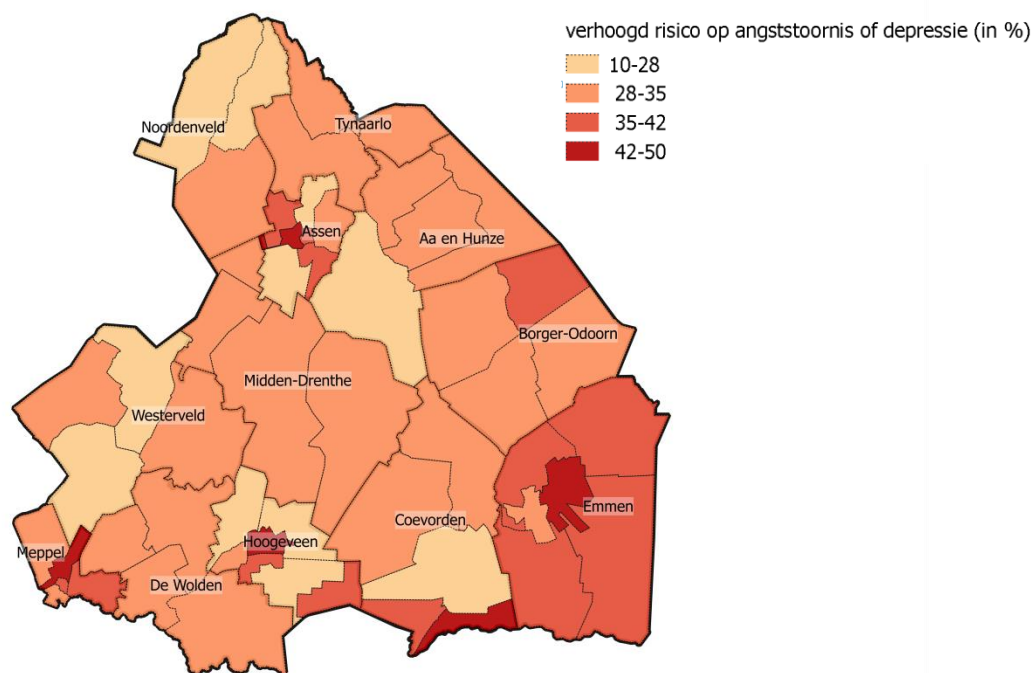
De kaart van Nederland (Figuur 1) laat zien dat relatief minder volwassenen en ouderen in Drenthe een verhoogde kans hebben op een angststoornis of depressie. Hogere percentages zijn zichtbaar in Midden-Nederland, de Randstad, het rivierengebied en delen van Noord-Brabant, en Zeeland.



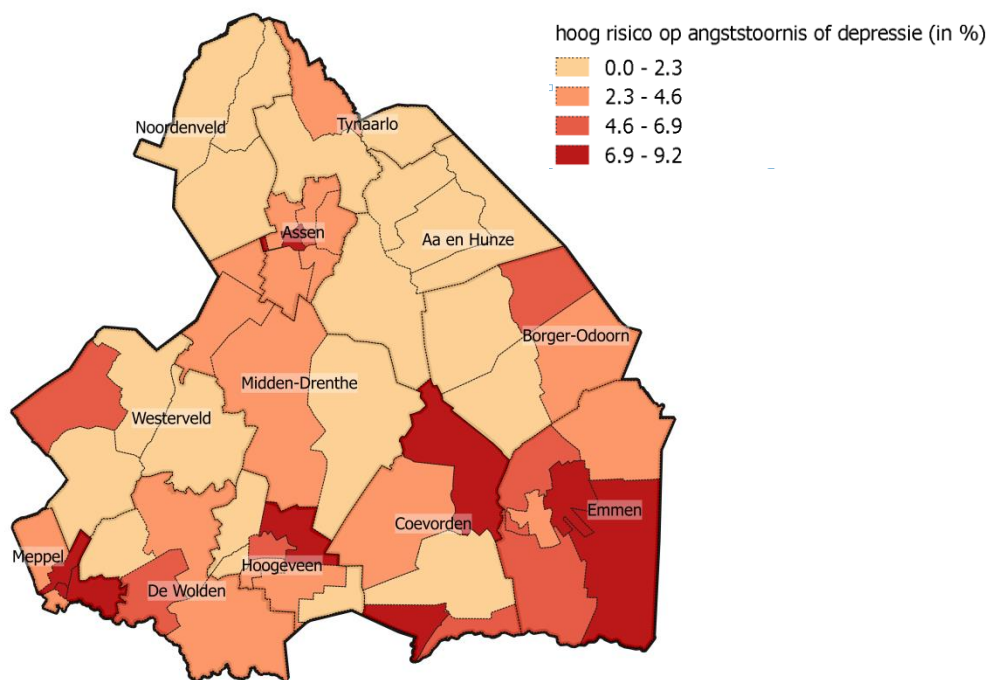
**Figuur 1 Verhoogd risico (matig en hoog risico gecombineerd) op een angststoornis of een depressie, gemeenten van Nederland, Gezondheidsmonitor 2016**

In Drenthe zijn de percentages in de meeste gemeenten beneden-gemiddeld (van 28% tot 35%). Uitzonderingen hierop vormen de gemeenten Assen, Meppel, Coevorden en Emmen met meer gemiddelde percentages (van 35% tot 42%).

Wanneer we inzoomen op Drenthe komen dezelfde vier gemeenten en ook de gemeente Hoogeveen naar voren met gebieden met verhoogde risico's op een angststoornis of depressie (Figuur 2). De volgende gebieden laten de hoogste percentages (42% en hoger) zien: Luchiesland (Assen), Watertoren (Meppel), De Heege (Coevorden), Emmen-Oost (Emmen) en Krakeel en Hoogeveen-Centrum (Hoogeveen). Dezelfde gemeenten en ook de gemeente Borger-Odoorn komen naar voren als het gaat om relatief hoge percentages (35-42%) in de volgende gebieden: Kloosterveen en Vredeveld (Assen), Oosterboer en Meppel-Centrum (Meppel), Klooster (Coevorden), De Monden, De Blokken, De Velden en Emmen-Noord (Emmen), Hoogeveen-Zuid, Elim en Nieuwlande (Hoogeveen) en Nieuw-Buinen (Borger-Odoorn). In Figuur 3 worden voor de gebieden in Drenthe percentages getoond die alleen betrekking hebben op een *hoog* risico op een angststoornis of een depressie. De gemeenten en gebieden die hierbij ongunstig naar voren komen zijn ongeveer dezelfde als eerder getoond. De gebieden Sleen en Schoonoord (Coevorden) en Buitengebied Noordoost (Hoogeveen) met een ongunstige positie komen hier nog bij.



**Figuur 2 Verhoogd risico (matig en hoog risico gecombineerd) op een angststoornis of een depressie, gebieden van de Drentse gemeenten, Gezondheidsmonitor 2016**



**Figuur 3 Hoog risico op een angststoornis of een depressie, gebieden van de Drentse gemeenten, Gezondheidsmonitor 2016**

De geografische spreiding van angst en depressie op de kaart van Drenthe heeft te maken met veel verschillende en onderling samenhangende factoren. We onderzochten er twee van: de mate van verstedelijking ('stedelijkheidsgraad') en de sociaaleconomische status van een gebied. De mate van verstedelijking lijkt zowel op de kaart van Nederland als de kaart van Drenthe een rol van betekenis te spelen: de percentages met verhoogd risico op een angststoornis of depressie zijn het hoogst in de meest verstedelijkte gebieden van Nederland (vooral de grote steden) en van Drenthe (Emmen, Assen, Meppel en de verstedelijkte kernen van Hoogeveen en Coevorden). Drenthe kent slechts een aantal 'sterk verstedelijkte' postcodegebieden, die in de rangorde van het CBS gerangschikt zijn in de tweede categorie. 'Zeer sterk stedelijke' gebieden in categorie 1 komen in Drenthe niet voor, terwijl de 'niet-stedelijke' gebieden (categorie 5) zijn oververtegenwoordigd. Wanneer we kijken naar de gebiedsindeling van de GGD Drenthe (waarbij de meeste gebieden zijn samengesteld uit meerdere postcodegebieden) blijft slechts een klein aantal sterk stedelijke gebieden over. In Figuur 4 worden de 56 gebieden van Drenthe getoond met hun mate van stedelijkheid en het percentage van inwoners met een verhoogd risico op een angststoornis of een depressie. De afgebeelde dalende trendlijn laat zien dat de risico's op angst of depressie afnemen naarmate een gebied minder verstedelijkt is. Een verschil tussen de sterk verstedelijkte gebieden (met een positie tussen 2 en 3) en de plattelandsgebieden (met positie 5) komt ook naar voren: in de sterk verstedelijkte gebieden heeft 35% of meer van de inwoners een verhoogd risico terwijl in de meeste plattelandsgebieden juist minder dan 35% van de inwoners een verhoogd risico heeft.

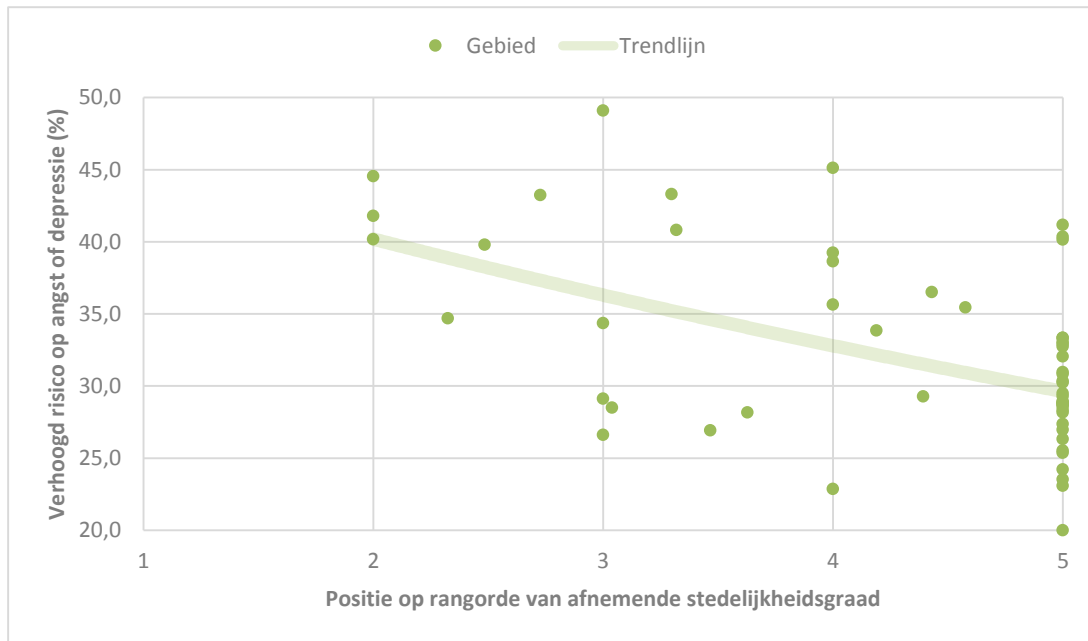
Deze relatie tussen stedelijkheidsgraad en het risico op angst of depressie in Drenthe komt overeen met het landelijke beeld. Binnen Nederland lijden in de stad tachtig procent meer mensen aan een psychische stoornis dan op het platteland (Website Zorg+Welzijn, 2009). Hoe komt het dat zoveel mensen in de stad psychische stoornissen hebben? Volgens onderzoeker Jaap Peen ligt het antwoord bij wat de sociale stress-theorie wordt genoemd: 'Kort gezegd: dat zaken als vervuiling en woonomstandigheden van grote invloed zijn op het welzijn van mensen. Er is op het platteland bovendien veel meer sociale cohesie dan in de stad. Het platteland is simpelweg gezonder. Want er is niet alleen meer sociale cohesie, er zijn ook minder files, er is minder luchtvervuiling en meer groen.(...) De kans dat je geestelijke gezondheid achteruit gaat in de stad is nu eenmaal aantoonbaar groter dan op het platteland. De stad maakt kennelijk ziek.' (Website Zorg+Welzijn, 2009). Een andere verklaring voor de hogere risico's op psychische problematiek in de stad wijst vooral op selectiemechanismen: mensen met bepaalde risico's op psychische problematiek (bijvoorbeeld: lage sociaaleconomische status, alleenstaand) verhuizen relatief vaker naar de stad of blijven er langer wonen (Gruebner et al., 2017).

De tweede factor die de geografische spreiding van angst en depressie beïnvloedt is de sociaaleconomische status van een gebied. Welgestelde mensen met een hogere opleiding en met goedbetaald werk hebben bijvoorbeeld een veel lager risico op een depressie dan lager opgeleide mensen die het minder breed hebben (Lorant et al., 2003). Op het niveau van gebieden komt dit verband ook naar voren: in gebieden met relatief veel welgestelde inwoners komt depressie minder voor dan in gebieden met relatief veel armere en laagopgeleide inwoners met een ongunstige positie op de arbeidsmarkt.

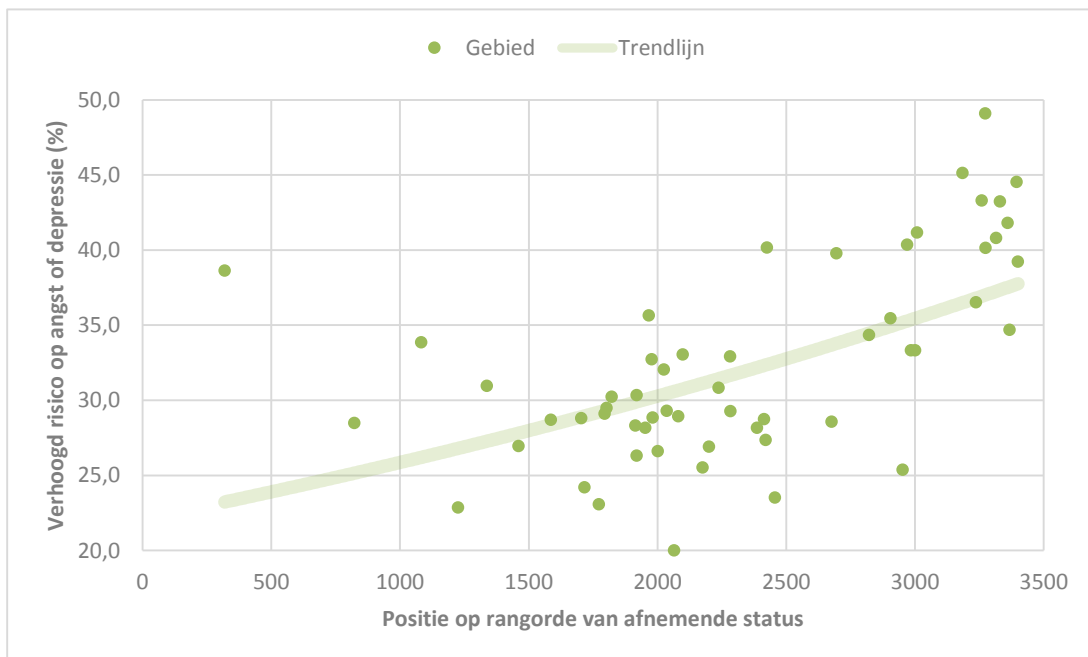
Sinds 1998 wordt door het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) een rangorde van postcodegebieden in Nederland op basis van sociaaleconomische status gemaakt. Deze status wordt voor elk gebied berekend vanuit vier gegevens: gemiddelde inkomen in het gebied, percentage mensen met een laag inkomen, percentage laagopgeleiden en percentage mensen dat niet werkt. Voor het jaar 2016 werd voor 3546 gebieden in Nederland een statusscore berekend en een rangorde van 1 (meest gunstige positie) tot 3546 (meest ongunstige positie) bepaald. Gebieden met een gemiddelde status hebben een positie in deze rangorde van ongeveer 1700 tot 2300; gebieden met een hogere status hebben een positie lager dan 1700 en gebieden met een lagere status een positie in de rangorde hoger dan 2300. In Drenthe komen relatief veel gebieden voor met een lagere sociaaleconomische status. Op



het niveau van de gebiedsindeling van GGD Drenthe wordt het spectrum begrensd door Kloosterveen in Assen met de hoogste status en Klooster in Coevorden met de laagste status. In Figuur 5 worden de 56 gebieden van Drenthe getoond met hun positie op de rangorde van (afnemende) status en het percentage van inwoners met een verhoogd risico op een angststoornis of een depressie. De afgebeelde stijgende trendlijn laat zien dat de risico's op angst of depressie toenemen naarmate een gebied een lagere sociaaleconomische status heeft. De figuur laat ook een tweedeling zien tussen gebieden: enerzijds gebieden met een gemiddelde status en relatief weinig angst of depressie; anderzijds gebieden met een lage status en met relatief veel angst of depressie.



**Figuur 4 Relatie tussen stedelijkheidsgraad en verhoogd risico (matig en hoog risico gecombineerd) op angst en depressie, gebieden van Drenthe**



**Figuur 5 Relatie tussen sociaaleconomische status en verhoogd risico (matig en hoog risico gecombineerd) op angst en depressie, gebieden van Drenthe**

### 3.3. Levensloop: van jong tot oud

Meisjes hebben ongeveer 5 maal vaker dan jongens een verhoogd risico op emotionele problemen, en dat blijkt zowel uit de gezondheidsmonitor als uit de screening van de JGZ. Opmerkelijk is dat de verschillen tussen de onderwijsniveaus gering zijn. Bijna 10% van de leerlingen in klas 4 van het VO en in klas 1 van het MBO heeft een verhoogd risico op depressie. Meisjes hebben een hoger risico op depressie dan jongens.

Voor volwassenen in Drenthe geldt dat vrouwen een hoger risico op angst en depressie hebben (met een factor anderhalf) dan mannen, zoals dat ook uit de landelijke onderzoeken naar voren komt. Uitzondering hierop wordt gevormd door mannen die op middelbare leeftijd een hoger risico hebben dan vrouwen.

#### 3.3.1. Jongeren

Uit het HBSC-onderzoek van 2013 en 2017 kwam naar voren dat emotionele problemen vaker voorkomen bij leerlingen van het voortgezet onderwijs dan bij kinderen op de basisschool. In hoeverre sprake is van een piek in het voorkomen van psychische problematiek tijdens de adolescentie (gevolgd door een daling in de volwassenheid) is niet duidelijk. Wel is duidelijk dat de adolescentie een kritische periode vormt voor het zich openbaren van stemmingsstoornissen. De resultaten van de gezondheidsmonitor Jeugd van 2013 bevestigen het beeld dat emotionele problemen vaker aan de orde zijn naarmate leerlingen in het voortgezet onderwijs ouder zijn. Wel zijn vanwege definitieverschillen de percentages die in Tabel 10 getoond worden beduidend lager dan de eerder voor het landelijk beeld gepresenteerde resultaten. Meisjes hebben ongeveer 5 maal vaker dan jongens een verhoogd risico op emotionele problemen, en dat blijkt zowel uit de gezondheidsmonitor als uit de screening van de JGZ. Opmerkelijk is dat beide bronnen ook uitwijzen dat de verschillen tussen de onderwijsniveaus gering zijn.

Sinds het schooljaar 2015-2016 wordt in Drenthe in de vierde klas van het VO en in de eerste klas van het MBO een contactmoment van de JGZ gehouden. Gebruik wordt hierbij gemaakt van de systematiek van Jij en Je Gezondheid (JEJG). Onderdeel van de gehele vragenlijst van JEJG is een set van 25 vragen die gericht zijn op het signaleren van angst en depressie. Met de antwoorden op de 10 vragen die specifiek betrekking hebben op de signalering van depressie kunnen we dichterbij een schatting van het percentage jongeren met een depressie komen dan vanuit de bronnen die we tot nu toe hebben gebruikt (zie Bijlage: onderzoeksmethoden en meting). De waarden van de 10 antwoorden worden bij elkaar opgeteld en afkapwaarden worden gehanteerd om onderscheid te maken tussen 'groen' (geen risico), 'oranje' (verhoogd risico) en 'rood' (hoog risico).

Tabel 11 laat zien dat bijna 10% van de leerlingen in klas 4 van het VO en in klas 1 van het MBO een verhoogd of hoog risico op depressie heeft. Het aandeel van deze leerlingen met een hoog risico (5,3%) komt in de buurt van de percentages met emotionele problemen die voor de leeftijdsgroep 15-18 jaar werden gevonden (zie Tabel 10). De verschillen tussen jongens en meisjes zijn nu geringer vanwege een bijstelling van de afkapwaarden voor geslacht, maar meisjes hebben ook hier een hoger risico op depressie dan jongens.

**Tabel 10** Prevalentie van emotionele problemen bij jongeren in het voortgezet onderwijs, naar leeftijd, geslacht en onderwijsniveau, Drenthe, in percentages

% met indicatie voor emotionele problemen (SDQ)	
<b>Bron: Gezondheidsmonitor Jeugd 2013</b>	
<b>Totaal</b>	5,1
<b>Leeftijd</b>	
• 12-14 jaar	4,9
• 15-18 jaar	6,4
<b>Geslacht</b>	
• Jongen	1,9
• Meisje	9,7
<b>Onderwijsniveau</b>	
• VMBO-t	5,6
• VMBO overig	6,2
• HAVO	5,7
• VWO	5,6
<b>Bron: Gezondheidsonderzoek JGZ klas 2 2014-2017</b>	
<b>Totaal (leeftijd 13-14 jaar)</b>	3,9
<b>Geslacht</b>	
• Jongen	1,3
• Meisje	6,4
<b>Onderwijsniveau</b>	
• VMBO	4,0
• HAVO/VWO	3,9

Bron: GGD Drenthe, gezondheidsmonitor Jeugd 2013, vragenlijst gezondheidsonderzoek in klas 2 VO, 2014-2017

**Tabel 11** Indeling van leerlingen van het VO en het MBO in risicogroepen van depressie, Drenthe, 2016-2017, naar geslacht, in percentages

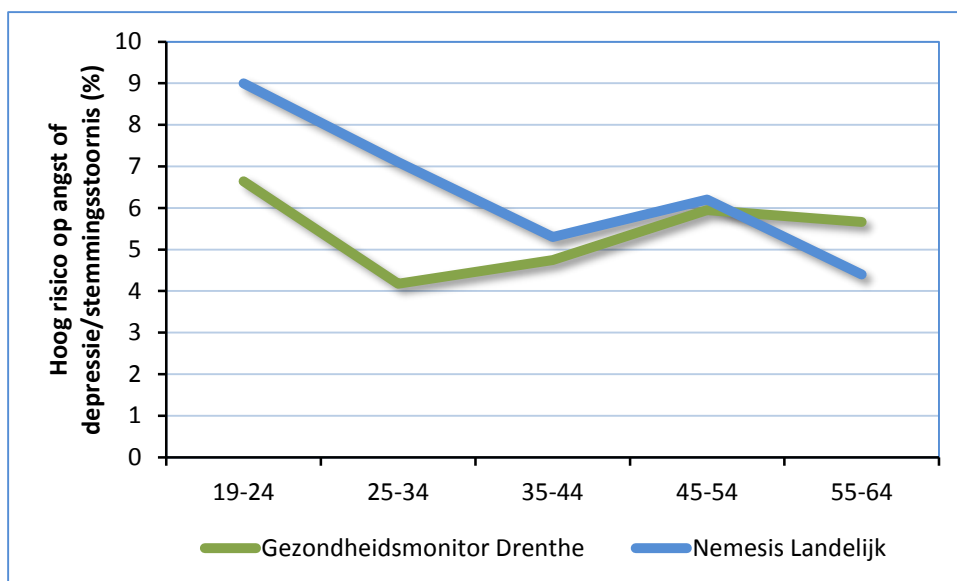
	Risicogroepen Depressie		
	Oranje (%)	Rood (%)	Oranje en rood (%)
<b>Jongen</b>	3,1	4,2	7,3
<b>Meisje</b>	5,9	6,3	12,2
<b>Totaal</b>	4,6	5,3	9,9

Bron: resultaten vragenlijst Jij en je Gezondheid, klas 4 HAVO/VWO en leerjaar 1 MBO in Drenthe

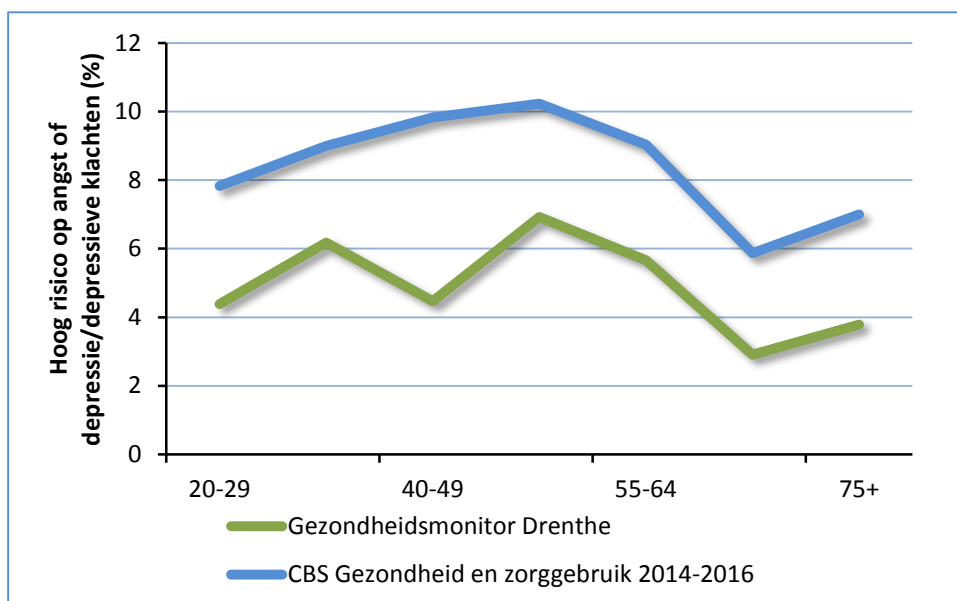
### 3.3.2. Volwassenen en ouderen

Bij de verkenning van het thema in het vorige hoofdstuk is getoond dat het risico op een stemmingsstoornis zoals depressie bij jonge volwassenen relatief hoog is, vervolgens tot aan de middelbare leeftijd daalt en dan rond middelbare leeftijd een tijdelijke stijging laat zien. En vanuit de zelfrapportage van depressieve klachten van het CBS bleek ook een stijging rond de middelbare leeftijd, gevolgd door een tijdelijke daling en voor ouderen weer een stijging. In Figuur 6 en Figuur 7 laten we zien dat de Drentse percentages van mensen met een hoog risico op angst of depressie het

landelijk beeld van respectievelijk stemmingsstoornissen (vanuit het Nemesis-onderzoek) en van depressieve klachten (vanuit het CBS-onderzoek) volgen.



**Figuur 6 Personen met hoog risico op angst of depressie (Drenthe) en personen met stemmingsstoornis (Nederland), in %**

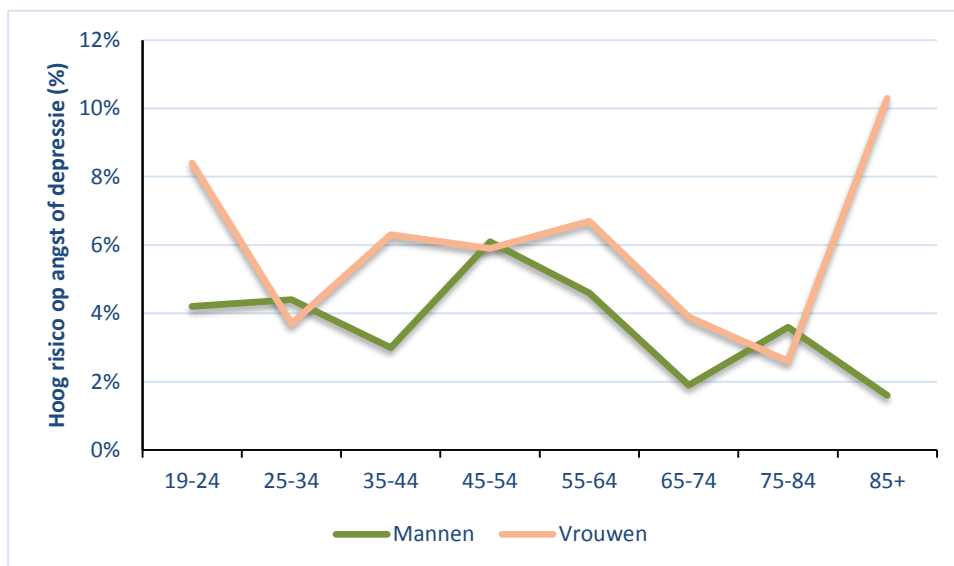


**Figuur 7 Personen met hoog risico op angst of depressie (Drenthe) en personen met depressieve klachten (Nederland), in %**

Over het algemeen zijn de percentages in Drenthe lager dan wat uit de twee landelijke onderzoeken naar voren komt. Dit kan deels verklaard worden uit definitieverschillen en verschillen in onderzoeksopzet. Deels kan het ook te maken hebben met een werkelijk bestaande lagere prevalentie van depressie in de Drentse bevolking. Ook geldt in Drenthe dat vrouwen een hoger risico op angst en depressie hebben dan mannen, zoals dat ook uit de landelijke onderzoeken bleek. Uit het Nemesis-onderzoek bleek dat de 'lifetime-prevalentie' van depressie bij vrouwen bijna tweemaal zo hoog is als bij mannen, de 12-maands prevalentie ruim anderhalf maal zo hoog. Uit het CBS-onderzoek bleek dat vrouwen jaarlijks gemiddeld ongeveer anderhalf maal zo vaak als mannen sombere of depressieve gevoelens hadden. De Drentse resultaten voor een hoog risico op angst of

depressie wijzen ook op een factor anderhalf en sluiten daarmee het meest aan bij die van het CBS-onderzoek. Voor volwassenen tot 65 jaar (waar het Nemesis-onderzoek betrekking op heeft) geldt voor Drenthe dat de verschillen tussen vrouwen en mannen wat minder uitgesproken zijn (een factor 1,3).

Figuur 8 laat zien wat deze risico's zijn voor mannen en vrouwen gedurende de levensloop. Opvallend in deze figuur is dat verhoudingsgewijs veel meer vrouwen dan mannen een hoog risico op angst of depressie hebben op jonge en oude leeftijd. Daartussenin valt de stijging van de risico's voor mannen op middelbare leeftijd op.



**Figuur 8 Personen met hoog risico op angst of depressie in Drenthe, mannen en vrouwen, in %**

### 3.4. Kenmerken van het huishouden

Middelbare scholieren (klas 4 en MBO) die in een eenoudergezin of in een nieuw tweeoudergezin wonen hebben duidelijk verhoogde risico's op een depressie. Opmerkelijk genoeg zijn die verhoogde risico's niet zichtbaar bij jongeren die in een co-oudergezin wonen. Voor volwassenen geldt dat samenlevingsverbanden zoals het huwelijk of het samenwonen met of zonder kinderen de meeste bescherming bieden tegen een depressie. Het ontbinden ervan door een scheiding zorgt juist voor sterk verhoogde risico's. De belangrijkste risicogroepen zijn: alleenwonenden, vrouwen in een eenoudergezin, weduwes en weduwnaars, gescheiden mensen en ongehuwden. Over het algemeen zijn er minder mannen met een verhoogd risico dan vrouwen, maar er zijn enkele uitzonderingen: weduwnaars hebben vaker een verhoogd risico dan weduwes en ook is er nauwelijks verschil tussen alleenwonende mannen en alleenwonende vrouwen. Gescheiden en alleenstaande mannen hebben vaker een hoog risico op angst of depressie dan vrouwen.

#### 3.4.1. Jongeren

Vanuit het landelijke HBSC-onderzoek bleek dat bij kinderen en jongeren die in een onvolledig gezin leven een hogere kans op emotionele problemen bestaat (zie Tabel 4). Met de vragen over depressie in de vragenlijst van Jij en je Gezondheid kunnen we nauwkeuriger laten zien voor Drenthe welke invloed de gezinsvorm van jongeren heeft op het risico op een depressie. Tabel 12 laat zien dat van

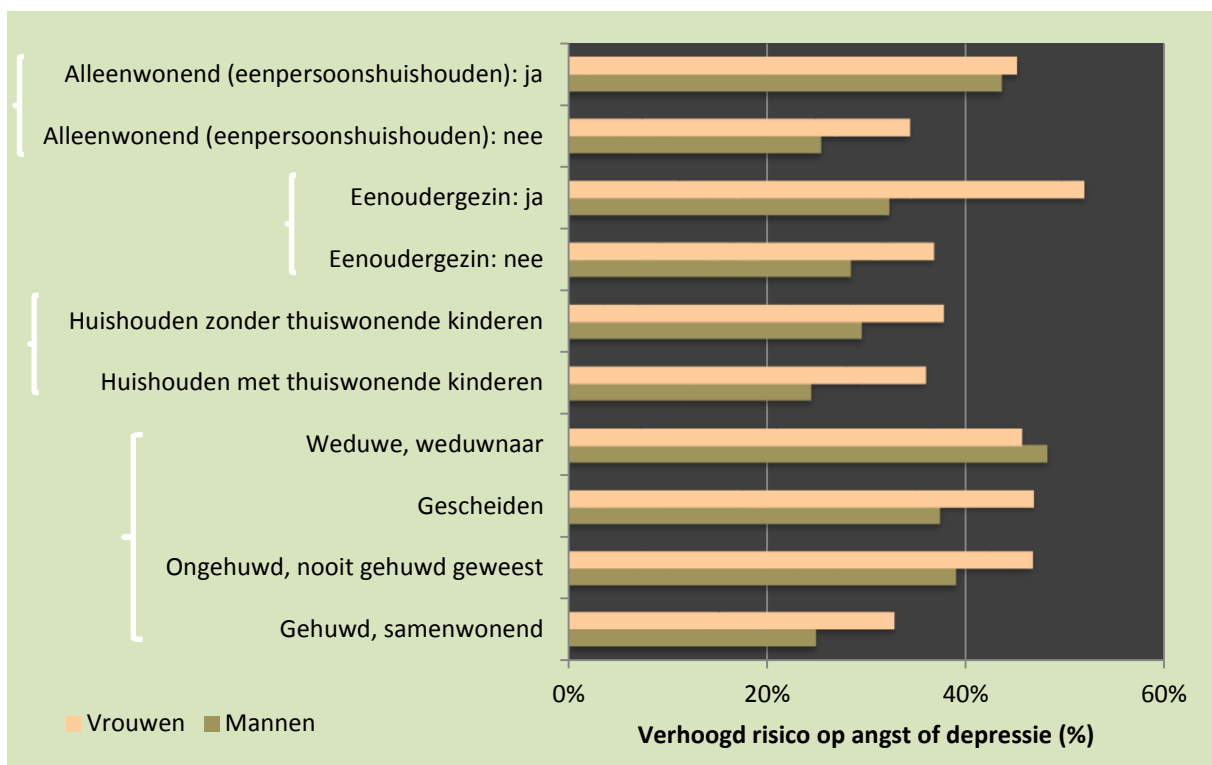
verhoogde risico's ('oranje' en 'rood') vooral sprake is bij jongeren die in een eenoudergezin of in een nieuw tweoudergezin wonen. Opmerkelijk genoeg zijn die verhoogde risico's niet zichtbaar bij jongeren die in een co-oudergezin wonen. En ook opmerkelijk is het dat de hoge risico's ('rood') op depressie vooral te vinden zijn bij jongeren die in een nieuw tweoudergezin wonen. In hoeverre bij deze bevindingen meespeelt dat jongeren in eenoudergezinnen of nieuwe tweoudergezinnen minder frequent of geen contact hebben met één van beide ouders is vanuit deze gegevens niet te zeggen.

**Tabel 12 Risico op depressie naar gezinsvorm, jongeren in klas 2 HAVO/VWO en leerjaar 1 van het MBO, Jij en je Gezondheid 2016-2017, Drenthe**

	Risicogroepen Depressie		
	Oranje (%)	Rood (%)	Oranje en rood (%)
<b>Oorspronkelijk tweoudergezin</b>	4,2	4,4	8,6
<b>Co-oudergezin</b>	1,2	4,9	6,2
<b>Eenoudergezin</b>	9,6	8,2	17,8
<b>Nieuw tweoudergezin</b>	2,7	13,3	15,9
<b>Anders</b>	5,7	3,8	9,4

### 3.4.2. Volwassenen en ouderen

De eerder besproken fluctuaties gedurende de levensloop houden deels verband met de huishoudenssituatie van mensen. Op jonge leeftijd leven mensen relatief vaak in een éénpersoons-huishouden en ook op oudere leeftijd kunnen mensen terugkeren naar die situatie door het overlijden van een partner of door een echtscheiding. Samenlevingsverbanden zoals het huwelijk of het samenwonen met of zonder kinderen bieden de meeste bescherming tegen een depressie, terwijl het ontbinden ervan door een scheiding juist zorgt voor sterk verhoogde risico's. We laten voor de bredere groep van mensen met een matig of hoog ('verhoogd') risico op angst of depressie zien wat de invloed is van leefsituatie, huishoudenssamenstelling en burgerlijke staat. In Figuur 9 zijn de volgende risicogroepen te onderscheiden: alleenwonenden, vrouwen in een eenoudergezin, weduwes en weduwnaars, gescheiden mensen en ongehuwden. Opvallend is dat de verschillen tussen huishoudens met en zonder thuiswonende kinderen gering zijn. Over het algemeen zijn er minder mannen met een verhoogd risico dan vrouwen, maar er zijn enkele uitzonderingen: weduwnaars hebben vaker een verhoogd risico dan weduwes, en er is nauwelijks verschil tussen alleenwonende mannen en alleenwonende vrouwen. Bij de hoog-risicogroep (hier niet getoond) valt op dat gescheiden en alleenstaande mannen vaker een hoog risico op angst of depressie hebben dan vrouwen.

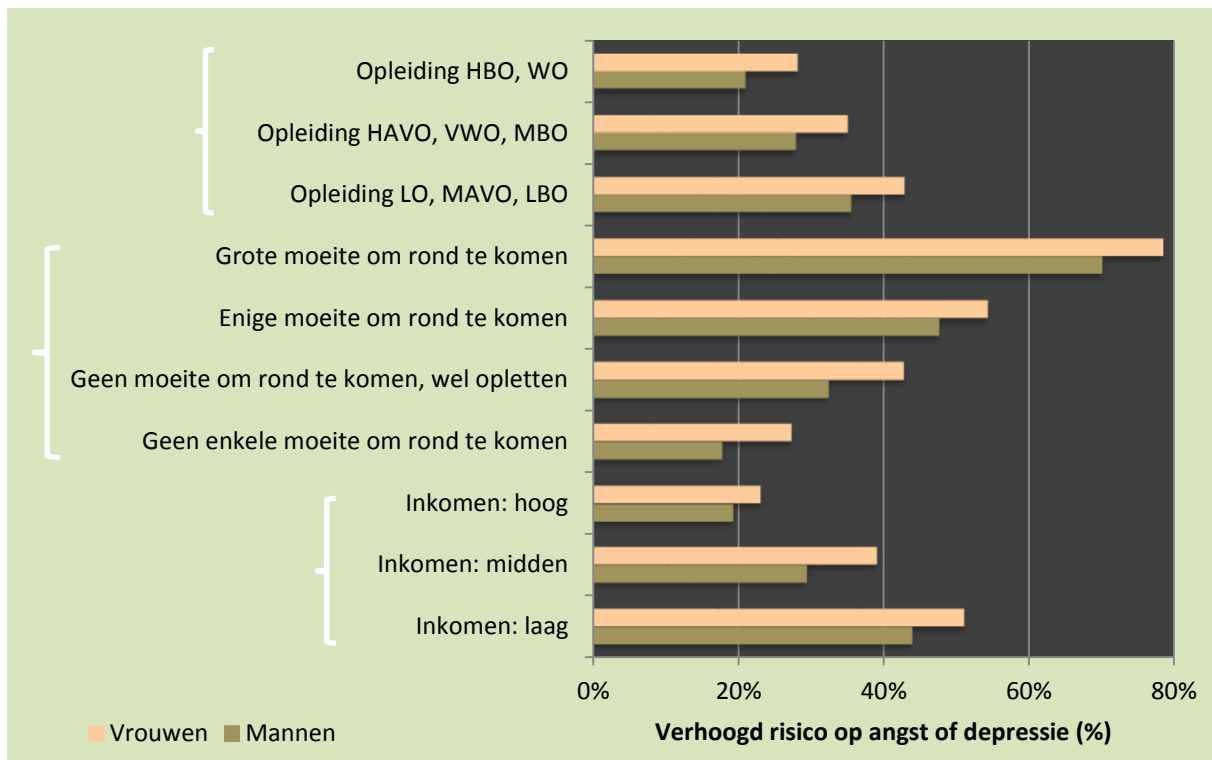


**Figuur 9 Verhoogd risico (matig en hoog risico gecombineerd) op angst of depressie (in %), Drenthe, naar levenssituatie, huishoudens-samenstelling en burgerlijke staat**

### 3.5. Sociaaleconomische positie

Nog meer dan bij de landelijke resultaten blijkt voor Drenthe hoe groot de invloed is van een laag inkomen en vooral van moeite met rondkomen op het risico op angst of depressie. Bijna 80% van volwassenen en ouderen in Drenthe die aangeven grote moeite te hebben met rondkomen heeft een verhoogd risico op angst of depressie.

Eerder in dit hoofdstuk kwam naar voren dat verhoogde risico's op angst of depressie meer gevonden worden in gebieden met een lagere sociaaleconomische status (zie Figuur 5). Dergelijke verbanden op regionaal of gebiedsniveau komen voort uit een sterke samenhang op individueel niveau tussen iemands (psychosociaal) welbevinden en zijn of haar sociaaleconomische positie. Die sterke samenhang die al vanuit het landelijke Nemesis-onderzoek werd getoond geldt ook voor Drenthe. Nog meer dan bij de landelijke resultaten toont Figuur 10 voor Drenthe hoe groot de invloed is van een laag inkomen en vooral van moeite met rondkomen op het risico op angst of depressie. Bijna 80% van volwassenen en ouderen in Drenthe die aangeven grote moeite te hebben met rondkomen heeft een verhoogd risico op angst of depressie.



**Figuur 10** Verhoogd risico (matig en hoog risico gecombineerd) op angst of depressie (in %), Drenthe, naar opleidingsniveau, moeite om rond te komen en inkomen

### 3.6. Gezondheid

Uit de screeningresultaten van Jij en je Gezondheid blijkt dat jongeren met een verhoogd risico op depressie een gezondheidsprofiel hebben dat sterk afwijkt van jongeren met een gering risico: zij hebben vaak te maken met angst, slapen slechter, en hebben vaker een verhoogd risico op suïcide. Ook is hun voedingspatroon ongezonder, bewegen zij minder en ervaren zij vaker allerlei psychosociale problemen. Zij zijn bijvoorbeeld vaker eenzaam en ondergaan vaker vormen van emotionele mishandeling of verwaarlozing.

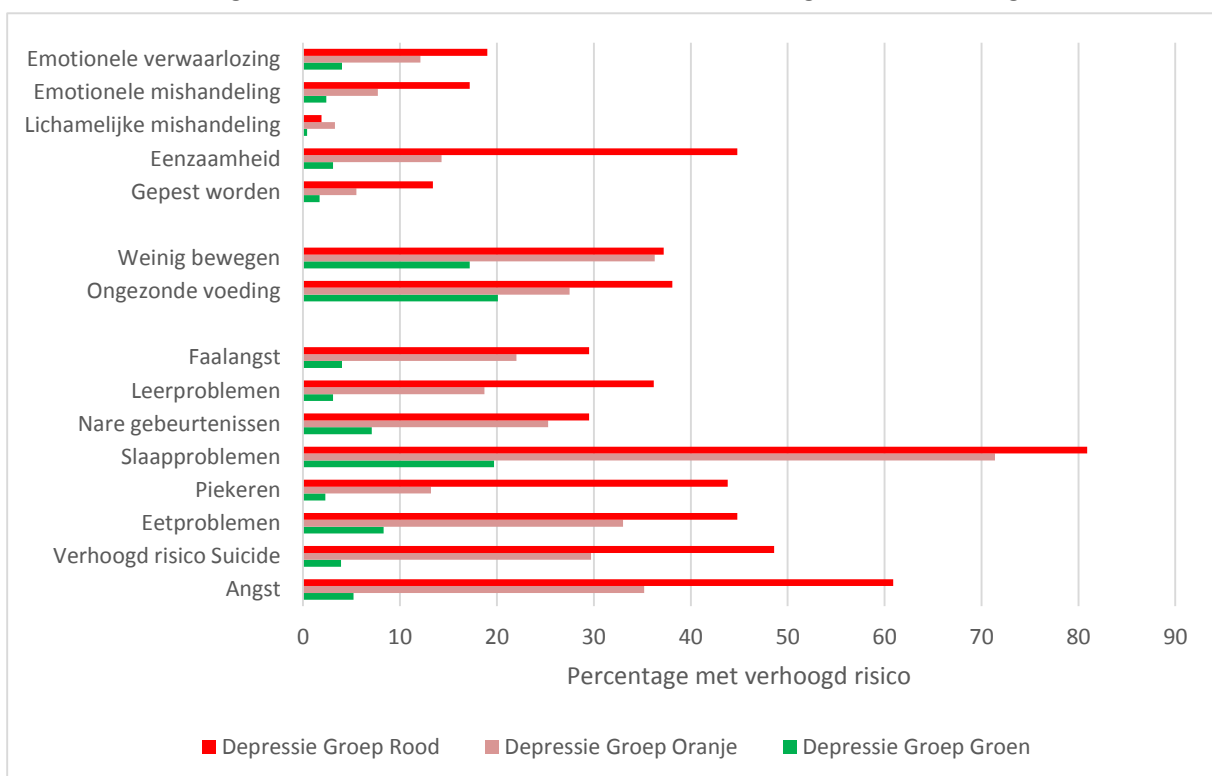
Volwassenen met een langdurige ziekte of aandoening hebben vaker een verhoogd risico op angst of depressie. Wanneer zij daarbij ook een (ernstige) beperking hebben is nog vaker sprake van een verhoogd risico.

Het hebben van een chronische aandoening hoeft niet altijd te leiden tot minder welbevinden of zelfs tot een (verhoogde kans op) depressie. Mogelijk gaat het er meer om in welke mate mensen hun leven kunnen (blijven) leiden in de samenleving zoals ze dat zelf willen en regie kunnen hebben over hun eigen leven. Wanneer die regie over het eigen leven onvoldoende is of ontbreekt is de kans op een angst of depressie veel groter dan wanneer men zelf wel het leven kan leiden dat men graag wil. Voor Drenthe geldt dat verhoogde risico's op angst of depressie sterk samenhangen met de mate van regie en met belemmeringen in het ontplooiën van sociale activiteiten. Mobiliteitsbeperkingen spelen hierbij ook vaak een rol.



### 3.6.1. Jongeren

Depressie hangt altijd samen met gezondheidsklachten of –problemen. Die samenhang kan causaal van aard zijn: depressie heeft andere klachten of problemen tot gevolg, maar ook kan een depressie het gevolg zijn van die klachten of problemen. Vaak maakt depressie deel uit van een bepaald ziekteproces of een syndroom met andere comorbiditeiten: zo gaan depressie en angst vaak samen. Voor jongeren die op basis van Jij en je Gezondheid ingedeeld zijn in de risicogroepen van depressie ('groen', 'oranje' en 'rood') gingen we na in hoeverre zij verhoogde risicoscores hadden op andere indicatoren van gezondheid, gezondheidsgedrag en psychosociale problematiek. Uit Figuur 11 komt duidelijk naar voren dat jongeren met een verhoogd risico op depressie een gezondheidsprofiel hebben dat sterk afwijkt van jongeren met een gering risico: zij hebben vaak te maken met angst, slapen slechter, en hebben vaker een verhoogd risico op suïcide (oplopend tot bijna de helft van de jongeren in de groep 'rood' met een hoog risico op depressie). Ook eten zij vaak ongezond, bewegen zij minder en ervaren zij vaker allerlei psychosociale problemen. Zij zijn bijvoorbeeld vaker eenzaam en ondergaan vaker vormen van emotionele mishandeling of verwaarlozing.



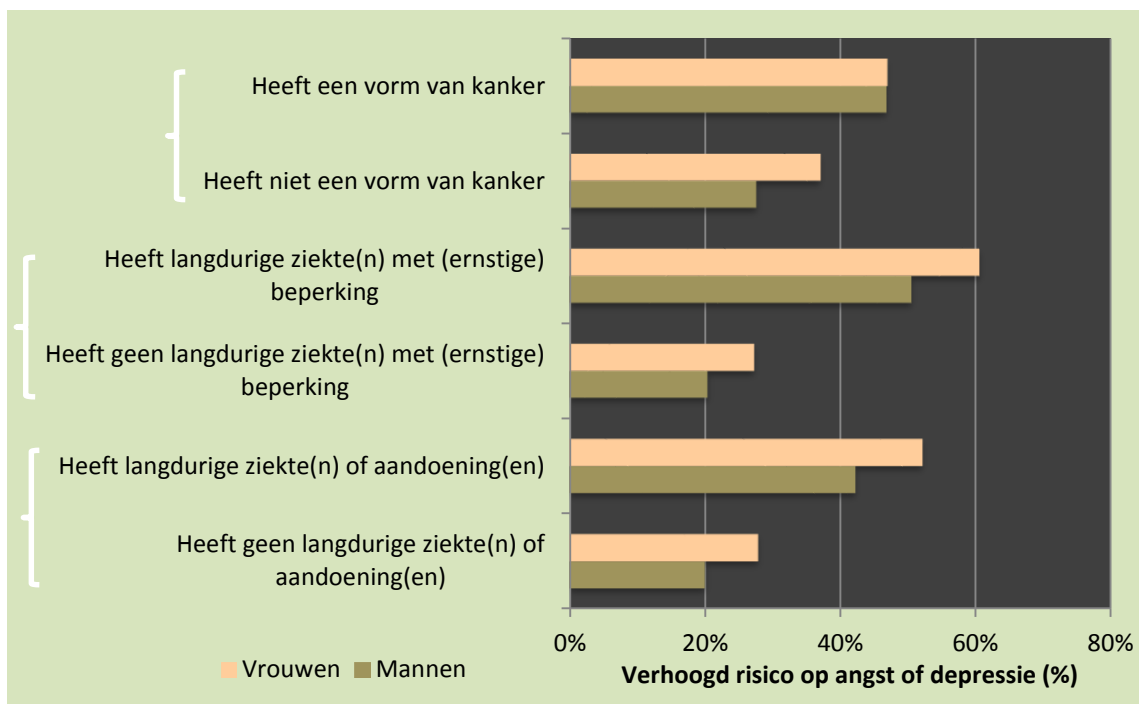
**Figuur 11 Relatie tussen risico's op depressie en gezondheidsindicatoren, klas 4 HAVO/VWO en leerjaar 1 MBO, Drenthe 2016-2017, percentages met verhoogd risico**

### 3.6.2. Volwassenen en ouderen

Eén van de risicogroepen in het Meerjarenprogramma wordt gevormd door mensen met een chronische aandoening. Chronisch zieken hebben vaak een verhoogd risico op depressieve gevoelens of een depressie, bijvoorbeeld vanwege de beperkingen en problemen die ze door ziekte ervaren in het dagelijks leven of de impact van de (medische) behandeling die zij ondergaan. Met de cijfers van Drenthe tonen we hier de risico's op angst en depressie bij chronisch zieken. Bovendien kijken we ook naar de samenhang met gezondheid in brede zin.

Figuur 12 laat zien dat mensen met een langdurige ziekte of aandoening vaker een verhoogd risico op angst of depressie hebben. Wanneer zij daarbij ook een (ernstige) beperking hebben is nog vaker sprake van een verhoogd risico. Omdat in de strategische verkenning van het Trimbos Instituut (2014) vooral wordt geschreven over kankerpatiënten wordt deze groep hier ook uitgelicht.

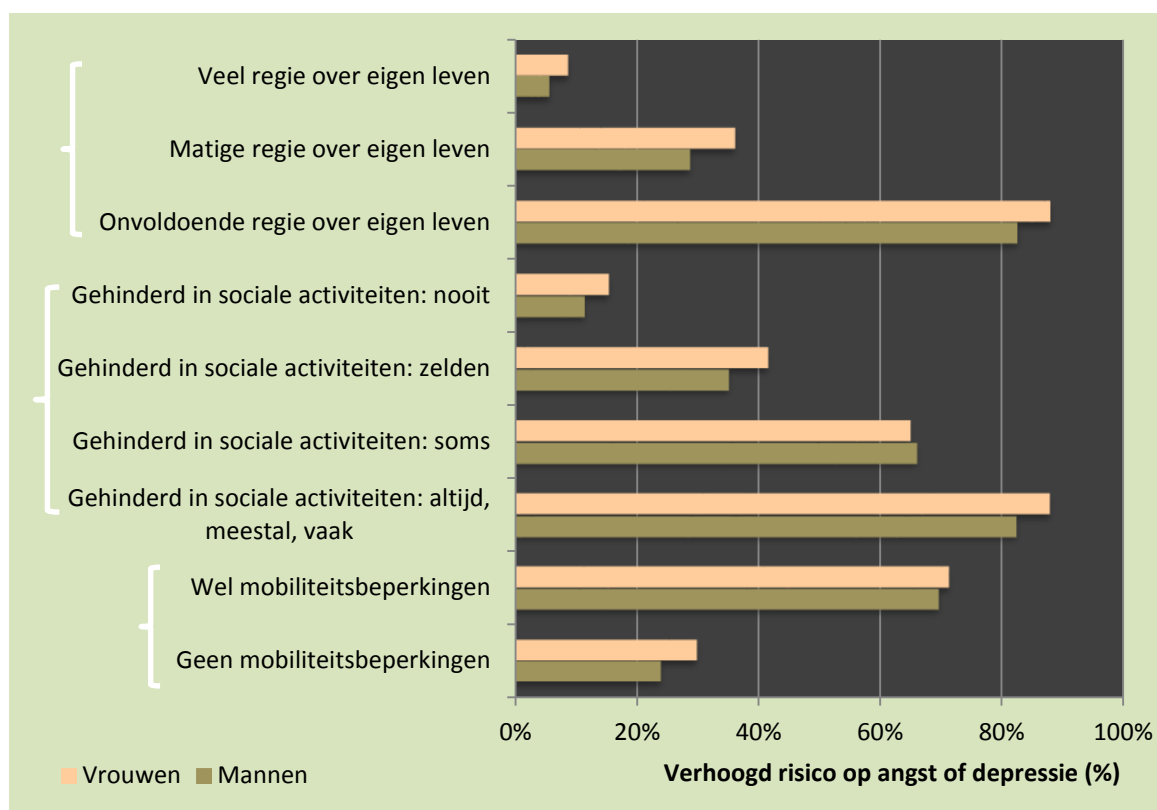
Vergeleken met de gehele groep chronisch zieken hebben mannelijke kankerpatiënten wat vaker een verhoogd risico op angst of depressie. Bij vrouwen geldt juist dat het hebben van kanker wat minder vaak leidt tot een verhoogd risico, vergeleken met de gehele groep van chronisch zieken.



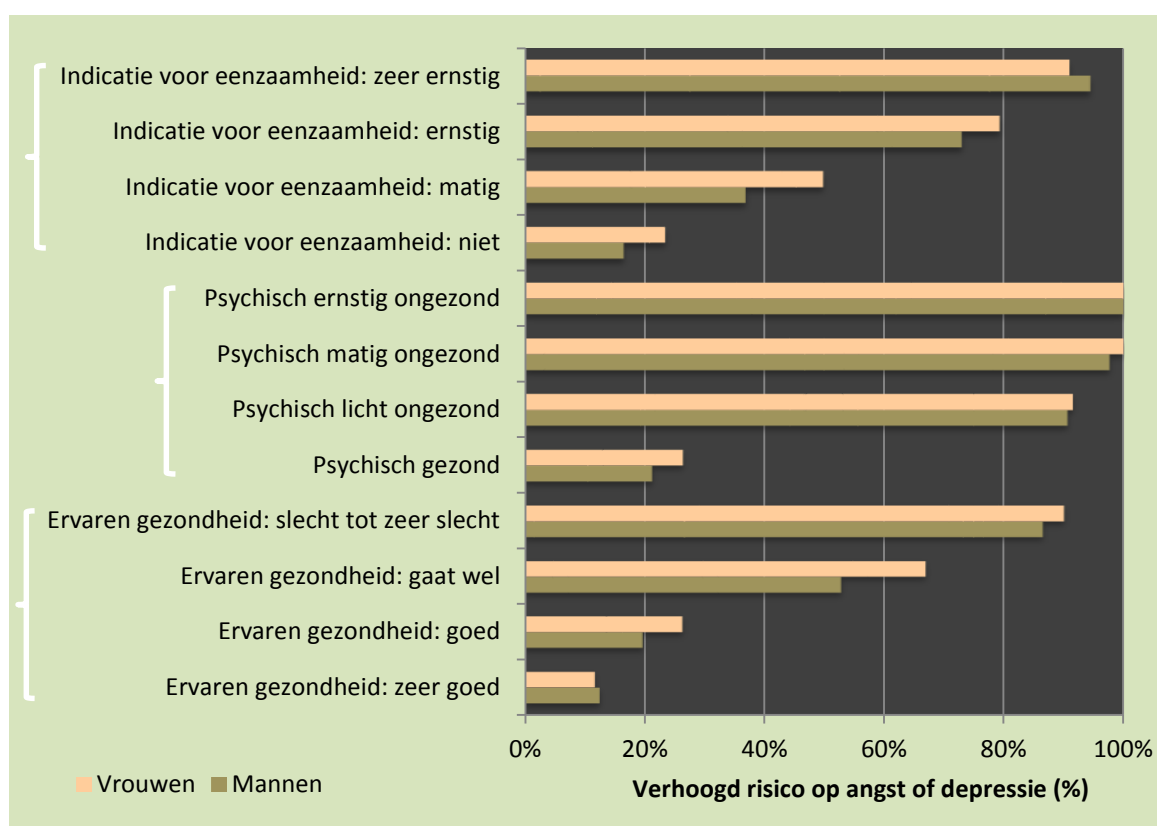
**Figuur 12 Verhoogd risico (matig en hoog risico gecombineerd) op angst of depressie (in %), Drenthe, naar het hebben van een langdurige ziekte of aandoening**

Het hebben van een chronische aandoening hoeft niet altijd te leiden tot minder welbevinden of zelfs tot een (verhoogde kans op) depressie. Mogelijk gaat het er meer om in welke mate mensen hun leven kunnen (blijven) leiden in de samenleving zoals ze dat zelf willen en regie kunnen hebben over hun eigen leven. Wanneer die regie over het eigen leven onvoldoende is of ontbreekt is de kans op een angst of depressie veel groter dan wanneer men zelf wel het leven kan leiden dat men graag wil. Figuur 13 laat zien dat verhoogde risico's op angst of depressie sterk samenhangen met de mate van regie en met belemmeringen in het ontplooiën van sociale activiteiten. Mobiliteitsbeperkingen spelen hierbij ook vaak een rol. Over de aard van de samenhang tussen de ervaren regie over het dagelijks leven en het risico op angst of depressie kan slechts gespeculeerd worden. Een gemis aan voldoende regie over het eigen leven kan het psychisch welbevinden aantasten en leiden tot depressie. Maar ook zal het vaak zo zijn dat een depressie zelf leidt tot regieverlies en gepaard gaat met barrières bij het ontplooiën van (sociale) activiteiten.

Naar verwachting is er een sterk verband tussen het risico op angst of depressie en verschillende meer algemene indicatoren van welbevinden. We laten dit verband zien voor de eigen gezondheid zoals mensen die zelf ervaren, de psychische gezondheid (op basis van een vijftal vragen) en de mate van eenzaamheid. Figuur 14 laat zien dat enkele begrippen bijna lijken samen te vallen en deels hetzelfde laten zien.



**Figuur 13** Verhoogd risico (matig en hoog risico gecombineerd) op angst of depressie (in %), Drenthe, naar het hebben van regie over het eigen leven en vormen van beperking



**Figuur 14** Verhoogd risico (matig en hoog risico gecombineerd) op angst of depressie (in %), Drenthe, naar ervaren gezondheid, psychische gezondheid en indicatie voor eenzaamheid

### 3.7. Participatie en depressie

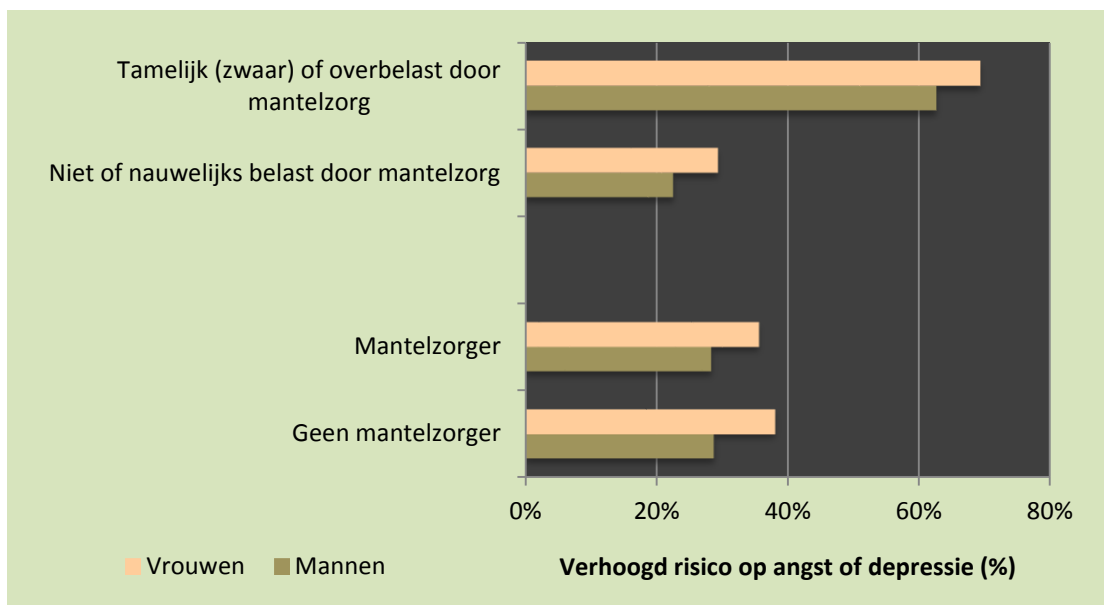
Werk kan positief bijdragen aan de mentale gezondheid, mits er geen sprake is van overbelasting door ongunstige arbeidsomstandigheden. Voor Drenthe blijkt dat mensen met een betaalde werkkring het minst vaak een verhoogd risico op angst of depressie hebben. Twee risicogroepen komen duidelijk naar voren: mensen die arbeidsongeschikt of werkloos zijn.

Mantelzorg kan de gezondheid weliswaar positief beïnvloeden maar bij overbelasting kan mantelzorg de gezondheid ook aantasten. Mantelzorgers wijken wat betreft het risico op angst of depressie niet af van volwassenen en ouderen die geen mantelzorg verlenen, maar de mate van overbelasting bij het geven van mantelzorg heeft grote invloed. Wanneer sprake is van (over)belasting hebben zij bijna driemaal zo vaak een verhoogd risico op angst of depressie als mantelzorgers die geen belasting ervaren.

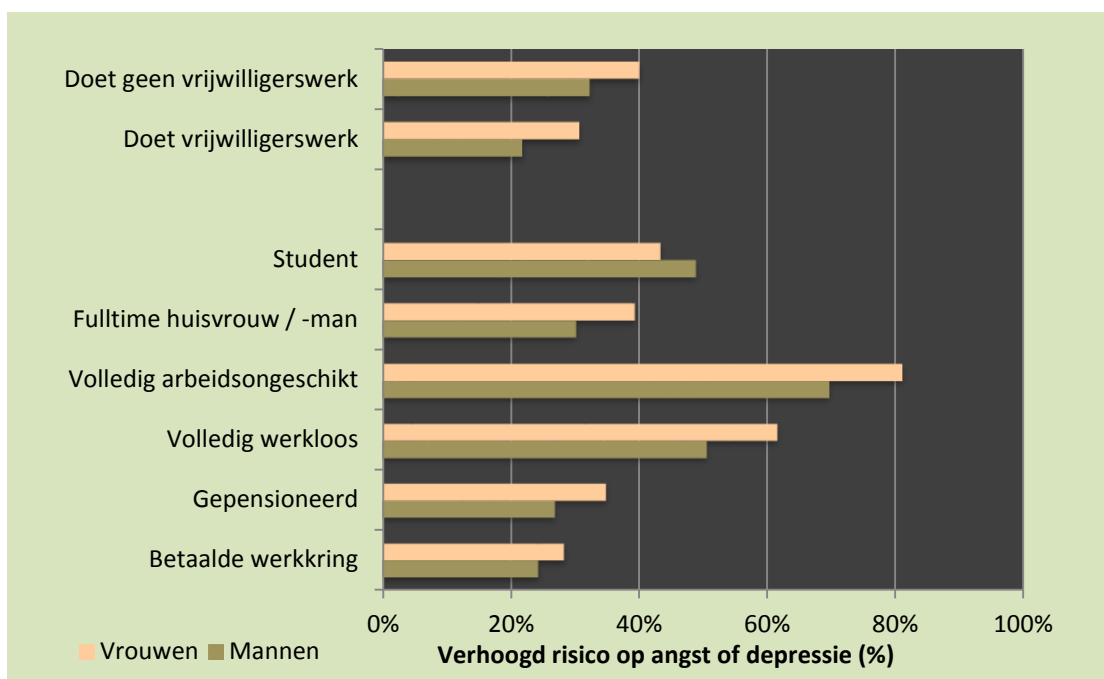
Participeren is 'meedoen' aan de samenleving. In factsheets van GGD Drenthe wordt het onderwerp participatie uitgewerkt, waarbij gekeken is naar meedoen op verschillende manieren. De meeste mensen participeren door te werken, volgen van onderwijs of door deel te nemen aan sociaal culturele verbanden. Ook het verlenen van mantelzorg wordt gezien als een vorm van participatie. De wijze waarop mensen participeren verandert gedurende de levensloop. Na het bereiken van de 75-jarige leeftijd neemt het aandeel mensen dat participeert af.

Participeren is niet vanzelfsprekend. Circa 10% van de inwoners in Drenthe participeert niet. Binnen de groep mensen die niet participeren is het aandeel ouderen, laagopgeleiden en mensen met een laag inkomen hoog. Participeren en gezondheid hangen met elkaar samen en beïnvloeden elkaar. Een goede gezondheid bevordert de mogelijkheid om te participeren, een minder goede gezondheid kan de mogelijkheid om te participeren belemmeren. Meedoen aan het maatschappelijk leven kan de gezondheid bevorderen, zolang er geen sprake is van overbelasting. Mantelzorg bijvoorbeeld kan de gezondheid weliswaar positief beïnvloeden maar bij overbelasting kan mantelzorg de gezondheid ook aantasten. Figuur 15 laat zien dat wat geldt voor de gezondheid van mantelzorgers ook van toepassing is op een verhoogd risico op angst of depressie. Mantelzorgers wijken wat betreft dat risico niet af van volwassenen en ouderen die geen mantelzorg verlenen, maar de mate van overbelasting bij het geven van mantelzorg heeft grote invloed. Wanneer sprake is van (over)belasting –bij 18% van de mantelzorgers– hebben zij bijna driemaal zo vaak een verhoogd risico op angst of depressie als mantelzorgers die geen belasting ervaren.

Het deelnemen aan de arbeidsmarkt is een belangrijke vorm van meedoen aan de maatschappij omdat het bijdraagt aan economische zelfstandigheid, de tijd structureert en sociale contacten oplevert (van der Pennen en Hoff, 2003). Daarbij kan werken positief bijdragen aan de mentale gezondheid, mits er geen sprake is van overbelasting door ongunstige arbeidsomstandigheden. Werken kan namelijk waardering geven, mogelijkheden voor ontplooiing bieden en het zelfbeeld versterken (Harbers en Hoeymans, 2013). Figuur 16 laat duidelijk zien dat mensen met een betaalde werkkring het minst vaak een verhoogd risico op angst of depressie hebben. Twee risicogroepen komen ook duidelijk naar voren: mensen die arbeidsongeschikt of werkloos zijn. Bij deze twee risicogroepen kan het ook zo zijn dat de oorzaak-gevolgrelatie anders ligt en dat een depressie vooraf is gegaan aan de huidige periode van arbeidsongeschiktheid of werkloosheid.



**Figuur 15** Verhoogd risico (matig en hoog risico gecombineerd) op angst of depressie (in %), Drenthe, naar (belasting van) mantelzorgers



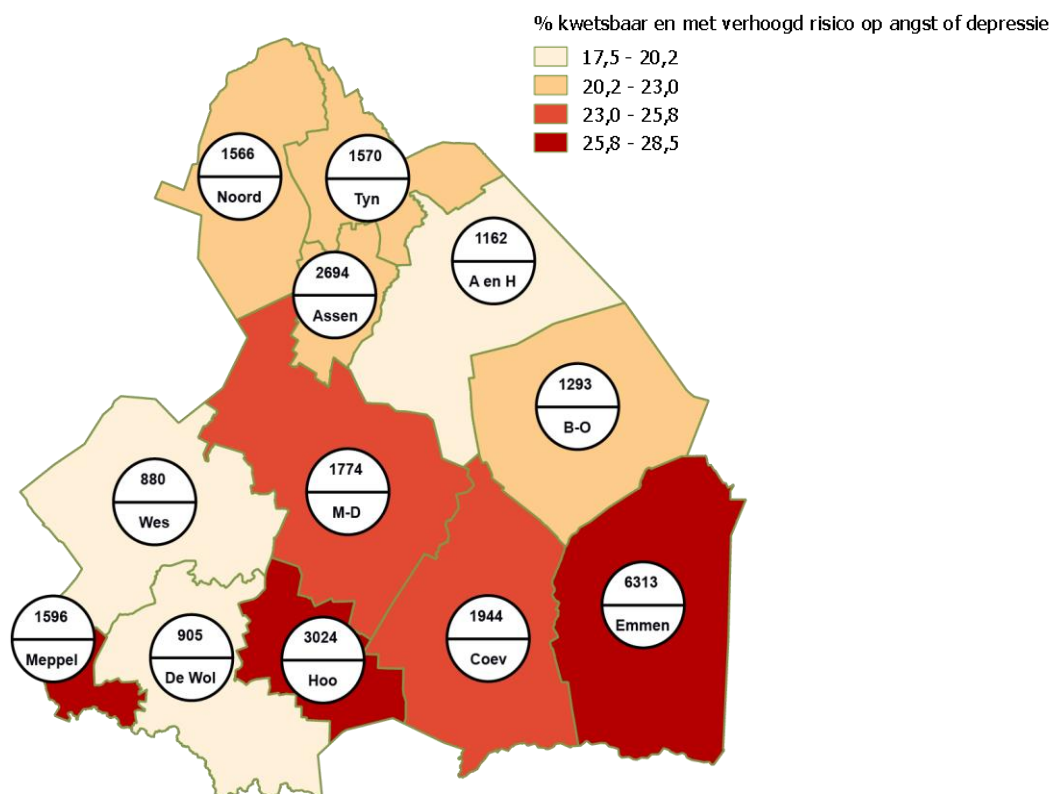
**Figuur 16** Verhoogd risico (matig en hoog risico gecombineerd) op angst of depressie (in %), Drenthe, naar werksituatie en vrijwilligerswerk

### 3.8. Depressie bij kwetsbare ouderen

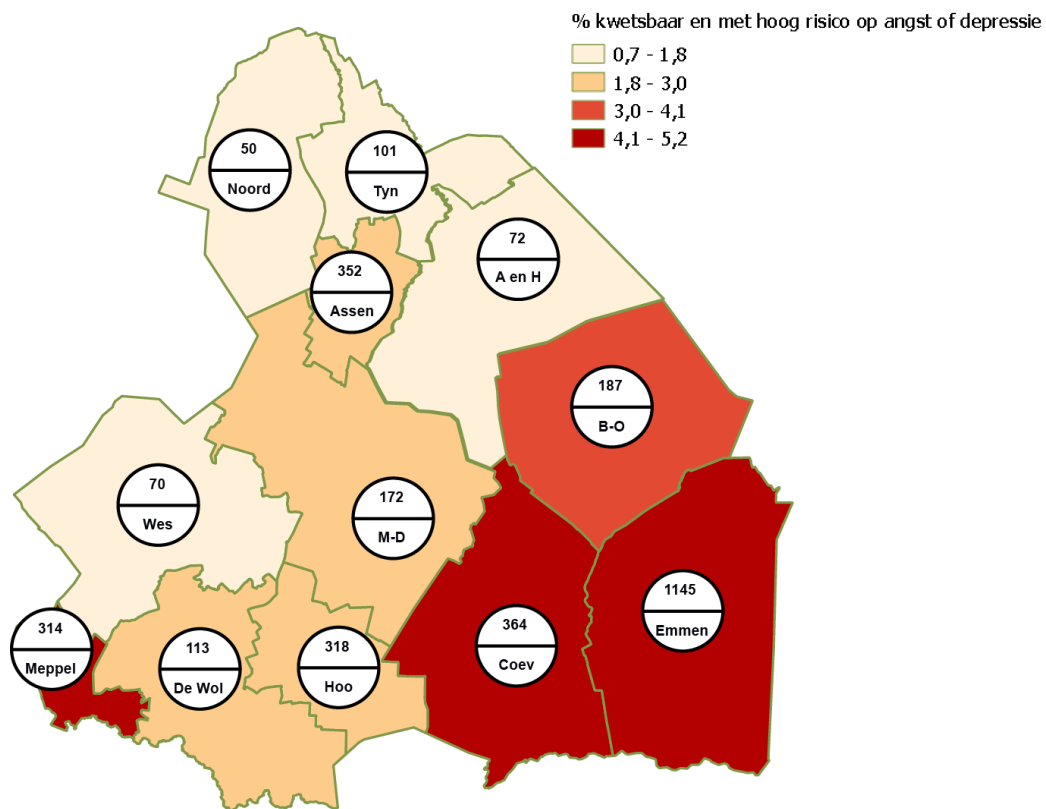
Kwetsbaarheid bij ouderen neemt toe met de leeftijd en is bij vrouwen meer aan de orde dan bij mannen. Bovendien hangt kwetsbaarheid samen met burgerlijke staat, opleidingsniveau en inkomen. Bij driekwart van de kwetsbare ouderen spelen psychosociale problemen mee. Als het gaat om kwetsbare ouderen met een verhoogd risico op angst of depressie zien we hogere percentages in de gemeenten Emmen, Coevorden, Hogeveen en Meppel en lagere percentages in de minder verstedelijkte gemeenten.

In het themarapport Kwetsbaarheid bij ouderen in Drenthe (GGD Drenthe, 2017) lieten we zien dat kwetsbaarheid toeneemt met de leeftijd en bij vrouwen meer aan de orde is dan bij mannen. Bovendien hangt kwetsbaarheid samen met burgerlijke staat, opleidingsniveau en inkomen. Bij driekwart van de kwetsbare ouderen spelen psychosociale problemen mee: bij hen is sprake van psychosociale kwetsbaarheid zonder fysieke problematiek, of van complexe kwetsbaarheid waarbij zowel psychosociale als fysieke problemen aan de orde zijn.

In hoeverre hebben kwetsbare ouderen een verhoogd of zelfs een hoog risico op angst of depressie? Zoals ook in het themarapport over kwetsbare ouderen het geval was laten we zowel percentages als aantallen zien om een indruk te geven van de variatie in Drenthe en de aantallen kwetsbare ouderen in de gemeenten. In Figuur 17 gaat het om kwetsbare ouderen met een *verhoogd* risico op angst of depressie en daarin is grotendeels hetzelfde patroon te herkennen dat we aan het begin van dit hoofdstuk al lieten zien: hogere percentages in de gemeenten Emmen, Coevorden, Hogeveen en Meppel en lagere percentages in de minder verstedelijkte gemeenten. Figuur 18 toont voor de meer specifieke groep van kwetsbare ouderen met een *hoog* risico op angst of depressie eenzelfde beeld, met ook voor de gemeente Borger-Odoorn hogere percentages. Uitzondering hierop vormen de gemeenten Hogeveen en Assen, waar relatief minder kwetsbare ouderen met een hoog risico wonen.



**Figuur 17** Kwetsbare ouderen met verhoogd risico (matig en hoog risico gecombineerd) op een angststoornis of een depressie, in percentages en aantallen per gemeente, Gezondheidsmonitor 2016



**Figuur 18** Kwetsbare ouderen met hoog risico op een angststoornis of een depressie, in percentages en aantallen per gemeente, Gezondheidsmonitor 2016





## 4 Mogelijkheden voor preventie in Drenthe

### 4.1. Welke winst is in Drenthe te realiseren?

Op de 'Alles is Gezondheid' conferentie van 2017 hebben, in het kader van het Meerjarenplan Depressiepreventie, 19 organisaties een 'pledge' ondertekend: de 'Depressedeal'. Daarin geven zij aan zich in te zullen spannen om het aantal depressies te verminderen, hopelijk met een daling van 30% in 2030. Is deze winst van 30% ook in Drenthe te realiseren, gegeven de risico's op angst of depressie in de besproken risicogroepen?

De dalingen die in Drenthe maximaal bereikt zouden kunnen worden zijn het grootst bij alleenwonenden, mensen met een laag inkomen, mensen die moeite hebben om rond te komen, arbeidsongeschikten, mensen die onvoldoende regie in hun leven ervaren, mensen met mobiliteitsbeperkingen en langdurig zieken met een beperking. Interventies bij mensen die onvoldoende regie ervaren zouden in theorie zelfs kunnen leiden tot een daling met ruim 58%. Deze resultaten wijzen op de mogelijkheden van een strategie om depressie substantieel terug te dringen wanneer interventies zich vooral richten op de oorzakelijke factoren van depressie en op de veerkracht van mensen. Oorzakelijke factoren hebben vooral te maken met de sociaaleconomische positie waarin mensen verkeren, de samenlevingsverbanden van mensen en de beperkingen in het dagelijks leven door ziekte of een zwakke gezondheid. Verminderde veerkracht kan het gevolg zijn van deze factoren en een depressie veroorzaken (en in stand houden). In die zin komt depressie naar voren als een aandoening waarbij de dimensies van positieve gezondheid sterk onder druk staan: preventie gericht op positieve gezondheid en het versterken van de veerkracht van mensen zal bijdragen aan de terugdringing van depressie in de samenleving. Onze resultaten wijzen vooral op de verwevenheid van beperkte (positieve) gezondheid met de ongunstige context waarin mensen onvoldoende regie ervaren en niet goed kunnen deelnemen aan de samenleving. Twee –deels overlappende– doelgroepen voor depressiepreventie komen in beeld: personen met een lage sociaaleconomische status (lage opleiding, laag inkomen, moeite hebben om rond te komen, geen werk hebben), en personen die een recente stressvolle levensgebeurtenis hebben meegemaakt (zoals overlijden of scheiding van de partner, werkloos worden).

De rondgang in dit hoofdstuk langs een aantal factoren die de risico's op angst en depressie beïnvloeden of ermee samenhangen heeft de volgende inzichten opgeleverd:

- risico's op angst of depressie laten een grote samenhang zien met de wijze waarop mensen hun eigen gezondheid waarderen en met hun psychische gezondheid. Ook hebben mensen die onvoldoende regie over hun eigen leven ervaren vaak een verhoogd risico op angst of depressie
- mensen die samenleven met anderen hebben lagere risico's op angst of depressie. Bij vrouwen die alleen leven met hun kind(eren) zijn de risico's het hoogst
- lage inkomens leiden tot grotere risico's op angst of depressie. Meer doorslaggevend daarbij is vooral in welke mate mensen moeite hebben om rond te komen. Mensen die grote moeite hebben om rond te komen hebben vaak een verhoogd of hoog risico op angst of depressie
- arbeidsongeschiktheid en werkloosheid verhogen de risico's op angst of depressie
- mantelzorgers hebben over het algemeen geen verhoogd risico op angst of depressie. Wanneer het geven van mantelzorg belastend voor hen is, is wel sprake van een verhoogd risico
- kwetsbaarheid bij ouderen gaat vaak samen met verhoogde risico's op angst of depressie.

Bij de meeste onderwerpen die hier zijn besproken is sprake van samenhang met (angst of) depressie: depressie hangt samen met de levensloop, man/vrouw-verschillen, sociaaleconomische positie, kwetsbaarheid, participatie en gezondheid in brede zin. Over oorzaak en gevolg in die samenhang kan bijna nooit volledig uitsluitend gegeven worden. Bijvoorbeeld: mensen die onvoldoende regie ervaren in hun leven hebben een relatief grote kans op een depressie, maar een depressie leidt zelf ook vaak tot regieverlies. Een slechte ervaren gezondheid is vooral een logische consequentie van een doorgemaakte depressieve episode en valt er bijna mee samen. Het is echter niet zo dat bij mensen die hun gezondheid evalueren als (zeer) slecht altijd sprake is van een depressie. Zelfs bij de traditionele risicofactoren of determinanten van depressie is niet altijd sprake van een eenduidig onderscheid tussen oorzaak en gevolg. Mensen die alleen komen te staan na scheiding of overlijden hebben een sterk verhoogde kans op een depressie, maar een depressie zelf kan er ook toe leiden dat mensen alleen komen te staan. Een laag inkomen kan zorgen voor veel psychische belasting om rond te komen, maar een depressie zelf kan ook leiden tot werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en zelfs tot een armoedeval.

Ondanks de complexiteit van deze onderlinge samenhang is het mogelijk om te analyseren wat er met depressie in de Drentse samenleving zou gebeuren als bepaalde risico's er niet meer zouden zijn of geringer zouden worden. Op de Alles is Gezondheid conferentie van februari 2017 hebben, in het kader van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie, 19 organisaties een 'pledge' ondertekend – de 'Depressiedeal' – waarin zij aangeven zich in te zullen spannen om het aantal depressies te verminderen, hopelijk met een daling van 30% in 2030 (Trimbos-instituut, 2017). Is deze winst van 30% ook in Drenthe te realiseren, gegeven de risico's op angst of depressie in de besproken risicogroepen? Voor een dergelijke analyse is het nodig om onderscheid te maken tussen de prevalentie van een risicofactor en het (relatieve) risico op angst of depressie binnen de risicogroep. Wanneer een risicofactor veel voorkomt in de bevolking zou een eliminatie ervan leiden tot een aanzienlijke daling van depressie in de bevolking. Dat is ook het geval als een bepaalde risicofactor sterk verhoogde risico's op depressie met zich meebrengt. In werkelijkheid gaat het bij de epidemiologie van depressie vaak om risicofactoren met een lage prevalentie en een hoog relatief risico: ze komen niet heel frequent in de bevolking voor maar ze verhogen wel de kans op een depressie in sterke mate. We zetten in deze paragraaf op een rijtje wat er met de prevalentie van angst of depressie zou gebeuren als de eerder besproken risicofactoren geen invloed meer zouden hebben. Dit heeft het karakter van een theoretisch gedachtenexperiment want in werkelijkheid hangen risico's met elkaar samen en zijn ze ook moeilijk terug te dringen. Toch maakt zo'n gedachtenexperiment getalsmatig inzichtelijk hoe lastig het is om depressie in de bevolking substantieel (met bijvoorbeeld 30%) terug te dringen met een benadering gericht op specifieke risicogroepen. In de 'Bijlage: berekening van te behalen winst' wordt een getallenvoorbeeld besproken dat laat zien in welke mate depressie in de bevolking teruggedrongen kan worden door de invloed van één risicofactor te reduceren. Tabel 13 geeft een overzicht van de te behalen winst wanneer binnen een aantal geselecteerde risicogroepen geen verhoogd of hoog risico op angst of depressie meer zou bestaan. Belangrijk om te vermelden is dat de berekeningen niet zijn gemaakt voor kinderen en jongeren, terwijl ook hier aanzienlijke winst is te behalen. Bijvoorbeeld bij kinderen en jongeren uit onvolledige gezinnen kunnen interventies die in de directe beïnvloedingssfeer van de gemeenten liggen (bijvoorbeeld Kiestrainingen) of daarbuiten (bijvoorbeeld Mediation) een daling van depressie tot gevolg hebben.

Tabel 13 laat zien dat een daling van het aandeel van mensen met een verhoogd risico op angst of depressie bij een interventie in een risicogroep vaak minder is dan 10%. Deze geringe dalingen zijn vooral aan de orde bij risicogroepen die een relatief klein aandeel in de bevolking hebben. De dalingen zijn wat substantiëler wanneer interventies zich zouden richten op laagopgeleiden, mensen die moeite hebben om rond te komen, mensen die onvoldoende regie in hun leven ervaren, mensen met mobiliteitsbeperkingen en langdurig zieken met een beperking. De grootste winst bij het

terugdringen van het aantal mensen met een verhoogd risico op angst of depressie is te verwachten van interventies bij langdurig zieken met een beperking. De te verwachten dalingen zijn aanzienlijker als het gaat om het terugdringen van het aantal mensen met een *hoog* risico op angst of depressie. De ambities van de Depressiedeal om het aantal depressies met 30% te verminderen richten zich vooral op deze meer specifieke groep. De dalingen die maximaal bereikt zouden kunnen worden zijn het grootst bij alleenwonenden, mensen met een laag inkomen, mensen die moeite hebben om rond te komen, arbeidsongeschikten, mensen die onvoldoende regie in hun leven ervaren, mensen met mobiliteitsbeperkingen en langdurig zieken met een beperking. Interventies bij mensen die onvoldoende regie ervaren zouden in theorie zelfs kunnen leiden tot een daling met ruim 58%.

**Tabel 13 Berekening van de daling van risico's op angst of depressie in de bevolking van Drenthe, bij het wegnemen van risico's in geselecteerde risicogroepen**

Risicogroep	Aandeel in de bevolking (%)	Risicoreductie in de bevolking	
		Groep met verhoogd risico (matig en hoog risico gecombineerd) op angst/depressie (%)	Groep met hoog risico op angst/depressie (%)
Mannen 45-54 jaar	3,2	-2,2	3,2
Vrouwen 19-24 jaar	3,3	1,2	2,6
Vrouwen 85+	1,4	0,9	1,6
Vrouwen in eenoudergezin	3,3	1,6	9,2
Alleenwonend	16,4	8,5	21,4
Gescheiden	6,6	2,7	12,6
Weduwe/weduwenaar	7,5	3,1	4,0
Overbelaste mantelzorger	2,5	0,6	3,8
Laag opgeleid	33,9	11,4	13,9
Laag inkomen	11,3	6,4	30,9
Moeite om rond te komen	17,6	15,9	42,7
Langdurig ziek met beperking	24,2	23,9	45,8
Met onvoldoende regie	9,2	16,7	58,9
Met mobiliteitsbeperking	10,8	14,7	32,2
Werkloos	2,6	2,1	6,5
Arbeidsongeschikt	4,3	6,3	25,7

Bron: berekeningen vanuit de resultaten van de Gezondheidsmonitor 2016. De berekeningen hebben betrekking op de bevolking van 19 jaar en ouder in Drenthe

Deze resultaten wijzen op de mogelijkheden van een strategie om depressie substantieel terug te dringen wanneer interventies zich vooral richten op de oorzakelijke factoren van depressie en op de veerkracht van mensen (zie ook de bespreking van het model van Beck en Bredemeier in paragraaf 2.2). Oorzakelijke factoren hebben vooral te maken met de sociaaleconomische positie waarin mensen verkeren, de samenlevingsverbanden van mensen en de beperkingen in het dagelijks leven door ziekte of een zwakke gezondheid. Verminderde veerkracht kan het gevolg zijn van deze factoren en een depressie veroorzaken (en in stand houden). In die zin komt depressie naar voren als een aandoening waarbij alle dimensies van positieve gezondheid sterk onder druk staan (zie ook paragraaf 2.2): preventie gericht op positieve gezondheid en het versterken van de veerkracht van mensen zal bijdragen aan de terugdringing van depressie in de samenleving. Onze resultaten wijzen vooral op de verwevenheid van beperkte (positieve) gezondheid met de ongunstige context waarin

mensen onvoldoende regie ervaren en niet goed kunnen deelnemen aan de samenleving. We komen hierbij tot dezelfde conclusie als ook in het rapport van het Trimbos-instituut (2017): naast de zes risicogroepen in het Meerjarenprogramma wijzen onze resultaten op twee aanvullende – deels overlappende – doelgroepen voor depressiepreventie: personen met een lage sociaaleconomische status (lage opleiding, laag inkomen, moeite hebben om rond te komen, geen werk hebben), en personen die een recente stressvolle levensgebeurtenis hebben meegemaakt (zoals overlijden of scheiding van de partner, werkloos worden).

## 4.2. Lokaal aan de slag

De bevindingen van deze inventarisatie van risicofactoren en risicogroepen zijn bruikbaar voor een aanpak van preventie van depressie in Drenthe. In een advies aan de Drentse gemeenten wordt uiteengezet hoe zij vanuit deze inventarisatie lokaal aan de slag kunnen gaan met depressie.

De focus in de preventie van depressie ligt bij het organiseren van een integrale aanpak voor risicogroepen. In deze aanpak staat de verbinding van risicogroep, setting en zorgverlener/ professional centraal. Settings zijn gemeente en wijk, zorg, school en werk. Vier pijlers worden onderscheiden in de integrale aanpak van preventie: omgeving; voorlichting en educatie, signalering en toeleiding en ondersteuning. Waar kunnen de Drentse gemeenten aan denken bij de 4 pijlers van depressiepreventie?

1. Omgeving  
Depressie en fysieke en sociale omgevingsfactoren hangen met elkaar samen. Voor preventie van depressie is een groene en veilige omgeving en sociale cohesie in buurten van belang. Dit is vooral relevant voor de Drentse gemeenten met meer 'stedelijke gebieden'. In het vorige hoofdstuk is nadrukkelijk de relatie tussen stedelijkheid en de verhoogde aanwezigheid van depressie naar voren gekomen.
2. Voorlichting en educatie  
Veel mensen hebben onjuiste ideeën over depressie (en andere psychische problemen). De bewustwording rond depressie en mentale vitaliteit vergroten, het taboe van depressie doorbreken en depressie meer bespreekbaar maken zijn van belang. Gemeenten kunnen met een actief voorlichtings- en bewustwordingsbeleid hieraan bijdragen.
3. Signalering en toeleiding  
De signalering van risicofactoren, depressieve klachten en depressie vormt een belangrijke schakel in de keten van depressiepreventie. Diverse professionals komen in aanraking met burgers met een (risico op) depressie. Belangrijk is dat professionals de risicofactoren en signalen herkennen, het gesprek hierover starten én waar nodig kunnen adviseren en toeleiden naar preventie of behandeling.
4. Ondersteuning (uitvoering van interventies)  
Preventieve ondersteuning is gericht op risicogroepen en mensen met depressieve klachten. De ondersteuning kan bestaan uit korte groepscursussen, individuele ondersteuning of (begeleide) online zelfhulp. Uitvoering van ondersteuning voor risicogroepen (selectieve preventie) is de verantwoordelijkheid van gemeenten. Uitvoering van ondersteuning van mensen met depressieve klachten (geïndiceerde preventie) is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar.

## Literatuur

- Beck AT, Bredemeier K (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*.  
[doi:10.1177/2167702616628523](https://doi.org/10.1177/2167702616628523)
- Donker T, Comijs H, Cuijpers P, Terluin B, Nolen W, Zitman F, Penninx B (2010). The validity of the Dutch K10 and extended K10 screening scales for depressive and anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 176 (1).
- GGD Drenthe (2017). Kwetsbaarheid bij ouderen in Drenthe. Assen: GGD Drenthe.
- de Graaf R, ten Have M, van Gool C, van Dorsselaer S (2012). Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van nemesis-2. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 54 (1).
- Gruebner O, Rapp MA, Adli M, Kluge U, Galea S, Heinz A (2017). Cities and Mental Health. *Dtsch Arztebl Int.*, 114(8).
- Harbers MM, Hoeymans N (2013). Gezondheid en maatschappelijke participatie. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- de Looze M, van Dorsselaer S, de Roos S, Verdurmen J, Stevens G, Gommans R, van Bon-Martens M, ter Bogt T, Vollebergh W (2014). HBSC 2013. Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M (2003). Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157 (2).
- Ministerie van VWS (2017). Meerjarenprogramma Depressiepreventie. Den Haag, Ministerie van VWS. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/02/15/rapport-meerjarenprogramma-depressiepreventie-versie-14-februari-2017>; geraadpleegd: 13-11-2018.
- Multidisciplinaire richtlijn depressie, <https://www.ggzrichtlijnen.nl/depressie>; geraadpleegd: 6-11-2018.
- NHG Standaard depressie, <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-depressie-tweede-herziening>; geraadpleegd: 6-11-2018.
- Nieuwenhuijsen K. Registratie Richtlijnen Overspanning & Depressie. Nederlands Centrum voor Beroepsziekten.  
[https://www.beroepsziekten.nl/sites/default/files/documents/Nieuwenhuijsen%20\\_reg-richtlijnen-overspanning-en-depressie.pdf](https://www.beroepsziekten.nl/sites/default/files/documents/Nieuwenhuijsen%20_reg-richtlijnen-overspanning-en-depressie.pdf); geraadpleegd: 25-1-2018.
- Pennen T van der, Hoff SMMV (2003). Sociale activering Een brug tussen uitkering en betaalde arbeid. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau (SCP).
- Royal College of Psychiatrists,  
<https://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problemsanddisorders/depression.aspx>.  
Geraadpleegd: 6-11-2018.
- Stevens G, van Dorsselaer S, Boer M, de Roos S, Duinhof E, ter Bogt T, van den Eijnden R, Kuyper L, Visser D, Vollebergh W, de Looze M (2018). HBSC 2017. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Trimbos-instituut (2014). Depressiepreventie: gerichte aanpak voor risicogroepen. Strategische verkenning. Trimbos, Utrecht.
- Trimbos-instituut (2017). Zicht op depressie: de aandoening, preventie en zorg. Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg. Trimbos, Utrecht.
- Website Zorg+Welzijn (2009). Promovendus Jaap Peen: 'De stad maakt ziek'.  
<https://www.zorgwelzijn.nl/promovendus-jaap-peen-de-stad-maakt-ziek-zwz014075w/>;  
geraadpleegd: 13-2-2018.

## Bijlage: onderzoeksmethoden en meting

Om te inventariseren in welke mate depressie voorkomt in Nederland en in Drenthe en hoe de risicogroepen er uitzien, zijn onderzoeksprojecten en -gegevens nodig. Veel cijfers en informatie zijn beschikbaar over psychische problematiek in het algemeen en depressie in het bijzonder. Om te kunnen vaststellen of bij iemand sprake is van een depressie dienen vragen gesteld te worden die betrekking hebben op symptomen en de duur ervan. In klinisch onderzoek wordt vaak gebruik gemaakt van de diagnostische criteria van een depressie zoals omschreven in de DSM-5 (Diagnostic Statistical Manual) en daarvan afgeleide vragenlijsten en interview-vragen. Een voorbeeld daarvan is de Child Depression Inventory (CDI) die in de JGZ-richtlijn Depressie wordt aanbevolen. In populatie-onderzoek dat niet zozeer op individuele behandeling is gericht maar op het vóórkomen van depressie in de algemene bevolking worden vaak daarvan afgeleide (screening-)vragenlijsten gebruikt. Bij volwassenen wordt vaak de Kessler Psychological Distress Scale (K10) gebruikt, bij jongeren de Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS-25 met 15 vragen over angst en 10 vragen over depressie). Een tussenvorm bestaande uit gestructureerde interviews, bijvoorbeeld met het CIDI (Composite International Diagnostic Interview), wordt ook in Nederland toegepast. De CIDI wordt ook gebruikt om te kunnen achterhalen in hoeverre screeninglijsten (zoals de K10) adequaat personen met een depressie en/of angststoornis onderscheiden van personen zonder deze aandoeningen (Donker et al., 2010). In de Gezondheidsenquête van het CBS wordt explicieter naar depressie gevraagd: 'Heeft u ooit een periode gehad waarin u erg somber of depressief was, minstens 2 weken achter elkaar?' Een vuistregel bij het gebruik van cijfers over depressie luidt dat schattingen van de mate van vóórkomen (prevalenties) nauwkeuriger worden wanneer de onderzoeksmethoden nauwer aansluiten bij de diagnostiek van depressie.

Het landelijke beeld rond depressie ontleen we aan de informatie die door kennisinstellingen zoals het Trimbos-instituut, RIVM, CBS en GGD-GHOR Nederland wordt getoond op hun websites. Zij baseren deze informatie op bronnen zoals de Gezondheidsenquête van het CBS, het Nemesis-onderzoek (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study), het HBSC-onderzoek van 2013 en 2017 onder schoolgaande kinderen en jongeren, en de Gezondheidsmonitor Volwassenen.

Op landelijk niveau zijn geen gegevens beschikbaar die inzicht geven in het vóórkomen van depressie bij kinderen en jongeren. Wel wordt in verschillende onderzoeken een vragenlijst gehanteerd om een grotere verscheidenheid aan psychosociale problemen op jonge leeftijd op te sporen of in kaart te brengen: de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire). De SDQ is een goed instrument om psychische problemen op basis van zelfrapportage in kaart te brengen. De SDQ maakt een onderscheid tussen vier typen problemen: emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit en problemen met leeftijdsgenoten. Voor elk type problemen krijgen jongeren vijf uitspraken voorgelegd, waarvan zij kunnen aangeven of deze wat betreft hun gedrag en gevoelens van de afgelopen zes maanden 'niet waar', 'een beetje waar' of 'zeker waar' zijn. Emotionele problemen behoren tot het spectrum van de internaliserende stoornissen, zoals stemmingsstoornissen, angsten en psychosomatische klachten. De jongeren krijgen bijvoorbeeld een uitspraak voorgelegd als 'Ik ben vaak ongelukkig, in de put of in tranen'.

Met de resultaten van dit onderdeel van de SDQ kunnen we enig inzicht krijgen in de mate waarin emotionele problemen voorkomen op jonge leeftijd. Omdat deze resultaten niet direct iets zeggen over depressie op jonge leeftijd maar eerder over een veel bredere categorie van problemen dienen ze in dit verband met de nodige voorzichtigheid behandeld te worden. De reden dat we wel resultaten op basis van de SDQ laten zien is dat ze enig inzicht geven in de verschillen en patronen naar leeftijd, geslacht en sociaal demografische en economische achtergronden. Dit doen we voor het schetsen van een landelijk beeld en voor de situatie in Drenthe. Wel hebben de landelijke cijfers

betrekking op een veel ruimere definitie van emotionele problemen dan wat bij de Drentse cijfers van de Jeugdgezondheidszorg het geval is. De landelijke resultaten rond het percentage jongeren met emotionele problemen zijn dan ook niet te vergelijken met de Drentse cijfers.

De situatie voor geheel Drenthe en de afzonderlijke gemeenten wordt geschetst met behulp van gegevens die door GGD Drenthe verzameld worden. Deze gegevens komen voort uit de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen van 2016, het Jeugdonderzoek 2013 en de screening van JGZ gedurende de afgelopen jaren. We analyseren de resultaten van de Gezondheidsmonitor en het Jeugdonderzoek respectievelijk aan de hand van de hierboven genoemde K10 en de SDQ.

In Drenthe heeft de Jeugdgezondheidszorg ervaring opgedaan met de screening met behulp van de werkwijze van Jij en Je Gezondheid, vooral bij HAVO/VWO leerlingen in klas 4. In de vragenlijst van Jij en Je Gezondheid (JEJG) zijn vragen opgenomen die gericht zijn op de screening op angst en depressie. Ook de resultaten hiervan worden in dit rapport getoond. Onderdeel van de gehele vragenlijst van JEJG is een set van 25 vragen die gericht zijn op het signaleren van angst en depressie. Met de antwoorden op de 10 vragen die specifiek betrekking hebben op de signalering van depressie kunnen we dichterbij een schatting van het percentage jongeren met een depressie komen dan vanuit andere bronnen. Bovendien is het hiermee ook mogelijk te laten zien in hoeverre de indicatie voor een depressie verband houdt met leeftijd, geslacht en andere onderwerpen. De 10 vragen (in de vorm van stellingen) uit de Revised Child Anxiety and Depression Scale die betrekking hebben op depressie luiden:

- Ik voel me verdrietig of leeg van binnen
- Ik vind niets meer echt leuk
- Ik slaap slecht
- Ik heb geen zin in eten
- Ik heb geen energie om dingen te doen
- Ik kan niet helder nadenken
- Ik heb het gevoel dat ik niets waard ben
- Ik heb geen zin om te bewegen
- Ik ben erg moe
- Ik voel me onrustig

De leerlingen konden hierop als volgt antwoorden: nooit (0), soms (1), vaak (2) en altijd (3). De waarden van de 10 antwoorden worden bij elkaar opgeteld en afkapwaarden worden gehanteerd om onderscheid te maken tussen 'groen' (geen risico), 'oranje' (verhoogd risico) en 'rood' (hoog risico). De afkapwaarden om tot deze indeling te komen worden bijgesteld voor leeftijd en geslacht. Hoe ouder de leerling hoe hoger de afkapwaarden om tot de risicogroepen te behoren; ook voor meisjes gelden hogere waarden dan voor jongens. Voor de onderwerpen angst en depressie tezamen geldt dat de categorieën oranje en rood worden gebruikt als oproepindicaties: leerlingen die in één van deze categorieën vallen op grond van de 25 vragen worden uitgenodigd voor een contact met de jeugdarts.

Tot slot is het belangrijk te noemen dat vanwege verschillen in vraagstelling en opzet van het onderzoek de resultaten van de gebruikte informatiebronnen ook verschillend zijn. We zijn dan ook niet zozeer gericht op het laten zien van de 'juiste cijfers' maar meer op het laten zien van de verschillen naar geslacht, leeftijd en sociaal-economische achtergrondkenmerken. Bovendien hebben de meeste onderzoeksresultaten niet zozeer specifiek betrekking hebben op depressie maar in bredere zin laten zien hoe het met het psychisch welbevinden van kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen in Drenthe is gesteld.



## Bijlage: berekening van te behalen winst

Een getallenvoorbeeld, ontleend aan de resultaten van de Drentse Gezondheidsmonitor 2016, laat zien in welke mate depressie in de bevolking teruggedrongen kan worden door de invloed van telkens één risicofactor te reduceren. Dit getallenvoorbeeld heeft betrekking op een verhoogde kans op angst of depressie waarbij als risicofactor is gekozen het met moeite rond kunnen komen ('enige moeite' of 'grote moeite'). Figuur 10 liet al zien dat het met moeite rond kunnen komen een belangrijke risicofactor voor angst of depressie is. Tabel 14 laat de resultaten uit de gezondheidsmonitor 2016 zien: meer dan de helft van de mensen die aangaven moeite met rondkomen te hebben heeft een verhoogd risico op angst of depressie. Bij een kwart van de mensen die geen moeite met rondkomen hebben is dat het geval. Voor alle mensen geldt dat 33,6% een verhoogde kans op angst of depressie heeft. In een gedachtenexperiment kunnen we nagaan in welke mate angst of depressie teruggedrongen zou kunnen worden, ofwel door een risicoreductie bij de risicogroep of door het wegnemen van de risicofactor zelf. Het eerste scenario zou inhouden dat mensen die met moeite rondkomen minder vaak dan nu het geval is een depressie zouden krijgen. Als hun risico op angst of depressie gelijk zou worden aan het risico voor diegenen die geen moeite met rondkomen hebben zou het percentage mensen met een verhoogd risico afnemen van 33,6% naar 28,2%. Het tweede scenario leidt tot dezelfde resultaten maar de gedachtegang hierbij is anders. Waar het eerste scenario vooral gaat om risicoreductie (mensen met een risicofactor krijgen minder vaak een depressie en het is dan ook geen risicofactor meer) gaat het in het tweede scenario om het wegnemen of verdwijnen van de risicofactor zelf, bijvoorbeeld door een maatschappelijke interventie. In het tweede scenario zou het er dan om gaan dat er geen mensen meer zijn die moeite hebben om rond te komen. Ook in dit tweede scenario daalt het percentage met een verhoogd risico op angst of depressie van 33,6% naar 28,2%. In percentages uitgedrukt gaat het om een daling van 15,9%.

**Tabel 14** Getallenvoorbeeld moeite om rond te komen en een verhoogde kans (matig en hoog risico gecombineerd) op angst of depressie

	Risicogroep angst of depressie		
	Verhoogd risico	Niet verhoogd	Totaal
<b>Resultaten Gezondheidsmonitor 2016:</b>			
• Mensen die moeite hebben om rond te komen	39883 (58,4%)	28414 (41,6%)	68297 (100%)
• Mensen die geen moeite hebben om rond te komen	90061 (28,2%)	228905 (71,8%)	318966 (100%)
• Totaal	<b>129944</b> (33,6%)	257319 (71,2%)	387263 (100%)
<b>Scenario 1. Risicoreductie in de risicogroep:</b>			
• Mensen die moeite hebben om rond te komen	19284 (28,2%)	49013 (71,8%)	68297 (100%)
• Mensen die geen moeite hebben om rond te komen	90061 (28,2%)	228905 (71,8%)	318966 (100%)
• Totaal	<b>109345</b> (28,2%)	277918 (71,8%)	387263 (100%)
<b>Scenario 2. Wegnemen van risicofactor (niemand heeft moeite om rond te komen):</b>			
• Totaal	<b>109345</b> (28,2%)	277918 (71,8%)	387263 (100%)

Bron: Resultaten van de Gezondheidsmonitor 2016, met CBS-weegfactoren berekend naar de Drentse bevolking (19+) op 1 januari 2017 (CBS Statline)



Niet voor elke risicofactor die we op deze manier kunnen doorrekenen is het tweede scenario aan de orde en gaat het natuurlijk om risicoreductie binnen de risicogroep: jonge vrouwen bijvoorbeeld vormen een risicogroep en we kunnen doorrekenen hoe sterk depressie en angst in de gehele bevolking zouden afnemen als jonge vrouwen dezelfde risico's zouden hebben als de rest van de bevolking.