

# 18 Depressie bij volwassenen in de regio Gelre-IJssel

In de regio Gelre-IJssel lijden jaarlijks naar schatting ruim 45.000 inwoners van 13 jaar en ouder aan depressie<sup>1</sup>. Door middel van preventie is dit aantal terug te brengen. Depressie is een ernstige psychische stoornis die, naast coronaire hartziekten, angststoornissen en beroerte, hoog staat in de top-10 van aandoeningen, die de kwaliteit van leven het meest aantasten<sup>2</sup>. Mensen met een depressie zijn vaak ernstig beperkt in hun sociaal en maatschappelijk functioneren<sup>1</sup>. De ziektelast heeft ook economische gevolgen, vanwege de hoge zorgkosten en de kosten van ziekteverzuim. Preventie van depressie staat ook bij VWS hoog op de agenda.

## WAT IS DEPRESSIE?

Bij een depressie is sprake van een aanhoudende neerslachtige stemming en een ernstig verlies aan interesses in (vrijwel) alle dagelijkse activiteiten. Daarnaast komen symptomen voor zoals eetproblemen, slaapproblemen, rusteloosheid, vermoeidheid, concentratieproblemen en terugkerende gedachten aan de dood of zelfdoding<sup>3</sup>. Een depressie kan het gevolg zijn van een angststoornis. Bij angststoornissen treden heftige angstklachten op zonder dat sprake is van een reële bedreiging. Een angststoornis heeft effect op het sociaal functioneren en het uitvoeren van de dagelijkse bezigheden, doordat bepaalde situaties of activiteiten vermeden worden, bijvoorbeeld bij sociale fobie of bij agorafobie (pleinvrees)<sup>4</sup>.

## OORZAKEN VAN DEPRESSIE

Een depressie kent niet één enkele oorzaak; er kunnen vele factoren bij betrokken zijn. In het Dynamische Stress-Kwetsbaarheidsmodel<sup>5</sup> worden drie groepen factoren onderscheiden, namelijk: persoonsgebonden factoren, omgevingsfactoren en levensgebeurtenissen.

Onder de **persoonsgebonden factoren** vallen onder andere erfelijke factoren, persoonlijkheidskenmerken (zoals pessimistisch zijn, weinig zelfrespect hebben of zich te veel zorgen maken) en de gezondheidstoestand. Zo blijkt dat depressie vaker voorkomt bij mensen met een andere psychische stoornis en ook vaker bij mensen met bepaalde lichamelijke aandoeningen, zoals schildklierproblemen en hart- en vaatziekten.

Bij **omgevingsfactoren** denken we aan sociale relaties en de gezinssituatie. Mensen die weinig sociale steun krijgen of opgroeien in een onstabiel gezin, hebben een verhoogd risico op het krijgen van een depressie. Ook armoede verhoogt het risico op depressie.

**Traumatische jeugdervaringen of belastende levensgebeurtenissen** gaan vaak vooraf aan het ontstaan van een depressie. Dat geldt met name voor mensen die door erfelijke en biologische factoren extra kwetsbaar zijn<sup>6</sup>. Het is

bekend dat mishandelde vrouwen vaak psychosomatische en depressieve klachten vertonen die verband houden met het geweld dat ze is aangedaan<sup>7</sup>.

## HET VASTSTELLEN VAN DEPRESSIEVE KLACHTEN

In het najaar van 2008 heeft GGD Gelre-IJssel een groot-schalig onderzoek uitgevoerd onder volwassenen tussen 19 en 65 jaar. Ruim 9500 volwassenen hebben meegedaan door een uitgebreide vragenlijst in te vullen, met vragen naar onder andere gezondheid, leefstijl en sociale omgeving.

In de vragenlijst is ook de Kessler Psychological Distress Scale (K10) opgenomen<sup>8</sup>. Met behulp van de K10 wordt vastgesteld of iemand last heeft van depressieve klachten en/of van angstklachten en daarmee een verhoogd risico heeft op het ontwikkelen van een depressie en/of angststoornis. De K10 stelt dus niet de diagnose depressie of angststoornis vast.

### De 10 vragen van de Kessler Psychological Distress Scale.

Hoe vaak was u, of voelde u zich, in de afgelopen maand:

- 1 Erg vermoeid zonder duidelijke reden?
- 2 Zenuwachtig?
- 3 Zo zenuwachtig dat u niet tot rust kon komen?
- 4 Hopeloos?
- 5 Rusteloos of ongedurig?
- 6 Zo rusteloos dat u niet meer stil kon zitten?
- 7 Sombor of depressief?
- 8 Het gevoel dat alles veel moeite kostte?
- 9 Zo sombor dat niets hielp om u op te vrolijken?
- 10 Afkeurenswaardig, minderwaardig of waardeloos?

## DEPRESSIEVE KLACHTEN BIJ VOLWASSENEN IN DE REGIO GELRE-IJSSEL

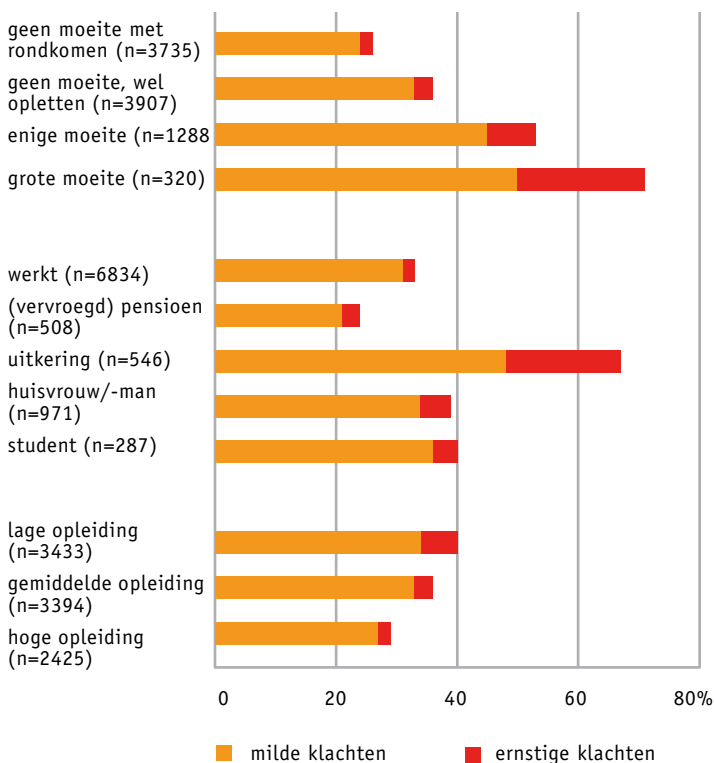
Meer dan een derde van de volwassenen in de regio Gelre-IJssel heeft op grond van de K10 angst- en/of depressieve klachten, dat zijn ongeveer 190.000 volwassenen in de regio. Van alle volwassenen heeft 32% milde en 4% ernstige klachten. Er zijn groepen volwassenen aan te geven, waarbij relatief vaak angst- en/of depressieklachten voorkomen. Hieronder worden deze groepen beschreven aan de hand van diverse kenmerken.

### Leeftijd en geslacht

Vrouwen hebben vaker last van angst- en/of depressieve klachten dan mannen (42% vs. 29%). Naarmate mensen ouder worden, nemen de klachten zowel bij mannen als bij vrouwen iets af.

### Opleidingsniveau, werk en rondkomen

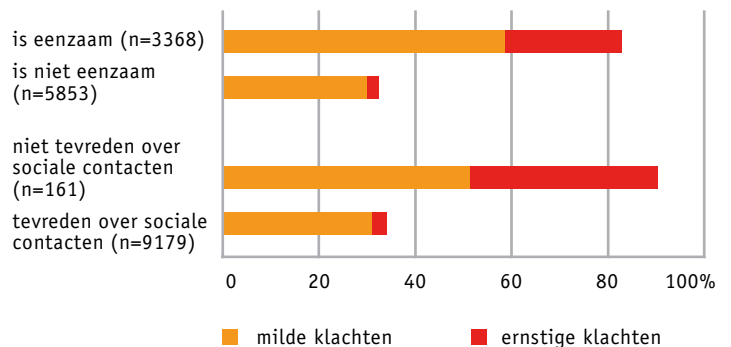
Uit het onderzoek blijkt dat volwassenen met een laag opleidingsniveau vaker angst- en/of depressieve klachten hebben, dan volwassenen met een hoog opleidingsniveau. Verder zien we dat mensen die moeten rondkomen van een (werkloosheids-, arbeidsongeschiktheids-, of bijstands-) uitkering vaker deze klachten hebben (67%) dan volwassenen die een baan hebben (33%). Dit zien we ook terug bij volwassenen die (enige tot grote) moeite hebben om rond te komen van hun inkomen (53-71%) (figuur 1).



Figuur 1 Angst- en/of depressieklachten naar opleiding, werk en kunnen rondkomen

### Sociale omgeving

Volwassenen die alleen wonen hebben vaker angst- en/of depressieve klachten (42%) dan volwassenen die samen met één of meerdere anderen wonen (35%). Ook zien we dat volwassenen die alleenstaand ouder zijn vaker klachten hebben (46%) dan zij die in een andere gezinssamenstelling leven (36%). Ruim 80% van de volwassenen die (zeer) ernstig eenzaam zijn of (zeer) ontevreden zijn over hun sociale contacten, heeft angst- en/of depressieve klachten (figuur 2). Uit dit onderzoek wordt niet duidelijk of eenzaamheid en ontevredenheid over sociale contacten de oorzaak dan wel het gevolg zijn van de angst- en depressieklachten.



Figuur 2 Angst- en/of depressieklachten naar eenzaamheid en sociale contacten

### Huiselijk geweld

Slachtoffers van huiselijk geweld hebben bijna twee keer zo vaak klachten als volwassenen die geen slachtoffer zijn van huiselijk geweld. De meeste slachtoffers van huiselijk geweld zijn vrouw.

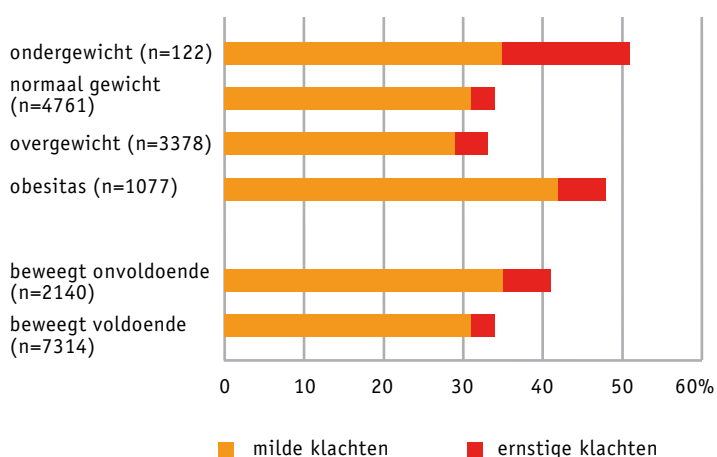
### Etniciteit

Volwassenen met een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Arubaanse of Antilliaanse etniciteit (volgens definitie CBS) hebben aanzienlijk vaker last van angst- en/of depressieve klachten (61%) dan Nederlandse volwassenen (34%).

### Gezondheid, chronische ziekten, overgewicht en bewegen

Mensen die hun eigen gezondheid als matig tot slecht ervaren, hebben relatief vaak angst- en/of depressieklachten. Er is een duidelijk verband tussen psychische en lichamelijke problematiek. Volwassenen met een chronische aandoening, zoals artrose, ernstige nek- of rugklachten, astma en COPD hebben duidelijk meer angst- en/of depressieve klachten dan volwassenen zonder chronische aandoening of volwassenen die hun eigen gezondheid als goed of uitstekend beschouwen. Ook voldoende bewegen hangt samen met angst en depressie. Volwassenen die voldoende bewegen, hebben minder vaak klachten dan volwassenen die te weinig bewegen. Verder is het opvallend dat volwassenen met

ondergewicht en volwassenen met obesitas (ernstig overgewicht) relatief vaak angst- en/of depressieve klachten hebben (figuur 3).



Figuur 3 Angst- en/of depressieklachten naar mate van overgewicht en bewegen

### Samenhang tussen de kenmerken

Geslacht, leeftijd, gezinssamenstelling, etniciteit, sociaal-economische status (opleiding, inkomen, uitkering), lichamelijke gezondheid, lichaamsgewicht, huiselijk geweld, kwaliteit van sociale contacten en eenzaamheid blijken allemaal kenmerken te zijn, die samenhangen met angst- en/of depressieve klachten.

Veel van bovengenoemde kenmerken hangen echter niet alleen met angst en depressie samen, maar ook met elkaar. Met behulp van een verdiepende analyse is gekeken welke kenmerken er daadwerkelijk toe doen en welke kenmerken, na correctie voor de overige, geen verband meer vertonen met angst- en/of depressieve klachten. Dan blijkt dat '(on)tevredenheid over de sociale contacten' het sterkst samenhangt met angst- of depressieklachten. Vervolgens is de sterkste samenhang te zien met 'eenzaamheid', 'een uitkering hebben' en 'moeite hebben met rondkomen'. Na correctie voor de overige kenmerken blijkt dat etniciteit, gezinssamenstelling en ondergewicht geen significant verband hebben met angst- en/of depressieve klachten.

### VERGELIJKING MET LANDELIJK ONDERZOEK

Ook uit ander onderzoek komen groepen mensen naar voren, die op basis van sociale en psychische factoren een verhoogd risico hebben op een depressie. Veelal komen deze risicogroepen overeen met wat uit het volwassenenonderzoek van de GGD naar voren is gekomen. Uit NEMESIS (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) blijkt bijvoorbeeld dat jongvolwassenen, stedelingen, alleenstaanden, lager opgeleiden, volwassenen met een

laag of gemiddeld inkomen, huisvrouwen en – mannen, werklozen en arbeidsongeschikten, kinderen van ouders met een psychische stoornis en volwassenen die vroeger mishandeld of verwaarloosd zijn een grotere kans hebben op een psychische stoornis<sup>9</sup>. Daarnaast blijken ook mensen die eerder een depressie of een andere psychische stoornis hebben meegemaakt een verhoogd risico te hebben op een depressie. Dit geldt ook voor kwetsbare mensen die te maken krijgen met ingrijpende levensgebeurtenissen, mensen met chronische lichamelijke ziekten, vrouwen en mensen die weinig sociale steun ervaren of geïsoleerd leven<sup>10,11</sup>.

Van een aantal factoren is bekend, dat ze mensen kunnen beschermen tegen het ontstaan van een depressie, doordat ze de veerkracht kunnen verhogen en daarmee een positieve invloed hebben op de geestelijke gezondheid. Het gaat hierbij onder andere om: een hoge intelligentie, een realistisch zelfinzicht en zelfvertrouwen, begrip en kennis van depressie, een flexibele persoonlijkheid, goede interpersoonlijke relaties en gemakkelijke omgangstijl, het plannen en deelnemen aan plezierige activiteiten en sport<sup>10</sup>.

### WAAROM DEPRESSIEPREVENTIE?

Bij tijdige signalering is depressie over het algemeen goed te behandelen. Toch zijn er goede redenen om naast behandeling ook in te zetten op preventie. De jaarlijkse instroom van nieuwe gevallen van depressie is namelijk erg groot en het is belangrijk om deze stroom in te dammen. Daarnaast is er een grote groep mensen (in Nederland ongeveer 1,3 miljoen per jaar) met depressieve klachten. Met preventie kan mogelijk voorkomen worden, dat deze klachten uitmonden in een depressie<sup>12</sup>.

Uit onderzoek blijkt dat depressiepreventie effectief en kosteneffectief is. In de praktijk blijkt echter heel weinig gebruik gemaakt te worden van preventieve depressie-interventies. Het effect hiervan op de volksgezondheid is op dit moment dus zeer gering en kan nog aanzienlijk verbeterd worden<sup>12</sup>.

Het ministerie van VWS heeft preventie van depressie als speerpunt opgenomen in de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' (2006). Hiermee wordt duidelijk dat depressiepreventie ook landelijk prioriteit heeft gekregen. De gemeenten sluiten hierop aan door dit speerpunt op te nemen in de nota's Lokaal Gezondheidsbeleid.

### VORMEN VAN DEPRESSIEPREVENTIE

Preventie van depressie richt zich in eerste instantie op het voorkomen van depressieve klachten bij gezonde mensen. Deze vorm van preventie wordt **universele preventie** genoemd en is gericht op het algemene publiek. Hierbij kunnen we denken aan publieksvoorlichting (gericht op

taboedoorbreking en bewustwording), voorlichting-programma's op scholen, screeningsprogramma's in de eerstelijnszorg en het versterken van opvoedingsvaardigheden bij ouders. Het gaat dan met name om het versterken van de manier waarop men met problemen omgaat (copingstijlen), het verbeteren van cognitieve en sociale vaardigheden en het vergroten van de sociale participatie. Wanneer deze preventie zich richt op risicogroepen wordt gesproken van **selectieve preventie**. Deze richt zich bijvoorbeeld op mensen met een lage opleiding of met een uitkering, bewoners van een achterstandswijk, ouders met psychische problemen, chronisch zieken of mensen die recent een partner hebben verloren.

Er is sprake van **geïndiceerde preventie**, wanneer preventie zich richt op mensen met beginnende of milde depressieve klachten. Het doel hierbij is om door vroegsignalering, advisering en ondersteuning te voorkomen, dat de klachten uiteindelijk uitmonden in een depressie.

Tot slot wordt ook **terugvalpreventie** genoemd in het kader van depressiepreventie. Hierbij gaat het om het voorkomen, dat na herstel opnieuw een depressieve episode ontstaat<sup>12</sup>.

## ROL VAN GEMEENTE EN GGD BIJ DEPRESSIEPREVENTIE

De gemeente heeft een taak op het terrein van universele en selectieve preventie. Voor de geïndiceerde en zorggerichte preventie zijn de zorgverzekeraars en het zorgkantoor verantwoordelijk.

In het verlengde van die taak van de gemeente heeft de GGD een ondersteunende taak door het bijdragen aan de opzet en uitvoering van programma's voor universele preventie. Ook neemt de GGD het initiatief tot afstemming van de verschillende regionale of lokale preventieprogramma's. Hierin wordt altijd de samenwerking gezocht met GGZ-organisaties die een aanbod hebben van depressiepreventie (de geïndiceerde preventie en terugvalpreventie), maar ook met eerstelijnsvoorzieningen zoals Maatschappelijk Werk, waar veel signalen worden opgevangen en begeleiding wordt gegeven (van belang bij de selectieve preventie).

### Depressiepreventie: voorbeelden van interventies

De meeste preventieprogramma's richten zich op het omgaan met depressie en zijn gebaseerd op de sociaal-lernen theorie en cognitieve gedragstherapie. Belangrijke onderdelen zijn ontspanningsoefeningen, sociale vaardigheidstraining en/of het verhogen van het aantal plezierige activiteiten. De cursus 'In de put, uit de put' is hiervan een voorbeeld. Zowel de groepscursus als de zelfhulpvariant zijn bewezen effectief.

Op basis van de gevonden kenmerken en de samenhang

met angst- en/of depressieklachten zijn er specifieke cursussen, bijvoorbeeld voor mensen met een chronische ziekte (groepscursus 'Leven met een chronische ziekte') en voor mensen die hun partner hebben verloren (groepscursus 'Verlies.. en dan verder' of 'Alleen verder'). Voor niet-westerse allochtonen is er specifiek aanbod, waarin rekening wordt gehouden met culturele aspecten van psychische gezondheid (cursus 'Lichte dagen, donkere dagen').

Ook is er aanbod gericht op het verbeteren van de leefstijl, met name op meer bewegen. Voorbeelden zijn 'Fit uit je dip', 'Liever bewegen dan moe', 'Bewegen zonder zorgen' en 'Hardlooptraining depressie'.

Populair is het aanbod in zelfhulp via internet (e-learning of e-mental health). Voorbeelden hiervan zijn 'Alles onder controle' (een e-mailservice bij depressie), 'www.kleurjeleven.nl' (een zelfhulpcursus voor depressieve klachten) en 'De verhalen die we leven' (biedt begeleiding bij het schrijven van een levensverhaal).

Nieuwe ontwikkelingen in het preventieaanbod zijn gebaseerd op aandachtstraining of mindfulness en ontspanning zoals 'Voluit leven', 'Balans en ontspanning', 'Minder stress door aandacht' en 'Ontspannen in het hier en nu'. In deze programma's, die populair en veelbelovend zijn, leert men zich te richten op het hier en nu, in plaats van het verleden of de toekomst.

Naast eerder genoemde interventies lijkt de lokale integrale benadering van depressiepreventie veelbelovend, de zogenaamde community-benadering, waarbij dwarsverbanden gelegd worden tussen diverse beleidsterreinen en onderwerpen (integraal beleid). Deze aanpak op buurt- of wijkniveau vormt voor de gemeenten een mogelijkheid bij uitstek om invulling te geven aan depressiepreventie in het kader van lokaal gezondheidsbeleid<sup>13</sup>. Het doel hiervan is om in een netwerk van organisaties als bureaus jeugdzorg, maatschappelijk werk, thuiszorg, GGD en preventieafdeling van GGZ-instellingen een keten van zowel universele, selectieve als geïndiceerde activiteiten te ontwikkelen. Met name deze integrale aanpak en de interventies gericht op verbeteren van leefstijl worden kansrijk geacht voor achterstandsgroepen omdat dit manieren kunnen zijn om deze groepen te bereiken<sup>14, 15</sup>.

De preventie-afdelingen van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in de regio Gelre-IJssel bieden een of meerdere van de hiervoor genoemde interventies aan. Voor meer informatie zie [www.ggnet.nl](http://www.ggnet.nl), [www.dimence.nl](http://www.dimence.nl), [www.eleos.nl](http://www.eleos.nl), [www.optiment.eu](http://www.optiment.eu) en [www.indigo.nl](http://www.indigo.nl). Het merendeel van de preventieve interventies zijn opgenomen in de landelijke 'Handleiding preventie van depressie'<sup>16</sup>.

## Literatuur

- 1 Schoemaker C (RIVM), Poos MJJC (RIVM), Spijker J (Trimbos-instituut). *Hoe vaak komt depressie voor?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Psychische stoornissen\ Depressie, 13 december 2005.
- 2 Hoeymans N (RIVM), Poos MJJC (RIVM), Gommer AM (RIVM). *Welke ziekten tasten de kwaliteit van leven het meest aan?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen, 15 juni 2006. Geraadpleegd op 26-10-2009.
- 3 Spijker J (Trimbos-instituut), Schoemaker C (RIVM). *Wat is depressie en wat zijn de gevolgen?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Psychische stoornissen\ Depressie, 13 december 2005.
- 4 Balkom AJLM van (Valerius), Dyck R van (Valerius), Schoemaker C (RIVM). *Wat zijn angststoornissen en wat zijn de gevolgen?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Psychische stoornissen\ Angststoornissen, 13 december 2005.
- 5 Ormel J, Neeleman J, Wiersma D. *Determinanten van psychische ongezondheid: implicaties voor onderzoek en beleid.* Tijdschrift voor Psychiatrie, 2001;43(4):245-257.
- 6 Schoemaker C (RIVM), Spijker J (Trimbos-instituut). *Welke factoren beïnvloeden de kans op depressie?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Psychische stoornissen\ Depressie, 13 december 2005.
- 7 Lanting LC (Consument en Veiligheid), Stam C (Consument en Veiligheid). *Wat is letsel als gevolg van geweld en wat zijn de gevolgen?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Letsels en vergiftigingen\ Geweld, 30 maart 2009.
- 8 Kessles RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek MK, Normand SLT, Walters EE, Zaslavsky AM. *Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress.* Psychological Medicine (2002), 32 : 959-976.

- 9 Vollebergh, WAM, Graaf, R de, Have M. ten, Schoemaker CG, Dorsselaer S van, Spijker J, Beekman ATF. *Psychische stoornissen in Nederland. Overzicht van de resultaten van NEMESIS.* Trimbos-instituut, Utrecht, 2003.
- 10 Lemmers L, Smit F, Riper H. *Factsheet preventie van depressie.* Trimbos-instituut, Utrecht, 2007.
- 11 Audenhove C van, Coster I de, Ameele H van den, Fruyt J de, Goetinck M. *De aanpak van depressie door de huisarts. Een handboek voor de praktijk.* Leuven: Uitgeverij Lannoo Campus, 2007.
- 12 Romijn G, Ruiters M, Smit F. *Meer effect met depressiepreventie? Strategieën voor publieksvoorlichting, vroegherkenning en terugvalpreventie.* Trimbos-instituut, Utrecht, 2008.
- 13 Bohleijer E, Mutsaers K, Blekman J, Bransen E, Smit F, Voordouw L, Willemsse G (2007). *Handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid,* Utrecht, Trimbos-instituut.
- 14 Meijer SA, Smit F, Schoemaker C, Cuijpers P, *Gezond verstand: evidence-based preventie van psychische stoornissen.* RIVM-Rapport nr. 27067200; VTV Themarapport. Bilthoven/ Utrecht: RIVM/Trimbos-instituut, 2006.
- 15 *Signalement Depressiepreventie Update 2008,* Trimbos-instituut, Utrecht, 2009.
- 16 *Handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid,* Trimbos-instituut ([www.trimbospreventie.nl](http://www.trimbospreventie.nl)), Utrecht, 2007.

## Tekst, figuren en tabellen

Mw. ir. C.Timmerman-Kok, epidemioloog, mw. drs. I.A.M.V. Linders-Wouters, functionaris gezondheidsbevordering en mw.I.F. Slagter, senior beleidsadviseur/projectmanager

## Met dank aan

Mw. G.H. Montauban, beleidsmedewerker volksgezondheid, gemeente Oldebroek

## Ontwerp

Witte Rook grafisch ontwerpers; [www.witterook.nl](http://www.witterook.nl)

**Depressie bij volwassenen in de regio Gelre-IJssel** is een onderdeel van de Gezondheidsatlas van de regio Gelre-IJssel, een uitgave van:

GGD Gelre-IJssel, Kennis- en Expertisecentrum  
Postbus 51, 7300 AB Apeldoorn, (088) 443 30 00  
E-mail: [kenniscentrum@ggdgelre-ijssel.nl](mailto:kenniscentrum@ggdgelre-ijssel.nl)

De Gezondheidsatlas is te downloaden via [www.ggdgelre-ijssel.nl](http://www.ggdgelre-ijssel.nl) / info voor / gemeenten.

Overname van gegevens is toegestaan, mits voorzien van bronvermelding.

Jaar van uitgave: 2010.



Gelre-IJssel

