

Jasper Nuijen, Marja van Bon-Martens, Tessa van Doesum,
Marloes Kleinjan, Agnes van der Poel

Depressieproblematiek gemeten in Nederland

Wat verschillende databronnen zeggen over
het vóórkomen van depressieproblematiek



Jasper Nuijen, Marja van Bon-Martens, Tessa van Doesum,
Marloes Kleinjan, Agnes van der Poel

Depressieproblematiek gemeten in Nederland

Wat verschillende databronnen zeggen over
het vóórkomen van depressieproblematiek

Trimbos-instituut, Utrecht, 2019

Colofon

Opdrachtgevers

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
Stuurgroep van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie

Financier

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Auteurs

Jasper Nuijen
Marja van Bon-Martens
Tessa van Doesum
Marloes Kleinjan
Agnes van der Poel

Projectleiding

Marja van Bon-Martens

© Trimbos-instituut, 2019

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Inleiding	7
2 Aanpak	9
2.1 Algemene selectiecriteria	9
2.2 Identificeren mogelijk relevante gegevensbronnen	10
2.3 Stapsgewijze selectie en beschrijving van databronnen	10
3 Resultaten	11
3.1 Identificatie en selectie van databronnen	11
3.1.1 Geïdentificeerde gegevensbronnen	11
3.1.2 Selectiestap 1: Databronnen die niet voldoen aan beide algemene selectiecriteria	12
3.1.3 Selectiestap 2: Databronnen waarvan prevalentiecijfers over depressieproblematiek (nog) niet zijn gepubliceerd	15
3.1.3 Selectiestap 3: Databronnen waarvan gepubliceerde prevalentiecijfers over depressieproblematiek geen meerwaarde hebben voor de huidige inventarisatie	19
3.1.4 Databronnen waarvan prevalentiecijfers over depressieproblematiek worden gepresenteerd	21
3.2 Prevalentiecijfers over depressieproblematiek	27
3.2.1 Prevalentiecijfers over depressieproblematiek bij volwassenen	28
3.2.2 Prevalentiecijfers over depressieproblematiek bij ouderen	32
3.2.3 Prevalentiecijfers over depressieproblematiek bij jongeren en jongvolwassenen	34
3.2.4 Prevalentiecijfers over depressieproblematiek bij werknemers en zelfstandigen	41
3.2.5 Prevalentiecijfers over depressieproblematiek bij zwangere of recent bevallen vrouwen	45
3.2.6 Prevalentiecijfers over depressieproblematiek bij chronisch lichamelijk zieken	47
3.2.7 Prevalentiecijfers over depressieproblematiek bij personen met een migratieachtergrond	50
4 Beschouwing	55
Referenties	61

Samenvatting

Dit rapport beschrijft de resultaten van een inventarisatie naar databronnen waarin gegevens worden verzameld over het vóórkomen (de prevalentie) van depressieproblematiek in de algemene bevolking.

Veel databronnen en veel gepubliceerde prevalentiecijfers

Er zijn 43 landelijke, regionale en lokale databronnen gevonden met gegevens over het vóórkomen van depressieproblematiek in de algemene bevolking. Reeds gepubliceerde prevalentiecijfers, afkomstig uit 21 databronnen, hebben betrekking op een variëteit aan doelgroepen: volwassenen, ouderen, jongeren en jongvolwassenen, werknemers en zelfstandigen, zwangere of recent bevallen vrouwen, chronisch lichamelijk zieken en personen met een migratieachtergrond. Daarbij gaan de prevalentiegegevens over verschillende typen depressieproblematiek, waaronder depressieve stoornis, depressieklachten en depressiegerelateerde klachten (zoals internaliserende problematiek, angstklachten of burn-out klachten). Vanwege verschillen in de opzet en wijze van gegevensverzameling kunnen de cijfers uit de verschillende databronnen niet zomaar met elkaar worden vergeleken, ook niet als ze betrekking hebben op dezelfde doelgroep. Er bestaan onder andere verschillen tussen de bronnen wat betreft onderzoekdeelnemers, meetinstrumentarium en peiljaren.

Beleidsrelevantie van de inventarisatie

De inventarisatie maakt inzichtelijk welke cijfers over het vóórkomen van depressieproblematiek beschikbaar zijn voor welke groepen in de algemene bevolking op welk schaalniveau (landelijk, regionaal of lokaal). Deze informatie is bijvoorbeeld bruikbaar om te monitoren of de ambitie van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie wordt gerealiseerd: een forse verlaging van het aantal mensen met een depressieve stoornis in het komende decennium. Daarnaast brengt de inventarisatie belangrijke gegevenslacunes in kaart. Zo ontbreekt het aan landelijke representatieve gegevens over de prevalentie van depressieve en aanverwante stoornissen bij jongeren tot 18 jaar en oudere personen van 65 jaar of ouder.

Inleiding

In het Themaport Zicht op Depressie (2018), een publicatie in het kader van de Staat van Volksgezondheid en Zorg,¹ is informatie uit (veelal) landelijke databronnen bij elkaar gebracht om een overzicht te bieden van de beschikbare kerncijfers over depressieve stoornis en klachten op het gebied van epidemiologie, preventie en zorg. In het themarapport zijn diverse belangrijke gegevensvelden geïdentificeerd die een belemmering vormen voor het goed kunnen monitoren en evalueren van (preventieve) depressiezorg in Nederland, en het beleid daaromtrent. Zo werd geconstateerd dat het lastig is om zicht te krijgen op de omvang, aard en effecten van depressiepreventie in de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein: deze gegevens worden niet systematisch verzameld. Toch is bekend dat er op lokaal niveau veel gebeurt rondom depressiepreventie, of op het bredere vlak van mentale gezondheidsbevordering.

Daarom hebben het ministerie van VWS en de Stuurgroep van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie aan het Trimbos-instituut gevraagd om een inventarisatie uit te voeren naar depressiepreventie in de publieke gezondheidszorg en het sociaal domein. Doelen zijn om een beeld te schetsen van:

- a) de omvang (prevalentie) van de depressieproblematiek in de algemene bevolking; en
- b) activiteiten gericht op de depressiepreventie in de genoemde domeinen.

Het voorliggende rapport heeft betrekking op het eerstgenoemde doel.

Het Themaport Zicht op depressie (2018) baseerde zich wat betreft prevalentiecijfers bij volwassenen in de leeftijd van 18-64 jaar voornamelijk op NEMESIS-2, een representatief onderzoek naar de psychische gezondheid van volwassenen in de algemene bevolking.² Voor jongeren tot 18 jaar en oudere personen van 65 jaar of ouder werd uitgegaan van andere landelijke en regionale bevolkingsstudies.³ Geconcludeerd werd dat het ontbreekt aan recente landelijk representatieve gegevens over het vóórkomen van depressieve stoornis bij volwassenen omdat de meest recente cijfers uitgaan van gegevens verzameld in 2007-2009. Daarnaast werd vastgesteld dat er geen actuele en landelijk representatieve cijfers beschikbaar zijn over de prevalentie van depressieve stoornis bij jongeren en ouderen.

In dit rapport wordt een bredere insteek gehanteerd dan in het Themaport Zicht op depressie (2018) om na te gaan welke aanvullende databronnen er bestaan waarin prevalentiegegevens worden verzameld onder (groepen binnen) de algemene bevolking. Lag de focus in het themarapport vooral op landelijke studies, in de huidige rapportage worden ook regionale en lokale databronnen geïnventariseerd. Daarnaast is de insteek breder omdat

1 https://www.staatvenz.nl/sites/default/files/rap_zorg_depressie_beveiligd_def.pdf

2 *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2*

3 HBSC (*Health Behaviour in School-Aged Children*); TRAILS (*Tracking Adolescents' Individual Lives Survey*); en LASA (*Longitudinal Aging Study Amsterdam*)

niet alleen wordt gezocht naar gegevens over het vóórkomen van depressieve stoornis en klachten, maar ook naar prevalentiecijfers over aanverwante stoornissen en klachten (zoals angstklachten of –stoornissen, internaliserende problematiek en burn-out). Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Wat is er uit landelijke, regionale en lokale gegevensbronnen bekend over het vóórkomen van depressieproblematiek in (groepen binnen) de algemene bevolking?

De bredere inventarisatie vult het Themarapport Zicht op depressie (2018) aan en biedt zodoende een completer overzicht van welke prevalentiecijfers over depressieproblematiek beschikbaar zijn voor welke groepen in de algemene bevolking op welk schaalniveau (landelijk, regionaal, of lokaal). Voor de volledigheid worden de databronnen zoals gebruikt in het themarapport ook meegenomen.

2 Aanpak

De volgende drie stappen zijn uitgevoerd:

- Het formuleren van algemene selectiecriteria waaraan een databron moet voldoen.
- Het identificeren van potentieel relevante gegevensbronnen.
- Het stapsgewijs selecteren en beschrijven van databronnen, resulterend in een selectie van databronnen waarvan gepubliceerde cijfers over het vóórkomen van depressieproblematiek worden gepresenteerd in dit rapport.

2.1 Algemene selectiecriteria

Er zijn twee algemene selectiecriteria geformuleerd waaraan een gegevensbron moet voldoen:

1. De databron omvat gegevens over het vóórkomen (de prevalentie⁴) van depressieproblematiek in de algemene Nederlandse bevolking op landelijk, regionaal of lokaal niveau.

Daarbij is depressieproblematiek ruim gedefinieerd:

- Het heeft zowel betrekking op depressieklachten of depressieve stoornissen als op depressie-gerelateerde problematiek, zoals stemmingsstoornissen, angstklachten of –stoornissen, internaliserende problematiek en (werk-gerelateerde) stress/burn-out.
- Het maakt niet uit op welke wijze depressieproblematiek is vastgesteld (bijv. via een gestandaardiseerd psychiatrisch interview, een vragenlijst, of een enkelvoudige vraag).
- Een 'algemene psychische' uitkomstmaat – zoals psychische gezondheid, psychisch welbevinden, etc. – wordt alleen meegenomen indien gemeten met een gevalideerde vragenlijst (MHI-5, GHQ-12, etc.), maar *niet* indien bepaald met een enkelvoudige vraag.

Daarbij is algemene bevolking ruim gedefinieerd:

- Het kan gaan om (een steekproef van) de algemene Nederlandse bevolking, of om (een steekproef van) de algemene bevolking in een bepaalde regio of stad.
- Het kan ook gaan om (een streekproef van) een groep binnen de algemene Nederlandse bevolking, of binnen de algemene bevolking in een bepaalde regio of stad. Voorbeelden: (schoolgaande) jongeren, ouderen, werkende personen, migranten of personen met een lage sociaal economische status (SES).
- Het gaat *niet* om groepen personen die professionele ondersteuning of (preventieve) zorg ontvangen vanwege depressieproblematiek ('patiëntpopulaties'). Anders gezegd: de inventarisatie is *niet* gericht op informatie over het aantal personen dat professionele hulp ontvangt vanwege depressieproblematiek (kortweg: zorgprevalentie), maar op gegevens over het aantal personen met depressieproblematiek in (groepen binnen) de algemene Nederlandse bevolking (kortweg: populatieprevalentie).

4 Incidentiecijfers worden niet meegenomen.

2. Het gaat om één van de volgende drie typen databronnen:
- Een cohortstudie: een studie met herhaalde metingen bij dezelfde (steekproef van een) populatie.
 - Een monitorstudie: een studie met herhaalde cross-sectionele metingen bij telkens een nieuwe (steekproef van een) populatie.
 - Een 1-meting studie: een studie met een éénmalige (cross-sectionele) meting.

2.2 Identificeren mogelijk relevante gegevensbronnen

Hiertoe zijn achtereenvolgens de volgende acties uitgevoerd:

Het doorzoeken van de Metadatabase Zorggegevens op potentieel relevante databronnen door de eerste auteur: <https://bronnen.zorggegevens.nl>

Uitgaande van de lijst van databronnen die werden geïdentificeerd via de Metadatabase Zorggegevens, hebben leden van projectteam en sleutelfiguren binnen het Trimbos-instituut aanvullende databronnen aangedragen.

Ook projectleiders/contactpersonen van reeds geïdentificeerde databronnen (sneeuwbal-methode) en sleutelfiguren bij andere organisaties hebben aanvullende databronnen aangedragen.

2.3 Stapsgewijze selectie en beschrijving van databronnen

Door middel van deskresearch en navraag bij de projectleiders/contactpersonen van databronnen zijn de kenmerken van alle geïdentificeerde databronnen in kaart gebracht (zoals type databron, doel gegevensverzameling, schaalniveau gegevensverzameling, doelgroepen, gemeten depressieproblematiek, etc.). Uitgaande van deze beschrijvingen is vervolgens een selectie gemaakt op basis van de volgende drie stappen:

Stap 1: Voldoet de databron aan beide algemene selectiecriteria?

In de eerste selectiestap worden de databronnen geselecteerd die voldoen aan de twee algemene selectiecriteria. De kenmerken van de databronnen die tijdens de eerste selectiestap afvallen worden kort beschreven, alsook de reden(en) van exclusie.

Stap 2: Zijn gegevens over het vóórkomen van depressieproblematiek uit de databron gepubliceerd?

In de tweede selectiestap worden de databronnen geselecteerd waarvan gegevens over het vóórkomen van depressieproblematiek zijn gepubliceerd, of op een andere manier direct te zijn verkrijgen. De kenmerken van de databronnen die tijdens deze selectiestap afvallen worden beschreven, inclusief de gemeten depressieproblematiek.

Stap 3: Hebben gepubliceerde gegevens over het vóórkomen van depressieproblematiek uit de databron meerwaarde?

In de derde en laatste selectiestap worden de databronnen geselecteerd waarvan de gepubliceerde gegevens over het vóórkomen van depressieproblematiek een meerwaarde hebben.

Voorbeelden van redenen waarom gegevens meerwaarde kunnen hebben:

- Het zijn de enige gegevens over een bepaalde doelgroep of depressieproblematiek.
- Het zijn de meest recente gegevens over een bepaalde doelgroep of depressieproblematiek.
- Het gaat om gegevens die herhaaldelijk worden gemeten, en geschikt zijn voor monitoring en evaluatie van ontwikkelingen in het vóórkomen van depressieproblematiek in (groepen binnen) de algemene bevolking.

De kenmerken van de geïdentificeerde databronnen die tijdens deze derde selectiestap afvallen worden beschreven, inclusief de reden(en) voor exclusie en de gemeten depressieproblematiek. Van alle databronnen die ook deze laatste selectiestap 'doorkomen', worden gepubliceerde prevalentiecijfers over depressieproblematiek gepresenteerd en kort toegelicht.

3 Resultaten

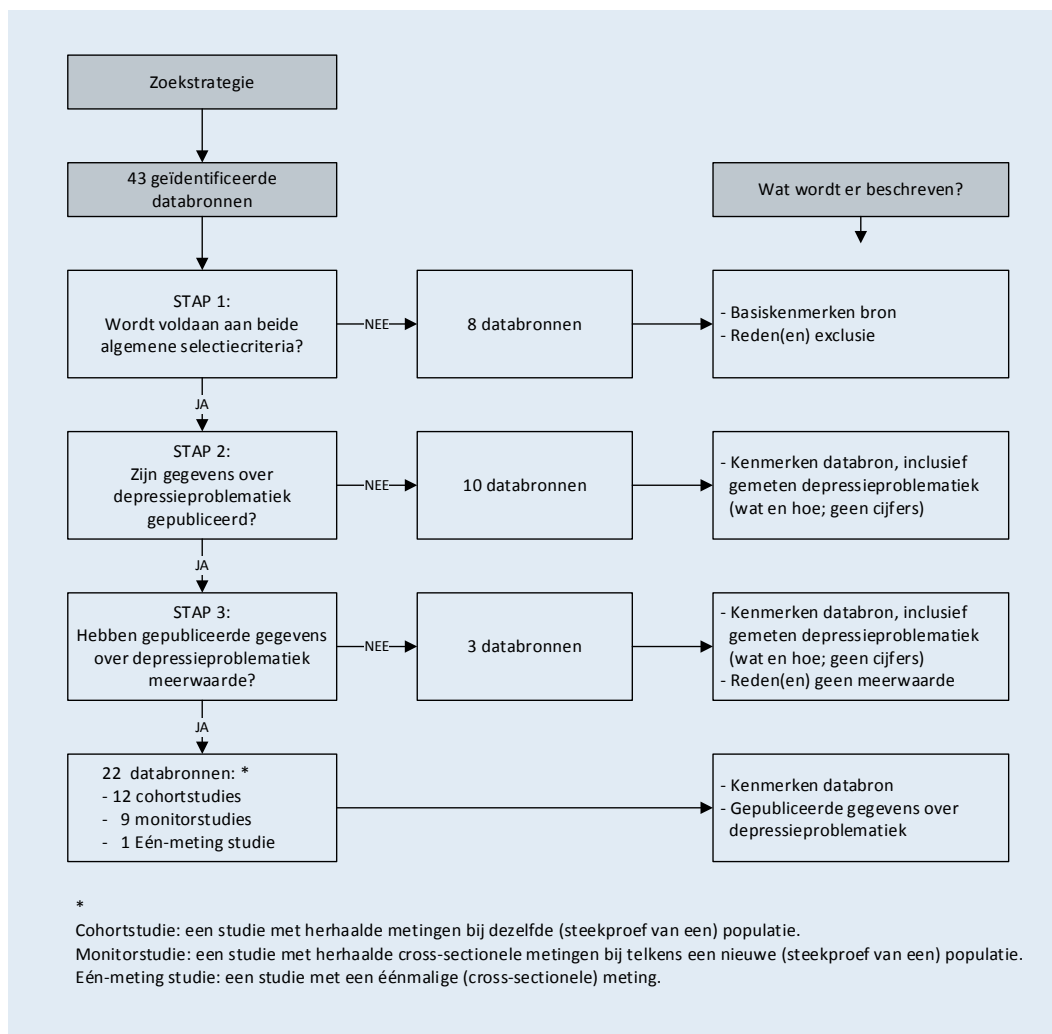
De resultaten-sectie bestaat uit twee delen. Het eerste deel beschrijft de identificatie en selectie van databronnen; het tweede deel presenteert prevalentiecijfers van databronnen die alle selectiestappen hebben doorlopen.

3.1 Identificatie en selectie van databronnen

3.1.1 Geïdentificeerde gegevensbronnen

Onderstaande figuur geeft een overzicht van de opbrengsten van de zoekacties, en het aantal databronnen dat afvalt tijdens de opeenvolgende selectiestappen.

Figuur 1. Overzicht opbrengsten van zoekacties, en aantal databronnen dat afvalt tijdens de opeenvolgende selectiestappen



3.1.2 Selectiestap 1: Databronnen die niet voldoen aan beide algemene selectiecriteria

Tabel 3.1 op de volgende pagina's geeft een overzicht van de acht geïdentificeerde gegevensbronnen die niet voldoen aan beide algemene selectiecriteria, en derhalve buiten het kader van de huidige inventarisatie vallen. In de laatste kolom worden de reden(en) van exclusie aangegeven. Benadrukt dient te worden dat het hier gaat om databronnen die belangrijke informatie bieden, bijvoorbeeld over factoren die van invloed zijn op het ontstaan en het beloop van depressieve en angststoornissen bij volwassenen (NESDA) (Penninx *et al.* 2008) en ouderen (NESDO) (Comijs *et al.* 2011); over de rol van erfelijke factoren en omgevingsfactoren bij het ontstaan van psychische problematiek (NTR) (van Beijsterveldt *et al.* 2013; Willemsen *et al.* 2013); en over de huisartsenzorg die wordt geboden aan personen met depressieklachten of een depressie (NIVEL Zorgregistraties eerste lijn).

Het BIONIC project is mogelijk minder bekend. Het betreft een nationaal project, gefinancierd door de onderzoeks-infrastructuur BBMRI-NL⁵, waarvan de gegevensverzameling liep van medio 2014 tot medio 2017. In het BIONIC project is bij duizenden mensen die deelnamen aan diverse wetenschappelijke onderzoeken in Nederland, een gestandaardiseerd depressie-instrument afgenomen (LIDAS, *Lifetime Depression Assessment Self-report*), om de aanwezigheid van depressieve stoornis ooit in het leven te bepalen (levensprevalentie). Dit is gedaan bij deelnemers van onderzoeken waarbij ook genetische varianten in kaart zijn gebracht, met als doel te onderzoeken welke genetische varianten samenhangen met depressie. Een publicatie over de initiële validatie van het LIDAS instrument is reeds gepubliceerd (Bot *et al.* 2017). Een publicatie over de beschrijving van de deelnemende studies en individuen, alsook de levensprevalentie van depressie is in voorbereiding (Fedko *et al.*, *in voorbereiding*).

5 *Biobanking and BioMolecular resources Research Infrastructure The Netherlands: www.bbMRI.nl*

Tabel 3.1 Geïdentificeerde databronnen die niet voldoen aan beide algemene selectiecriteria. Doelgroepen hebben bij de cohortstudies betrekking op de groepen zoals geïnccludeerd ten tijde van de nulmeting (baseline meting); genoemde groepen worden in de tijd gevolgd. Gemeten depressieproblematiek kan daarbij betrekking hebben op de baseline meting of een volgend meetmoment.

Naam (afkorting) databron	Beheerder(s)	Website	Schaalniveau gegevensverzameling	Doelgroep(en)	Gemeten depressieproblematiek	Reden(en) exclusie
Cohortstudies						
Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA)	VUMC, LUMC, UMCG e.a.	http://www.nesda.nl/	Regionaal: 3 regio's (Amsterdam, Leiden en Groningen)	Volwassenen	Depressieve en angststoornissen (CIDI) en diverse andere depressie (-gerelateerde) problematiek op verschillende meetmomenten	Het cohort bestaat deels uit huisarts- en ggz-patiënten met een depressieve stoornis
Nederlandse Studie naar Depressie bij Ouderen (NESDO)	VUMC, LUMC, UMCG e.a.	https://nesdo.onderzoek.io/	Regionaal: 5 regio's (Amsterdam, Leiden, Apeldoorn/ Zutphen, Nijmegen en Groningen)	Ouderen	Depressieve en angststoornissen (CIDI) en diverse andere depressie (-gerelateerde) problematiek op verschillende meetmomenten	Het cohort bestaat deels uit huisarts- en ggz-patiënten met een depressieve stoornis
Monitorstudies						
Enquête Sociale Samenhang en Welzijn (S&W)	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)	https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/korte-onderzoeksbeschrijvingen/sociale-samenhang-en-welzijn	Landelijk	Jongeren en volwassenen	Tevredenheid over psychische gezondheid (enkelvoudige vraag)	Er wordt een algemene psychische uitkomstmaat gemeten met een enkelvoudige vraag
European School Survey on Alcohol and other Drugs (ESPAD)	Trimbos-instituut	https://www.trimbos.nl/themas/monitoring-middeengebruik/espac-europese-studie-middeengebruik-onder-scholieren	Landelijk	Jongeren (scholieren voortgezet onderwijs)	Geen meting depressie (-gerelateerde) problematiek	Er wordt geen depressie (-gerelateerde) problematiek gemeten

Naam (afkorting) databron	Beheerder(s)	Website	Schaalniveau gegevensverzameling	Doelgroep(en)	Gemeten depressieproblematiek	Reden(en) exclusie
Naam (afkorting) databron	Beheerder(s)	Website	Schaalniveau gegevensverzameling	Doelgroep(en)	Gemeten depressieproblematiek	Reden(en) exclusie
Werkgeversenquête Zorg en Welzijn (WGE)	CAOP	https://www.azwinfo.nl/home?ReturnUrl=%2findex.cfm%2f1%2c1%2c0%2c0%2html%2fHome	Landelijk	Werkgevers in de sector Zorg en Welzijn	Geen meting depressie (-gerelateerde) problematiek	Er wordt geen depressie (-gerelateerde) problematiek gemeten
Andersoortige databronnen						
BIObanken Nederland Internet Collectief (BIONIC) project	Vumc; VU		Landelijk	Volwassenen en ouderen	Depressieve stoornis ooit in het leven (LIDAS)	Het betreft een andersoortige databron (het is geen cohortstudie, monitorstudie of 1-meting studie)
NIVEL Zorgregistraties eerste lijn	NIVEL	https://www.nivel.nl/nl/nzr/zorgregistraties-eerstelij	Landelijk	Huisartspatiënten (alle leeftijden)	Depressie (klachten) (zoals gediagnosticeerd en geregistreerd door huisartsen)	Het betreft een andersoortige databron (het is geen cohortstudie, monitorstudie of 1-meting studie); het gaat om huisartspatiënten die hulp ontvangen vanwege depressieproblematiek
Nederlands Tweelingen Register (NTR)	VU	http://www.tweelingenregister.org/	Landelijk	Twee- en meerlingen (alle leeftijden)	O.a. Internaliserende problemen (YSR; CBCL; TRF); depressieklachten (BDI; HADS); angstklachten (HADS)	Het betreft een andersoortige databron (het is geen cohortstudie, monitorstudie of 1-meting studie)

BDI: Beck Depression Inventory; CBCL: Child Behavior Checklist; CIDI: Composite International Diagnostic Interview; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; LIDAS: Lifetime Depression Assessment Self-report; TRF: Teacher Report Form; YSR: Youth Self-Report.

3.1.3 Selectiestap 2: Databronnen waarvan prevalentiecijfers over depressieproblematiek (nog) niet zijn gepubliceerd

Tabel 3.2 op de volgende pagina geeft een overzicht van de tien geïdentificeerde gegevensbronnen waarvan prevalentiecijfers over depressieproblematiek (nog) niet zijn gepubliceerd ten tijde van onze inventarisatie. Hiermee wordt een indruk verkregen van welke gegevens op het gebied van depressie voor welke doelgroepen zijn verzameld, of nog worden verzameld. Prevalentiecijfers over depressieproblematiek kunnen, al dan niet onder voorwaarden, worden verkregen via de bronhouder(s).

Zoals te zien in Tabel 3.2 worden de zeven *cohortstudies* uitgevoerd in (middel)grote steden, uitgezonderd twee regionale onderzoeken. De cohortstudies volgen diverse doelgroepen in de tijd, waaronder pasgeboren kinderen, jongeren, volwassenen, ouderen, volwassenen met overgewicht en chronisch lichamelijk zieken. Wat betreft depressieproblematiek richt het merendeel van de studies zich op het bepalen van depressie(-gerelateerde) klachten via het afnemen van één of enkele vragenlijsten. De iBerry Study, een onderzoek in Rotterdam en omgeving naar hoe jongeren opgroeien tot gezonde volwassenen, valt op in termen van de uitgebreidheid van verzameling van depressiegegevens. Een groep van circa 1.000 jongeren (gemiddelde leeftijd bij inclusie: 14,5 jaar) en hun ouders neemt deel. De steekproef bestaat uit 800 jongeren met een verhoogd risico op psychosociale problemen, en 200 jongeren zonder een dergelijk risico.⁶ Er zijn nog geen prevalentiecijfers beschikbaar omdat de baseline meting nog lopende was in 2018.

De twee *monitorstudies* richten zich op het in kaart brengen van het welzijn van studenten, waarbij ook depressie(-gerelateerde) klachten worden gemeten. De Studentengezondheidstest van de Universiteit van Amsterdam en de Hogeschool van Amsterdam wordt op continue basis aangeboden en op eigen initiatief van studenten ingevuld. Het is in eerste instantie bedoeld als zelf-monitor voor de studenten die ook een terugkoppeling krijgen op basis van hun scores, inclusief het aanreiken van mogelijke oplossingen bij verhoogde scores (Van der Heijde et al., 2015). De andere monitor van Hogeschool Inholland is nog in ontwikkeling, onder de voorlopige naam Studenten Welzijnsonderzoek.

6 Zoals bepaald met de SDQ, *Strengths and Difficulties Questionnaire*

Tabel 3.2 Geïdentificeerde databronnen op basis waarvan (nog) geen prevalentiecijfers over depressieproblematiek zijn gepubliceerd. Peiljaar heeft bij de cohortstudies betrekking op de nulmeting (baseline meting); en bij de monitorstudies op het meest recente peiljaar. Doelgroepen gaan bij de cohortstudies over de groepen zoals geïnccludeerd ten tijde van de nulmeting (baseline meting); genoemde groepen worden in de tijd gevolgd. Gemeten depressieproblematiek kan bij de cohortstudies de baseline meting of een volgend meetmoment betreffen.

Naam (afkorting) databron; Beheerder(s)	Doel	Website	Schaalniveau gegevensverzameling; peiljaar	Doelgroep(en)	Gemeten depressieproblematiek
Cohortstudies					
Doetinchem Cohort Studie (DCS); RIVM	Het onderzoeken van veranderingen in leefstijl- en risicofactoren met het ouder worden en de samenhang van deze veranderingen met het optreden van ziekte en sterfte	https://www.rivm.nl/onderwerpen/D/Doetinchem_Cohort_Studie	Lokaal: Doetinchem; Baseline meting: 1987	Volwassenen	a) psychische gezondheid (MHI-5); b) depressie-klachten (CES-D)
Gezondheid en Levens Omstandigheden Bevolking Eindhoven en omstreken studie (GLOBE); Erasmus MC en GGD Brabant-Zuidoost	Het bepalen van mechanismen en factoren die kunnen verklaren hoe sociaaleconomische gezondheidsverschillen ontstaan	http://www.globe-study.nl/	Lokaal: Eindhoven e.o.; Baseline meting: 1991	Jongeren, volwassenen en ouderen	Psychische gezondheid (MHI-5)
iBerry Study; Erasmus MC (ESPRI), CJG Rijnmond	Het onderzoeken hoe jongeren opgroeien tot gezonde volwassenen	http://www.iberrystudy.nl/	Lokaal: Rotterdam e.o.; Baseline meting: 2015-2018	Jongeren, ouders	Jongeren: a) stemmings- en angststoornissen (MINI-KID); b) internaliserende problemen (YSR; CBCL; TRF); en c) suïcidaliteit en zelfbeschadigend gedrag (VOZZ SCREEN en ISAS). Ouders: a) stemmings- en angststoornissen (MINI PLUS); b) depressie- en angstklachten (BSI); en c) internaliserende problemen kind (CBCL). Leerkracht: internaliserende problemen kind (TRF)
Erasmus Rotterdam	Het onderzoeken van het ontstaan en verloop van veel voorkomende gezondheidsproblemen in de algemene bevolking	http://www.ergo-onderzoek.nl/wp/	Lokaal: Rotterdamse wijk Ommoord; Baseline metingen: 1 ^{ste} cohort: '87; 2 ^e cohort: '01-'02; 3 ^e cohort: '06-'08; 4 ^e cohort: vanaf '16	Volwassenen van middelbare leeftijd	a) depressieklachten (CES-D); b) angstklachten (HADS-A); c) depressieve stoornis (SCAN); d) angststoornis (M-CIDI)

Naam (afkorting) databron; Beheerder(s)	Doel	Website	Schaalniveau gegevensverzameling; peiljaar	Doelgroep(en)	Gemeten depressieproblematiek
Nederlandse Epidemiologie van Obesitas studie (NEO); LUMC	Het onderzoeken van de mechanismen die leiden tot obesitas-gerelateerde ziekten en aandoeningen	https://www.lumc.nl/org/neo-studie/	Lokaal: Leiden e.o; en Leiderdorp; Baseline meting: 2008-2012	Volwassenen van middelbare leeftijd; volwassenen van middelbare leeftijd met overgewicht	a) Depressieklachten (IDS); b) angstklachten (BAI)
Preventie en Incidentie van Astma en Mijt Allergie onderzoek (PIAMA); Beheerders: RIVM, UU, UMCU, UMCG, Beatrix Kinderkliniek, Erasmus MC, Sanquin Diagnostic Services	Het onderzoeken van de ontwikkeling van astma en luchtwegallergie in de eerste 8 levensjaren. Daarbij wordt het effect nagegaan van verschillende risicofactoren op de ontwikkeling van astma en luchtwegallergie.	http://piama.iras.uu.nl/piama-project-overzicht.php#	Regionaal: Noord-Nederland (provincies Groningen, Friesland en Drenthe), Midden-Nederland (provincies Utrecht en Gelderland) en West-Nederland (Rotterdam e.o.); Baseline meting: 1991-1997	Pasgeborenen kinderen	Psychische gezondheid (MHI-5)
Research on Adolescent Development and Relationships (RADAR); Universiteit Utrecht (van 2005-2016: óók Vrije Universiteit Amsterdam)	Het onderzoeken welke factoren samenhangen met een gezonde en met een problematische ontwikkeling van jongeren	https://www.uu.nl/onderzoek/radar	Regionaal: midden en westen van Nederland; Baseline meting: 2006	Jongeren	a) depressieklachten (RADS-2); b) angstklachten (SCARED)
Monitorstudies					
Studenten-gezondheidstest; UvA en HvA	Het mogelijk maken van snelle herkenning door studenten van gezondheidsklachten en problemen. Bij verhoogde scores worden mogelijke oplossingen aange-reikt aan studenten.	http://studentengezondheidstest.nl/nl	Regionaal: Amsterdam e.o.; Continue gegevenszameling	Jongvolwassenen (studenten)	a) Depressie-/angstklachten (K6); b) suïciderisico (SBQ-R)

Naam (afkorting) databron; Beheerder(s)	Doel	Website	Schaalniveau gegevensverzameling; peiljaar	Doelgroep(en)	Gemeten depressieproblematiek
Studenten Welzijnsonderzoek (voorlopige naam); Hogeschool Inholland	Het monitoren van het welzijn van studenten van Inholland	https://www.inholland.nl/onderzoek/onderzoekslijsten/studiesucces/	Regionaal: Zwolle e.o. en Almere e.o.; Meest recente peiljaar: de eerste gegevensverzameling loopt	Jongvolwassenen (studenten hogeschool)	Depressie-/angstklachten (K6)
Studies met een éénmalige meting (1-meting studies)					
Rotterdam - Onderzoek drugs- en alcoholgebruik MBO; Gemeente Rotterdam	Het in kaart brengen van het drugs- en alcohol- gebruik van MOBO-studenten (niveau 1 en 2) in Rotterdam		Lokaal: Rotterdam; Peiljaar: 2017	Jongeren (scholieren middelbaar beroeps- onderwijs)	Psychische gezondheid (MHI-5)

BAI: Beck Anxiety Inventory; BSI: Brief Symptom Inventory; CBCL: Child Behavior Checklist; CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression scale; HADS: Hospital Anxiety (A) and Depression (D) Scale; IDS: Inventory of Depressive Symptoms (IDS); ISAS: Inventory of Statements about Self-Injury; K6: verkorte versie van de Kessler Psychological Distress Scale; LIDAS: Lifetime Depression Assessment Self-report; M-CIDI: Munich version of the Composite International Diagnostic Interview; MHI-5: Mental Health Inventory; MINI: Mini-International Neuropsychiatric Interview; MINI Kid: Mini-International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents; RADS-2: Reynolds Adolescent Depression Scale- 2nd edition; SBQ-R: Suicide Behaviors Questionnaire-Revised; SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry; SCARED: Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders; TRF: Teacher Report Form; VOZZ-SCREEN: Vragenlijst over Zelfdoding en Zelfbeschadiging – verkorte versie; YSR: Youth Self-Report.

3.1.3 Selectiestap 3: Databronnen waarvan gepubliceerde prevalentiecijfers over depressieproblematiek geen meerwaarde hebben voor de huidige inventarisatie

Tabel 3.3 op de volgende pagina geeft een overzicht van de drie geïdentificeerde gegevensbronnen die tijdens de derde selectiestap zijn 'afgevallen'. In de laatste kolom worden de reden(en) aangegeven waarom gepubliceerde prevalentiecijfers geen meerwaarde hebben binnen het kader van de huidige inventarisatie.

Tabel 3.3 Geïdentificeerde databronnen waarvan gepubliceerde prevalentiecijfers over depressieproblematiek geen meerwaarde hebben voor de huidige inventarisatie.

Naam (afkorting) databron	Beheerder(s)	Website	Schaalniveau gegevensverzameling; peiljaar	Doelgroep(en)	Gemeten depressieproblematiek	Reden(en) geen meerwaarde
Monitorstudies						
Peilstationsonderzoek Scholieren Middelengebruik (Peil)	Trimbos-instituut	https://peil.trimbos.nl/	Landelijk; Meest recente peiljaar: 2015	Jongeren (scholieren basisonderwijs en voortgezet onderwijs)	a) Psychosociale gezondheid (SDQ); b) emotionele problemen (subschaal SDQ)	In het HB-SC-onderzoek is de SDQ afgenomen op recentere meetmomenten
Studies met een éénmalige meting (1-meting studies)						
Peiling Jeugd en Gezondheid	SCP en TNO	Vind het via deze link	Landelijk; Peiljaar: 2002-2003	Jongeren	a) emotionele problemen (ITSEA; CBCL; oordeel JGZ-medewerker); b) depressieklachten (KDVK)	Er bestaan diverse databronnen met meer recente prevalentiecijfers over emotionele problemen en depressieklachten
WHO-World Mental Health Survey Initiative (WMHSI)	WHO en deelnemende landen waaronder Nederland	https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/	Landelijk; Peiljaar: 2001-2003	Volwassenen en ouderen	O.a. depressieve en angststoornissen (WMH-CIDI)	Er bestaat een databron (NEMESIS-2) met meer recente gegevens over het voorkomen van depressieve stoornis in de algemene Nederlandse bevolking

CBCL: Child Behavior Checklist; KDVK: Korte Depressie Vragenlijst voor Kinderen; ITSEA: Infant Toddler Social and Emotional Assessment; SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire; WMH-CIDI: World Mental Health Composite International Diagnostic Interview.

3.1.4 Databronnen waarvan prevalentiecijfers over depressieproblematiek worden gepresenteerd

Tabel 3.4 op de volgende pagina's geeft een overzicht van de kenmerken van de 22 databronnen die alle selectiestappen zijn 'doorgekomen'. Het gaat om databronnen op basis waarvan één of meer prevalentiecijfers over depressieproblematiek zijn gepubliceerd. Deze cijfers worden gepresenteerd en toegelicht in het tweede deel van de resultaten-sectie (paragraaf 3.2). Voor sommige cohortstudies zijn (vooralsnog) beperkt prevalentiecijfers gepubliceerd. Het hoeft dus niet zo te zijn dat over alle depressieproblematiek die is gemeten bij doelgroepen in een cohortonderzoek prevalentiecijfers zijn gepubliceerd.

Tabel 3.4 Geïdentificeerde databronnen op basis waarvan één of meer prevalentiecijfers over depressieproblematiek zijn gepubliceerd. Doelgroepen hebben bij de cohortstudies betrekking op de groepen zoals geïnccludeerd ten tijde van de nulmeting (baseline meting); genoemde groepen worden in de tijd gevolgd. Gemeten depressieproblematiek kan bij de cohortstudies de baseline meting of een volgend meetmoment betreffen.

Naam (afkorting) databron	Beheerder(s)	Website	Schaalniveau gegevensverzameling	Doelgroep(en)	Gemeten depressieproblematiek
Cohortstudies					
Amsterdam Born Children and their Development – studie (ABCD-studie)	AMC	https://ab-cd-studie.nl/hoofdpagina/algemeen/	Lokaal: Amsterdam	Pasgeboren kinderen; zwangere/recent bevallen vrouwen; (aanstaande) vaders; waaronder ook subgroepen, zoals degenen met een migratieachtergrond	Breed scala aan depressie(-gerelateerde) problematiek gemeten op verschillende momenten (tijdens zwangerschap, na geboorte kind, op verschillende leeftijden kind) bij verschillende informanten (moeder, vader, kind en leerkracht). Voorbeelden van metingen bij zwangere/recent bevallen vrouwen: a) depressie-klachten (CES-D); b) angstklachten (STAI); c) zwangerschaps-gerelateerde angst (PRAQ-R); d) opvoedings-stress (Parenting Daily Hassles scale); e) werkstress (JCQ)
Amsterdam Study on the Elderly (AMSTEL)	VUMC		Lokaal: Amsterdam	Ouderen	Depressie/ depressieklachten (GMS-AGECAT)

Naam (afkorting) databron	Beheerder(s)	Website	Schaalniveau gegevensverzameling	Doelgroep(en)	Gemeten depressieproblematiek
Generation R	Erasmus MC	https://generationr.nl/	Lokaal: Amsterdam	Pasgeboren kinderen; zwangere/recent bevallen vrouwen; (aanstaande) vaders; waaronder ook subgroepen, zoals degenen met een migratieachtergrond	Breed scala aan depressie(-gerelateerde) problematiek gemeten op verschillende momenten (tijdens zwangerschap, na geboorte kind, op verschillende leeftijden kind) bij verschillende informanten (moeder, vader, kind en leerkracht). Voorbeelden van metingen bij zwangere/recent bevallen vrouwen: a) depressie ooit in het leven (vignet); b) depressie-/angstklachten (BSI); c) postnatale depressieklachten (EPSD)
Healthy Life in an Urban Setting (HELIUS)	AMC en GGD Amsterdam	http://www.heliusstudy.nl/	Lokaal: Amsterdam	Volwassenen met een migratieachtergrond	Depressieklachten (PHQ-9); stress (2 vragen)
Hoorn studies	VUMC	http://www.hoornstudies.com/	Lokaal: Hoorn	Personen met een chronische lichamelijke ziekte (i.h.b. diabetes mellitus)	Depressieklachten (CES-D; HADS); angstklachten (HADS)
Leiden 85-plus Studie	LUMC	https://www.lumc.nl/org/interne-geneeskunde/ouderen-geneeskunde/research-nieuw/Leiden85-plus-Study/	Lokaal: Leiden	Ouderen	Depressieklachten (GDS-15)
Leidsche Rijn Gezondheidsproject (LRGP)	Leidsche Rijn Julius Gezondheids-centra, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde van het UMC Utrecht	http://www.lrgp.nl/	Lokaal: Leidsche Rijn	Jongeren, volwassenen en ouderen; waaronder ook subgroepen zoals chronisch lichamelijke ziekten	a) psychische klachten (GHQ-12); b) depressie- en angstklachten (SCL-90); c) psychosociale gezondheid kinderen (SDQ)

Naam (afkorting) databron	Beheerder(s)	Website	Schaalniveau gegevensverzameling	Doelgroep(en)	Gemeten depressieproblematiek
Lifelines	Lifelines is een BV zonder winstoogmerk met twee aandeelhouders: UMCG en RUG	https://www.lifelines.nl/	Regionaal: Groningen, Friesland en Drenthe	Jongeren, volwassenen en ouderen; waaronder ook subgroepen zoals chronisch lichamelijk zieken	a) Depressieve en angststoornissen (MINI; ≥ 18 jaar); b) psychisch welbevinden (sub-schaal SF-36); c) internaliserende problemen kinderen/jongeren (CBCL; YSR); d) stress (LTE; ≥ 18 jaar)
Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)	VUmc	https://www.lasa-vu.nl/index.htm	Regionaal: Amsterdam e.o.; Zwolle e.o.; en Oss e.o.	Ouderen	a) depressieklachten (CES-D); b) angstklachten (HADS-A); c) depressieve en angststoornissen (DIS)
Maastrichtse Cohort Studie (MCS)	UM	https://www.maastrichtcohortstudy.nl/	Landelijk, met een accent op Limburg	Werknemers	Breed scala aan depressie (-gerelateerde) problematiek gemeten op verschillende momenten. Voorbeelden: a) psychische klachten (GHQ-12); b) burnout-klachten (UBOS); c) depressieve stemming (enkelvoudige vraag); d) depressie-/angstklachten (HADS); e) psychisch welbevinden (sub-schaal SF-36)
Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2)	Trimbos-instituut	https://www.nemesis-2.nl/	Landelijk	Volwassenen; waaronder ook subgroepen, zoals jongvolwassenen, werknemers en chronisch lichamelijk zieken	Breed scala aan depressie(-gerelateerde) problematiek gemeten op verschillende momenten. Voorbeelden: a) depressieve en angststoornissen (CID-I); b) depressieklachten (CES-D); c) angstklachten (HADS-A); d) werkstress (JCQ); e) psychisch welbevinden (sub-schaal SF-36)

Naam (afkorting) databron	Beheerder(s)	Website	Schaalniveau gegevensverzameling	Doelgroep(en)	Gemeten depressieproblematiek
Tracking Adolescents' Individual Lives Survey (TRAILS)	UMCG	https://www.trails.nl/	Regionaal: Noord-Nederland	Jongeren	Breed scala aan depressie (-gerelateerde) problematiek gemeten op verschillende momenten bij verschillende informanten (jongeren/adolescenten, ouders, leerkrachten). Voorbeelden van metingen bij jongeren: a) internaliserende problemen (YSR; ASR); b) depressie-/angstklachten (RCADS; GAD-7; BAI; PANAS); c) depressieve en angststoornissen (CIDI)
Monitorstudies					
Gezond leven? Check het even! (Check; extra contactmoment JGZ)	VGGM/ GGD Gelderland-Midden, Gemeente Utrecht, GGD Hollands-Midden, GGD Hollands-Noorden, GGD regio Utrecht, GGD Hart voor Brabant, GGD Limburg-Noord	https://www.vggm.nl/ggd/jeugd_en_gezondheid/wat_doet_de_jgz_4-18_jaar/voortgezet_onderwijs/gezondheidscheck	Regionaal: diverse GGD-regio's; Meest recente peiljaar: 2017-2018	Jongeren (scholieren voortgezet onderwijs)	a) Psychische gezondheid (MHI-5) en/of psychosociale gezondheid (SDQ); b) suïcidegedachten/-pogingen (2 vragen)
Gezondheidsenquête (GBS-GE)	CBS	https://open-data.cbs.nl/dataportaal/#/CBS/nl/	Landelijk	Jongeren, volwassenen en ouderen; waaronder ook subgroepen, zoals degenen met een migratieachtergrond	a) Depressie (enkelvoudige vraag); b) Psychische gezondheid (MHI-5)

Naam (afkorting) databron	Beheerder(s)	Website	Schaalniveau gegevensverzameling	Doelgroep(en)	Gemeten depressieproblematiek
Gezondheidsmonitor Jeugd	GGD GHOR Nederland, GGD'en, RIVM	https://www.ggdghorkennis.net.nl/loket-monitors-gezondheid/informatie	Landelijk (25 GGD'en); regionaal: GGD-regio (14 GGD'en); en lokaal: gemeenten (9 GGD'en)	Jongeren	a) Psychosociale gezondheid (SDQ); b) emotionele problemen (subschaal SDQ)
Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen	CBS, GGD GHOR Nederland, GGD'en, RIVM	https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/gezondheidsmonitor-volwassenen-en-ouderen/regionaal	Landelijk; regionaal: GGD-regio; en lokaal: gemeenten	Volwassenen en ouderen	Angst-/depressieklachten (K10)
Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)	Trimbos-instituut, UU	https://hbsc-nederland.nl/	Landelijk	Jongeren (scholieren basisonderwijs en voortgezet onderwijs)	a) Psychosociale gezondheid (SDQ); b) emotionele problemen (subschaal SDQ)
Jij en je gezondheid (JEJG; extra contactmoment JGZ)	GGD Amsterdam; GGD Drenthe; GGD Flevoland; GGD Groningen; GGD IJsselland; GGD Zaanstreek-Waterland	https://info.jijenjegezondheid.nl/	Regionaal: diverse GGD-regio's	Jongeren (scholieren voortgezet onderwijs en middelbaar beroepsonderwijs)	Angst- en depressieklachten (RCADS-25); suïcidale gedachten (ASQ)
Monitor programma Windesheim Fit en Veilig (FIVE)	Hogeschool Windesheim	https://www.windesheim.nl/onderzoek/onderzoekstemas/gezondheid-en-welzijn/project-five/over-project-five/zorgnetwerken/	Regionaal: Zwolle e.o. en Almere e.o.	Jongvolwassenen (studenten hogeschool)	a) Depressie-/angstklachten (K6); b) burn-out klachten (UBOS-A); c) suiciderisico (SBQ-R)
Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA)	TNO, CBS i.s.m. ministerie van SZW	http://www.monitorarbeid.tno.nl/nea	Landelijk	Werknemers	Burn-out klachten (bewerking items UBOS)

Naam (afkorting) databron	Beheerder(s)	Website	Schaalniveau gegevensverzameling	Doelgroep(en)	Gemeten depressieproblematiek
Zelfstandigen Enquête Arbeid (ZEA)	TNO, CBS i.s.m. ministerie van SZW	https://www.monitorarbeid.tno.nl/databronnen/zea/zea	Landelijk	Zelfstandige ondernemers	Burn-out klachten (bewerking items UBOS)
Studies met een éénmalige meting (1-meting studies)					
Prevalentie-onderzoek psychische stoornissen bij Nederlandse adolescenten	Erasmus MC (Sophia Kinderziekenhuis)		Landelijk	Jongeren	Depressieve en angststoornissen (DISC)

ASQ: Ask Suicide-screening Questions; ASR: Adult Self Report; BAI: Beck Anxiety Inventory; BSI: Brief Symptom Inventory; CBCL: Child Behavior Checklist; CIDI: Composite International Diagnostic Interview; CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression scale; DIS: Diagnostic Interview Schedule; DISC: Diagnostic Interview Schedule for Children; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; GAD-7: Generalized Anxiety Scale; GDS-15: Geriatric Depression Scale; GHQ-12: General Health Questionnaire; HADS: Hospital Anxiety (A) and Depression (D) Scale; LTE: List of Threatening Events; JCQ: Job Content Questionnaire; K10: Kessler Psychological Distress Scale; K6: verkorte versie van de Kessler Psychological Distress Scale; MHI-5: Mental Health Inventory; MINI: Mini-International Neuropsychiatric Interview; PANAS: Positive and Negative Affect Scale; PHQ-9: Patient Health Questionnaire; PRAQ-R: Pregnancy-related Anxieties Questionnaire-Revised; RCADS: Revised Child Anxiety and Depression Scale; SBQ-R: Suicide Behaviors Questionnaire-Revised; SCL-90: Symptom Checklist; SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire; SF-36: Short Form Survey; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; UBOS: Utrechtse Burn-Out Schaal; YSR: Youth Self-Report.

3.2 Prevalentiecijfers over depressieproblematiek

In de volgende paragrafen worden prevalentiecijfers over depressieproblematiek gepresenteerd, zoals gepubliceerd op basis van de geselecteerde databronnen.

Wat betreft de *cohortstudies* gaat het daarbij niet om een volledig overzicht van alle depressiegegevens die zijn verzameld. Dit heeft verschillende redenen:

- Er wordt gefocust op gepubliceerde prevalentiecijfers die zijn bepaald op basis van gegevens zoals verzameld tijdens baseline-metingen, en niet op gegevens van vervolgmetingen.⁷ 'Baseline' cijfers zijn niet onderhevig aan mogelijke vertekening (selectiebias) die wordt veroorzaakt door uitval van onderzoekdeelnemers tijdens vervolgmetingen.

⁷ Er is een uitzondering gemaakt voor het TRAILS-onderzoek, op basis waarvan jaarprevalenties van depressieve stoornis en angststoornis bij 19-jarigen worden gepresenteerd zoals vastgesteld tijdens een vervolgmeting (peiljaren: 2008-2010). Deze keuze is gemaakt omdat er weinig (recente) prevalentiegegevens op stoornisniveau beschikbaar zijn voor jongeren/jongvolwassenen.

- Op basis van sommige cohortonderzoeken, zoals het NEMESIS-2 bevolkingsonderzoek, is een veelheid aan gepubliceerde 'baseline' prevalentiecijfers beschikbaar die ondoenlijk allemaal in dit rapport kunnen worden gepresenteerd. In deze gevallen is ervoor gekozen om de meest essentiële prevalentiecijfers te presenteren.⁸
- Andere cohortonderzoeken verzamelen diverse gegevens over depressieproblematiek bij verschillende doelgroepen, maar hebben op basis hiervan nog maar beperkt prevalentiecijfers gepubliceerd (bijvoorbeeld uitsluitend over een bepaald type depressieproblematiek bij een bepaalde doelgroep).

In vergelijking met de cohortstudies verzamelen de *monitorstudies* veel minder depressiegegevens; het gaat doorgaans om het vaststellen van depressie(-gerelateerde) klachten via de afname van één of enkele korte vragenlijsten. Daarom worden voor monitorstudies alle gepubliceerde prevalentiecijfers over depressieproblematiek gepresenteerd, zoals gemeten in het meest recente peiljaar (ten tijde van het opstellen van dit rapport). Indien gepubliceerd worden ook cijfers van voorgaande peiljaren meegenomen.

De gepubliceerde prevalentiecijfers hebben betrekking op de volgende 'doelgroepen', die elkaar soms (deels) overlappen:

Doelgroep	Cohortstudies (n=12)	Monitor- studies (n=9)	1-meting studies (n=1)
Volwassenen	2	2	-
Ouderen	3	1	-
Jongeren en jongvolwassenen	2	6	1
Werknemers en zelfstandigen	2	2	-
Zwangere of recent bevallen vrouwen	2	-	-
Personen met een chronische lichamelijke ziekte	4	-	-
Personen met een migratieachtergrond	3	1	-

Deze indeling in doelgroepen wordt aangehouden bij de presentatie van de cijfers in het vervolg van de rapportage. Aangezien sommige databronnen betrekking hebben op meerdere doelgroepen, kunnen ze vaker terugkomen in de verschillende paragrafen. Benadrukt wordt dat cijfers uit verschillende databronnen over dezelfde doelgroep niet zomaar met elkaar kunnen worden vergeleken vanwege verschillen in onderzoekspopulatie, meetinstrumentarium en andere verschillen in onderzoeksopzet- en methode.

8 In het geval van NEMESIS-2 worden bijvoorbeeld alleen jaarprevalenties van depressieve stoornis en angststoornis gepresenteerd.

3.2.1 Prevalentiecijfers over depressieproblematiek bij volwassenen

Cohortstudies

NEMESIS-2

NEMESIS-2 (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2*) is een psychiatrisch-epidemiologische bevolkingsstudie bij een representatieve groep van 6.646 volwassen Nederlanders in de leeftijd van 18-64 jaar. De studie levert gegevens op over het vóórkomen, ontstaan, beloop en gevolgen van psychische aandoeningen, en over risicofactoren van al deze aspecten (De Graaf *et al.* 2010). De baseline meting werd uitgevoerd in de periode november 2007 – juli 2009.

Depressieve stoornis en angststoornis

Een diagnostisch instrument (CIDI, *Composite International Diagnostic Instrument*) is mondeling afgenomen bij onderzoekdeelnemers om een brede range van veelvoorkomende psychische aandoeningen te bepalen volgens de criteria van de DSM-IV⁹, waaronder depressieve stoornis en angststoornis. De jaarprevalentie van depressieve stoornis was 5,2% (zie Tabel 3.5). In aantallen uitgedrukt hadden op jaarbasis naar schatting 546.500 Nederlanders tussen de 18-64 jaar een depressieve stoornis. De jaarprevalentie is hoger bij vrouwen dan bij mannen (6,3% versus 4,1%). Angststoornis kwam op jaarbasis vaker voor dan depressieve stoornis: 10,1% van de 18-64 jarigen had in de afgelopen 12 maanden een angststoornis, oftewel 1.057.800 personen.

Tabel 3.5 Het vóórkomen van depressieve stoornis in de afgelopen 12 maanden (gemeten met de CIDI) bij volwassenen in de leeftijd van 18-64 jaar, naar geslacht en leeftijdsgroep (peiljaren: 2007-2009)

	Depressieve stoornis ¹			Angststoornis		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
Leeftijd						
18-24	5,9%	7,6%	6,7%	6,8%	16,5%	11,7%
25-34	3,0%	7,8%	5,4%	8,2%	11,3%	9,8%
35-44	4,0%	5,5%	4,7%	9,6%	12,9%	11,2%
45-54	4,5%	6,8%	5,7%	7,7%	12,1%	9,9%
55-64	4,0%	4,2%	4,1%	5,6%	11,0%	8,3%
Totaal	4,1%	6,3%	5,2%	7,7%	12,5%	10,1%

¹ Exclusief dysthymie

Bron: NEMESIS-2

⁹ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen. De DSM-IV is de voorloper van de DSM-5 (vanaf 2017 leidend voor de klinische praktijk).

Lifelines

Lifelines werkt mee aan het doel om mensen in de toekomst gezonder oud te laten worden. Dat gebeurt door van een grote groep mensen allerlei gegevens en lichaamsmaterialen zoals urine, bloed en haar te verzamelen en dit aan te bieden aan onderzoekers. Lifelines wordt uitgevoerd onder 167.729 inwoners van de drie noordelijke provincies, waaronder 14.801 kinderen (0-18 jaar), 140.222 volwassenen (18-65 jaar) en 12.706 ouderen (≥ 65 jaar) (Scholtens *et al.* 2014). De baseline meting vond plaats in de periode 2006-2013.

Depressieve stoornis en angststoornis

Hiervoor is gebruik gemaakt van een mondeling afgenomen diagnostisch interview (MINI, *Mini-International Neuropsychiatric Interview*), waarmee onder meer depressieve stoornis volgens DSM-IV criteria kan worden vastgesteld. Uitgaande van ruim 90.000 onderzoekdeelnemers in de leeftijd van 18-93 jaar¹⁰, had 3,3% een depressieve stoornis in de afgelopen twee weken; en bijna 10% een angststoornis (zie Tabel 3.6). Dit zijn voorlopige cijfers; momenteel wordt gewerkt aan een publicatie waarin wordt uitgegaan van de volledige set aan MINI data op de baseline meting.

Tabel 3.6 Het vóórkomen van depressieve stoornis en angststoornis in de afgelopen twee weken (gemeten met de MINI) bij inwoners van de drie Noordelijke provincies (18-93 jaar) (peiljaren: 2006-2013)

Depressieve stoornis ¹	Angststoornis
% (n)	% (n)
3,3 (3.002)	9,9 (9.018)

¹ Inclusief dysthymie. Bron: Meurs *et al.* (2016)

Monitorstudies

Gezondheidsenquête CBS

Het doel van de jaarlijkse gezondheidsenquête van het CBS is om een zo volledig mogelijk overzicht te geven van de gezondheid, medische contacten, de leefstijl en het preventieve gedrag van de bevolking van Nederland. De enquête wordt afgenomen onder een landelijk representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder (circa 9.500 respondenten).

¹⁰ Gemiddelde leeftijd (s.d.): 45,5 (75) jaar; % vrouw: 59%

Depressie

Dit wordt bepaald op basis van een enkelvoudige vraag¹¹; het gaat niet om een diagnostisch instrument. In het meest recente peiljaar 2017¹² rapporteerde 8,0% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder een depressie in de afgelopen 12 maanden (zie Tabel 3.7).

Psychische klachten

Hiervoor wordt een korte vragenlijst gebruikt (MHI-5, *Mental Health Inventory*). Tabel 3.7 laat zien dat in het meest recente peiljaar 2017¹³ 11,6% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder psychische klachten rapporteerde in de afgelopen vier weken.

Tabel 3.7 Het vóórkomen van psychische klachten in de afgelopen maand (gemeten met de MHI-5) en depressie in de afgelopen 12 maanden (gemeten met een enkelvoudige vraag) bij volwassenen van 18 jaar en ouder, naar leeftijd (peiljaren: 2014-2017)

	2014		2015		2016		2017	
	Psychische klachten *	Depressie	Psychische klachten *	Depressie	Psychische klachten *	Depressie	Psychische klachten *	Depressie
	%	%	%	%	%	%	%	%
≥18 jaar	11,1	8,1	11,2	8,0	12,0	9,2	11,6	8,0
20 tot 30 jaar	11,7	7,0	10,7	7,4	12,7	9,1	13,0	8,9
30 tot 40 jaar	9,3	7,8	11,0	8,8	13,0	10,4	11,5	8,4
40 tot 50 jaar	12,2	10,0	12,2	9,3	12,0	10,2	12,2	8,7
50 tot 55 jaar	12,9	9,8	12,3	8,3	14,0	12,6	12,7	9,8
55 tot 65 jaar	11,2	8,2	12,8	9,9	11,8	9,0	12,2	8,4

* Gehanteerde afkapwaarde: ≤59

Bron: Gezondheidsenquête CBS

11 "Wilt u van de volgende langdurige ziekten en aandoeningen aangeven of u die heeft of in de afgelopen 12 maanden heeft gehad?" Waarna een lijst met aandoeningen volgt waaronder "Depressie"

12 Ten tijde van het opstellen van dit rapport.

13 Ten tijde van het opstellen van dit rapport.

Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen

De Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen geeft inzicht in de gezondheid en leefstijl van Nederlanders van 19 jaar en ouder en vindt elke vier jaar plaats. De gegevens leveren input voor landelijk, regionaal en lokaal gezondheidsbeleid. Door de grote steekproefomvang is het mogelijk regionale en lokale uitsplitsingen van de gegevens te maken. In 2016 is de monitor voor de tweede keer uitgevoerd. Het totaal aantal respondenten was 457.153; hiervan waren 450.146 respondenten afkomstig van de GGD'en en 7.007 (1,5%) uit de CBS Gezondheidsenquête.

Depressie-/angstklachten

Dit is vastgesteld op basis van een korte vragenlijst (K10, *Kessler Psychological Distress Scale*). Uitgaande van het meest recente peiljaar 2016¹³, had op landelijk niveau 44% van de volwassenen van 19 jaar of ouder milde of ernstige depressie-/angstklachten in de afgelopen vier weken. Tabel 3.8 presenteert de maandprevalenties van depressie-/angstklachten per GGD-regio, waarbij een onderscheid wordt gemaakt naar mate van ernst.

Tabel 3.8 Het vóórkomen van depressie-/angstklachten in de afgelopen maand (gemeten met de K10) bij volwassenen van 19 jaar of ouder, naar GGD-regio en ernst (peiljaar: 2016)

GGD-regio		Maand-prevalentie	95%-betrouwbaarheidsinterval	
			Ondergrens	Bovengrens
GGD Groningen	Milde en ernstige klachten	35,8%	34,6%	37,0%
	Ernstige klachten	5,5%	4,9%	6,1%
GGD Fryslân	Milde en ernstige klachten	38,6%	37,5%	39,7%
	Ernstige klachten	4,9%	4,3%	5,5%
GGD Drenthe	Milde en ernstige klachten	33,9%	32,2%	35,6%
	Ernstige klachten	4,9%	4,1%	5,9%
GGD IJsselland	Milde en ernstige klachten	43,2%	41,7%	44,6%
	Ernstige klachten	5,2%	4,5%	6,0%
GGD Twente	Milde en ernstige klachten	44,8%	43,5%	46,1%
	Ernstige klachten	7,1%	6,3%	8,0%
GGD Noord en Oost Gelderland	Milde en ernstige klachten	44,1%	43,1%	45,2%
	Ernstige klachten	5,5%	5,0%	6,1%
VG Gelderland Midden	Milde en ernstige klachten	49,3%	47,7%	50,9%
	Ernstige klachten	6,8%	5,9%	7,8%
GGD Gelderland Zuid	Milde en ernstige klachten	49,1%	47,9%	50,2%
	Ernstige klachten	6,5%	5,9%	7,1%

GGD-regio		Maand- prevalentie	95%-betrouwbaarheidsinterval	
			Ondergrens	Bovengrens
GGD Regio Utrecht	Milde en ernstige klachten	43,8%	43,0%	44,6%
	Ernstige klachten	5,7%	5,3%	6,1%
GGD Hollands Noorden	Milde en ernstige klachten	36,1%	35,0%	37,1%
	Ernstige klachten	5,4%	4,8%	6,0%
GGD Zaanstreek Waterland	Milde en ernstige klachten	42,7%	41,6%	43,9%
	Ernstige klachten	6,6%	6,0%	7,2%
GGD Kennemerland	Milde en ernstige klachten	41,1%	39,9%	42,2%
	Ernstige klachten	5,5%	5,0%	6,1%
GGD Amsterdam	Milde en ernstige klachten	47,2%	45,8%	48,5%
	Ernstige klachten	7,4%	6,7%	8,1%
GGD Gooi- en Vechtstreek	Milde en ernstige klachten	39,4%	37,8%	41,1%
	Ernstige klachten	5,6%	4,7%	6,5%
GGD Haaglanden	Milde en ernstige klachten	48,3%	47,2%	49,5%
	Ernstige klachten	9,6%	8,9%	10,4%
GGD Hollands Midden	Milde en ernstige klachten	50,0%	49,0%	50,9%
	Ernstige klachten	6,3%	5,8%	6,9%
GGD Rotterdam- Rijnmond	Milde en ernstige klachten	46,8%	45,9%	47,7%
	Ernstige klachten	8,4%	7,8%	8,9%
DGJ Zuid-Holland Zuid	Milde en ernstige klachten	40,2%	38,7%	41,7%
	Ernstige klachten	5,4%	4,7%	6,2%
GGD Zeeland	Milde en ernstige klachten	44,3%	42,9%	45,7%
	Ernstige klachten	5,4%	4,7%	6,2%
GGD West Brabant	Milde en ernstige klachten	46,3%	45,1%	47,5%
	Ernstige klachten	6,5%	5,8%	7,2%
GGD Hart voor Brabant	Milde en ernstige klachten	44,6%	43,6%	45,6%
	Ernstige klachten	6,1%	5,6%	6,6%
GGD Brabant Zuidoost	Milde en ernstige klachten	45,8%	44,7%	46,9%
	Ernstige klachten	6,6%	6,1%	7,3%
GGD Limburg-Noord	Milde en ernstige klachten	40,1%	39,1%	41,2%
	Ernstige klachten	5,4%	5,0%	5,9%
GGD Zuid-Limburg	Milde en ernstige klachten	44,7%	44,0%	45,5%
	Ernstige klachten	7,8%	7,4%	8,2%
GGD Flevoland	Milde en ernstige klachten	43,9%	40,9%	47,0%
	Ernstige klachten	7,7%	6,0%	9,8%

Milde en ernstige klachten: een K10 score van 16-50

Ernstige klachten: een K10 score van 30-50

Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016, GGD'en, CBS en RIVM

3.2.2 Prevalentiecijfers over depressieproblematiek bij ouderen

Cohortstudies

Een drietal regionale cohortstudies hebben cijfers gepubliceerd over het vóórkomen van depressieproblematiek bij ouderen in de algemene bevolking: de **LASA** studie (*Longitudinal Aging Study Amsterdam*), **Leiden 85-plus Studie** (afgesloten) en de **AMSTEL** studie (*Amsterdam Study of the Elderly*; afgesloten). LASA richt zicht op het vastleggen en bestuderen van determinanten en gevolgen van veroudering. Aan de baseline meting (1992-1993) van het eerste cohort namen in totaal 3.107 oudere personen in de leeftijd van 55-85 jaar deel.¹⁴ Het doel van de Leiden 85-plus Studie was het in kaart brengen van (beïnvloedbare) determinanten van succesvol ouder worden. In totaal deden 599 respondenten van 85 jaar mee aan de baseline meting (1997-1999). AMSTEL had als doel om de incidentie en het beloop van dementie of cognitieve stoornissen, depressie en gegeneraliseerde angststoornis te bestuderen bij ouderen in de algemene bevolking. Aan de baseline meting (1990-1991) deden in totaal 4.051 oudere personen in de leeftijd van 65-84 jaar mee.

Depressieklachten en depressieve stoornis

Tabel 3.9 geeft een overzicht van prevalentiecijfers afkomstig uit de cohortstudies. De gevonden prevalenties van depressieklachten liggen betrekkelijk dicht bij elkaar, ondanks verschillen tussen de studies wat betreft leeftijdsgrenzen, peiljaren, onderzoekregio's en meetinstrumentarium. Alleen op basis van LASA is een prevalentiecijfer over depressieve stoornis volgens DSM-criteria beschikbaar: de maandprevalentie van depressieve stoornis bleek 2,0% onder 55-85 jarigen.

14 Er zijn twee aanvullende cohorten geworven: in 2002-2003 (n=1.002, geboortejaren tussen 1938-1947) en in 2012-2013 (n=1.023, geboortejaren tussen 1984 en 1957) (Hoogendijk *et al.* 2016).

Tabel 3.9 Het vóórkomen van depressieklachten en depressieve stoornis bij ouderen: resultaten van algemene bevolkingsstudies

Studie	Leeftijd	Peiljaar	Regio's	Meetinstrument	% (n)
Depressieklachten					
AMSTEL ¹	65-84 jaar	1990-1991	Amsterdam	GMS AGE CAT	12,9 (523)
LASA ²	55-85 jaar	1992-1993	Amsterdam e.o.; Zwolle e.o.; en Oss e.o.	CES-D; afgelopen week	14,9 (454)
Leiden 85-plus studie ³	85-jarigen	1997-1999	Leiden	GDS-15; afgelopen week	15,4 (77)
Depressieve stoornis					
LASA ²	55-85 jaar	1992-1993	Amsterdam e.o.; Zwolle e.o.; en Oss e.o.	DIS; DSM-III criteria; afgelopen maand	2,0 (61)

GMS AGE CAT: Geriatric Mental State Examination (diagnostische niveaus: 3-5); CES-D: Center for Epidemiologic Depression Scale (score: ≥ 16); GDS-15: Geriatric Depression Scale (score: ≥ 5); DIS: Diagnostic Interview Schedule

¹ Schoevers *et al.* (2000); ² Beekman *et al.* (1995); ³ Stek *et al.* (2004)

Monitorstudies

Gezondheidsenquête CBS

Het doel van de jaarlijkse gezondheidsenquête van het CBS is om een zo volledig mogelijk overzicht te geven van de gezondheid, medische contacten, de leefstijl en het preventieve gedrag van de bevolking van Nederland. De enquête wordt afgenomen onder een landelijk representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder (circa 9.500 respondenten).

Depressie

Dit wordt vastgesteld via een enkelvoudige vraag¹⁵; het gaat niet om een diagnostisch instrument. In het meest recente peiljaar 2017¹⁶ rapporteerde 6,3% van de 65 tot 75-jarigen een depressie in de afgelopen 12 maanden, en 4,8% van de respondenten van 75 jaar en ouder.

Psychische klachten

Hiervoor wordt een korte vragenlijst gebruikt (MHI-5, *Mental Health Inventory*). In het meest recente peiljaar 2017¹⁶ rapporteerde 8,1% van de oudere personen tussen de 65 en 75 jaar psychische klachten in de afgelopen vier weken (zie Tabel 3.10). Bij de ouderen van 75 jaar en ouder werd een percentage van 11,5% gevonden.

15 "Wilt u van de volgende langdurige ziekten en aandoeningen aangeven of u die heeft of in de afgelopen 12 maanden heeft gehad?" Waarna een lijst met aandoeningen volgt waaronder "Depressie".

16 Ten tijde van het opstellen van dit rapport.

Tabel 3.10 Het vóórkomen van psychische klachten in de afgelopen maand (gemeten met de MHI-5) en depressie in de afgelopen 12 maanden (gemeten met een enkelvoudige vraag) bij ouderen, naar leeftijd (peiljaren: 2014-2017)

	2014		2015		2016		2017	
	Psychische klachten *	Depressie	Psychische klachten*	Depressie	Psychische klachten*	Depressie	Psychische klachten*	Depressie
	%	%	%	%	%	%	%	%
65 tot 75 jaar	8,0	5,7	8,2	5,2	9,6	6,7	8,1	6,3
75 jaar of ouder	12,9	7,0	10,6	6,7	12,8	7,3	11,5	4,8

* Gehanteerde afkapwaarde: ≤ 59

Bron: Gezondheidsenquête CBS

3.2.3 Prevalentiecijfers over depressieproblematiek bij jongeren en jongvolwassenen

Cohortstudies

NEMESIS-2

NEMESIS-2 (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2*) is een psychiatrisch-epidemiologische bevolkingsstudie bij een representatieve groep van 6.646 volwassen Nederlanders in de leeftijd van 18-64 jaar. De studie levert gegevens op over het vóórkomen, ontstaan, beloop en gevolgen van psychische aandoeningen, en over risicofactoren van al deze aspecten (De Graaf *et al.* 2010). De baseline meting werd uitgevoerd in de periode november 2007 – juli 2009.

Depressieve stoornis

Uitgaande van een diagnostisch instrument (CIDI, *Composite International Diagnostic Instrument*) had 6,7% van de Nederlanders tussen de 18-24 jaar een depressieve stoornis in de afgelopen 12 maanden; en 11,7% een angststoornis (zie Tabel 3.5). Beide aandoeningen komen vaker voor bij vrouwelijke jongvolwassenen dan bij mannelijke jongvolwassenen.

TRAILS

TRAILS (*Tracking Adolescents' Individual Lives Survey*) is een langlopend, multidisciplinair onderzoek naar de psychische, sociale en lichamelijke ontwikkeling van adolescenten en jongvolwassenen. Meer kennis van de oorzaken van een gunstige of minder gunstige ontwikkeling van adolescenten en jongvolwassenen kan helpen om eventuele problemen te voorkomen of al in een vroeg stadium te behandelen. Aan de baseline meting (maart 2001 – juli 2002) namen in totaal 2.230 Noord-Nederlandse jongeren in de leeftijd van 10-12 jaar deel. Daarnaast zijn ook gegevens verzameld van andere personen, zoals ouders, leerkrachten en klasgenoten (Ormel *et al.* 2012).

Depressieve stoornis en angststoornis

Tijdens een vervolgmeting (peiljaren: 2008-2010) is bij de inmiddels 19-jarigen onderzoek-deelnemers (n=1.584) het vóórkomen van veelvoorkomende psychische aandoeningen vastgesteld met behulp van een diagnostisch instrument (CIDI, *Composite International Diagnostic Interview*). Hieruit bleek dat 8,8% van de 19-jarigen een depressieve stoornis had in de afgelopen 12 maanden; de jaarprevalentie van angststoornis was 18,4% (Ormel *et al.* 2015).

Emotionele problemen

Dit is tijdens de baseline meting bepaald via een vragenlijst (YSR, *Youth Self-Report*) die door de jongeren zelf is ingevuld, en via een vragenlijst die ouders hebben ingevuld (CBCL, *Child Behavior Checklist*). Tabel 3.11 laat onder andere zien dat minder jongeren emotionele problematiek hebben als wordt uitgegaan van hun eigen oordeel in plaats van het oordeel van ouders.

Tabel 3.11 Het vóórkomen van emotionele (internaliserende) problemen in de afgelopen zes maanden bij Noord-Nederlandse jongeren in de leeftijd van 10-12 jaar, volgens jongeren zelf (gemeten met de YSR) en volgens hun ouders (gemeten met de CBCL) (peiljaren: 2001-2002)

	Volgens jongeren zelf	Volgens ouders
	% (n)	% (n)
Internaliserende problemen *	23,1 (502)	32,8 (670)
Teruggetrokken **	6,0 (131)	16,1 (330)
Lichamelijke klachten **	18,9 (411)	14,8 (302)
Angstig/depressief **	8,1 (178)	13,1 (269)

* Het gaat om een score in het grensgebied of klinisch gebied

** De drie sub-schalen vormen tezamen de schaal internaliserende problemen

Bron: TRAILS

Monitorstudies

Gezondheidsenquête CBS

Het doel van de jaarlijkse gezondheidsenquête van het CBS is om een zo volledig mogelijk overzicht te geven van de gezondheid, medische contacten, de leefstijl en het preventieve gedrag van de bevolking van Nederland. De enquête wordt afgenomen onder een landelijk representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder (circa 9.500 respondenten).

Depressie

Hiervoor wordt uitgegaan van een enkelvoudige vraag¹⁷; het gaat niet om een diagnostisch instrument. Tabel 3.12 laat zien dat in het meest recente peiljaar 2017¹⁸ 1,4% van de 12 tot 16-jarigen een depressie rapporteerde in de afgelopen 12 maanden, ten opzichte van 5,0% in de leeftijdsgroep 16-20 jaar.

Psychische klachten

Dit wordt gemeten met een korte vragenlijst (MHI-5, *Mental Health Inventory*). In het meest recente peiljaar 2017¹⁹ had 3,8% van de jongeren tussen de 12 en 16 jaar psychisch klachten in de afgelopen vier weken; en 8,3% van de 16 tot 20-jarigen (zie Tabel 3.12).

Tabel 3.12 Het vóórkomen van psychische klachten in de afgelopen maand (gemeten met de MHI-5) en zelf-gerapporteerde depressie in de laatste 12 maanden (gemeten met een enkelvoudige vraag) bij jongeren, naar leeftijd (peiljaren: 2014-2017)

	2014		2015		2016		2017	
	Psychische klachten *	Depressie	Psychische klachten *	Depressie	Psychische klachten *	Depressie	Psychische klachten *	Depressie
	%	%	%	%	%	%	%	%
12 tot 16 jaar	4,6	0,7	2,8	1,1	5,1	3,4	3,8	1,4
16 tot 20 jaar	10,6	6,5	9,8	5,2	7,8	5,5	8,3	5,0

* Gehanteerde afkapwaarde: ≤ 59

Bron: Gezondheidsenquête CBS

17 "Wilt u van de volgende langdurige ziekten en aandoeningen aangeven of u die heeft of in de afgelopen 12 maanden heeft gehad?" Waarna een lijst met aandoeningen volgt waaronder "Depressie".

18 Ten tijde van het opstellen van dit rapport.

19 en tijde van het opstellen van dit rapport.

HBSC

In het vierjaarlijkse HBSC-onderzoek (*Health Behaviour in School-aged Children*) wordt de gezondheid, het welzijn, het gedrag en de sociale omgeving van jongeren in de leeftijd van 11-16 jaar in Nederland gemonitord. Het meest recente peiljaar van het HBSC-onderzoek is 2017, waarbij werd uitgegaan van een representatieve steekproef van leerlingen van groep 8 van de basisschool (n=1.588) en van leerlingen van het voortgezet onderwijs (n=6.718).

Psychosociale problemen en emotionele problemen

Om dit te meten is gebruik gemaakt van een vragenlijst (SDQ, *Strengths and Difficulties Questionnaire*). Tabel 3.13 laat zien dat het percentage leerlingen met psychosociale problemen (15,8% vs. 19,7%) en emotionele problemen (10,9% vs. 18,7%) significant lager was in het basisonderwijs dan in het voortgezet onderwijs. In het voortgezet onderwijs hadden meisjes significant vaker psychosociale problemen en emotionele problemen dan jongens; in het basisonderwijs bestond dit verschil alleen voor emotionele problematiek.

Tabel 3.13 Het vóórkomen van psychosociale problemen (gemeten met de SDQ, totaalscore) en emotionele problemen (gemeten met de SDQ, subschaal) in de afgelopen zes maanden bij jongeren, naar onderwijstype, sekse en leeftijd (peiljaar: 2017)

	Basisonderwijs			Voortgezet onderwijs							
	Totaal BO			Totaal VO			Leeftijd				
	J	M ¹	Tot	J	M ¹	Tot ²	12	13	14	15	16
Psychosociale problemen (%) ³	16,2	15,4	15,8	16,4	23,2*	19,7	18,2	19,7	20,6	20,9	19,0
Emotionele problemen (%) ³	7,4	14,4*	10,9	9,3	28,6*	18,7	15,6	16,8	20,0	19,9	21,8

¹ * = verschil tussen jongens en meisjes significant

² vet = verschil tussen basisonderwijs en voortgezet onderwijs significant

³ Als afkapwaarde is de score genomen waarbij 15% van de jongeren uit het HBSC-onderzoek van 2005 een score boven deze afkapwaarde vertoonde. Bron: Stevens *et al.* (2018)

Tabel 3.14 toont trendgegevens. Er is onder andere te zien dat in het basisonderwijs het percentage leerlingen met emotionele problematiek significant daalde tussen 2013 en 2017. In het voortgezet onderwijs is een andere patroon te zien: de prevalentie van emotionele problematiek steeg significant tussen 2009 en 2013, om daarna stabiel te blijven tussen 2013 en 2017.

Tabel 3.14 Het vóórkomen van psychosociale problemen (gemeten met de SDQ, totaalscore) en emotionele problemen (gemeten met de SDQ, subschaal) in de afgelopen zes maanden bij jongeren, naar onderwijstype en sekse (peiljaren: 2005-2017)^{1,2,3}

	Jongens				Meisjes				Totaal			
	2005	2009	2013	2017	2005	2009	2013	2017	2005	2009	2013	2017
Basisonderwijs												
Psychosociale problemen (%) ⁴	19,6	14,6	17,3	16,2	15,2	14,8	17,5	15,4	17,4	14,7	17,4	15,8
Emotionele problemen (%) ⁴	11,5	7,8	9,1	7,4	16,1	17,1	21,7	14,4*	13,8	12,4	15,4	10,9*
Voortgezet onderwijs												
Psychosociale problemen (%) ⁴	13,7	14,6	16,0	17,1	19,2	14,6*	24,1*	23,6	16,4	14,6	20,0*	20,3
Emotionele problemen (%) ⁴	7,2	7,8	9,4	9,4	23,2	21,4	31,0*	27,6	15,1	14,5	20,0*	18,2

¹ * = significant verschil ten opzichte van meting ervóór

² vet = significant verschil ten opzichte van 2017

³ Door selectie van leerjaar 1-4 kunnen de cijfers van 2017 iets afwijken van de kerncijfers in Tabel 3.13

⁴ Als afkapwaarde is de score genomen waarbij 15% van de jongeren uit het HBSC-onderzoek van 2005 een score boven deze afkapwaarde vertoonde.

Bron: Stevens *et al.* (2018)

Gezondheidsmonitor Jeugd

De Gezondheidsmonitor Jeugd geeft inzicht in de leefstijl en het welzijn van middelbare scholieren. Door het grote aantal deelnemers zijn, naast de landelijke cijfers, ook cijfers beschikbaar op regionaal en lokaal niveau. De monitor is in 2015 voor de eerste keer uitgevoerd (najaar 2019 vindt de volgende meting plaats). Eind 2015 hebben alle 25 GGD'en dezelfde basisvragenlijst voorgelegd aan leerlingen uit klas 2 en 4: bijna 97.000 leerlingen, verdeeld over 377 scholen, hebben de vragenlijst ingevuld. De cijfers zijn landelijk representatief na weging voor regio, leeftijd, leerjaar en onderwijsniveau. Voor 14 GGD'en zijn gegevens beschikbaar op regionaal niveau; 9 GGD'en hebben ook gegevens op lokaal niveau.²⁰

Psychosociale problemen en emotionele problemen

Dit is vastgesteld met een vragenlijst (SDQ, *Strengths and Difficulties Questionnaire*). Tabel 3.15 geeft aan dat meisjes vaker dan jongens psychosociale problemen hebben (16,2% vs. 12,2%), en veel vaker emotionele problemen (16,2% vs. 3,5%). Wat betreft psychosociale problematiek vallen verschillen tussen schoolniveaus op: 17,9% van de leerlingen op vmbo-bk rapporteerde psychosociale problemen, tegenover 8,1% van de vwo-leerlingen. Verschillen tussen schoolniveaus zijn veel minder groot bij emotionele problematiek.

²⁰ Lokale en regionale cijfers zijn te vinden via: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/gezondheidsmonitor-jeugd/psychosociaal#node-weerbaarheid-middelbare-scholieren-klas-2-en-klas-4-ggd-regio>

Tabel 3.15 Het vóórkomen van psychosociale problemen (gemeten met de SDQ, totaalscore) en emotionele problemen (gemeten met de SDQ, subschaal) in de afgelopen zes maanden bij middelbare scholieren, naar geslacht, leerjaar en onderwijsniveau (peiljaar: 2015)

	Psychosociale problemen *	Emotionele problemen
	% (95% betrouwbaarheidsinterval)	% (95% betrouwbaarheidsinterval)
Totaal	13,9 (12,8 - 15,1)	8,9 (8,2 - 9,7)
Geslacht		
Jongens	12,2 (10,6 - 14,0)	3,5 (2,8 - 4,2)
Meisjes	16,2 (14,7 - 17,8)	16,2 (14,8 - 17,7)
Leerjaar		
Klas 2	13,4 (11,9 - 15,0)	8,3 (7,2 - 9,6)
Klas 4	14,4 (12,8 - 16,2)	9,5 (8,6 - 10,4)
Onderwijsniveau		
Vmbo-bk	17,9 (16,2 - 19,7)	9,6 (8,4 - 11,1)
Vmbo-gt	14,7 (12,7 - 17,0)	7,3 (6,2 - 8,6)
Havo	13,2 (10,6 - 16,3)	9,7 (7,9 - 11,9)
Vwo	8,1 (6,9 - 9,4)	10,2 (9,0 - 11,4)

* Het gaat om een score in het grensgebied of klinisch gebied: 13-14 jarigen: ≥ 11 ; 15-17 jarigen: ≥ 13

Bron: Gezondheidsmonitor Jeugd, GGD'en en RIVM

JEJG

JEJG (Jij en je gezondheid) is een digitaal instrument voor de jeugdgezondheidszorg, dat meestal wordt ingezet voor het 1^{ste} en 2^e adolescenten contact moment. Met JEJG kunnen jongeren vanaf 12 jaar met risicogedragingen en (verhoogde kans op) sociaal-emotionele en sociaal-medische problemen actief worden opgespoord, ondersteund en zo nodig toegeleid naar veelbelovende en effectieve (preventie)programma's. JEJG maakt hierbij gebruik van relatief korte en gevalideerde vragenlijsten, die door de leerling worden ingevuld. Diverse GGD-regio's maken gebruik van JEJG, waaronder GGD Amsterdam. De meest recente cijfers hebben betrekking op het schooljaar 2017-2018 (ten tijde van het opstellen van dit rapport). De gegevensverzameling is niet anoniem, en wordt gedeeld met de jeugdgezondheidszorg. Dit zou de kans op vertekende antwoorden kunnen verhogen, bijvoorbeeld om jongere een consult met de jeugdgezondheidszorg wil vermijden.

Depressie-/angstklachten en suïcidegedachten/-pogingen

Hiervoor wordt gebruik gemaakt van twee vragenlijsten (respectievelijk de RCADS-25, *Revised Child Anxiety and Depression Scale*, en de ASQ, *Ask Suicide-screening Questions*). Tabel 3.16 laat ter illustratie de cijfers voor de stad Amsterdam zien.²¹

21 Zie: <https://amsterdam.ggdgezondheidinbeeld.nl/>

Tabel 3.16 Het vóórkomen van depressie-/angstklachten (gemeten met de RCADS-25) en suïcidegedachten/ -pogingen (gemeten met de ASQ) bij Amsterdamse jongeren, naar leeftijd (peiljaren: 2017-2018)

	Depressie-klachten	Angst-klachten	Gedachte aan zelfdoding	Poging tot zelfdoding
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
13-14 jaar	12,3 (668)	13,8 (749)	8,2 (476)	3,0 (175)
15-16 jaar	9,4 (453)	12,8 (616)	5,6 (288)	2,9 (150)

Bron: JEJG, GGD Amsterdam

Check

Als onderdeel van het extra contactmoment adolescenten worden in diverse GGD regio's 15-16 jarige scholieren in het voortgezet onderwijs uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen over hun gezondheid en welzijn op school, thuis en in hun vrije tijd. Dit gebeurt onder de noemer 'Gezond leven? Check het even!'. Het doel is om 15-16 jarigen na te laten denken over hun gezondheid en leefstijl, hun problemen tijdig te signaleren en hen door advies, voorlichting of verwijzing te helpen deze op te lossen. Direct na invulling van de vragenlijst krijgen de leerlingen feedback op maat. Eventueel worden ze uitgenodigd voor een afspraak met een schoolarts- of verpleegkundige, of kunnen zij zelf een afspraak maken. De gegevensverzameling is niet anoniem, wat de kans op vertekende antwoorden zou kunnen verhogen. De gegevens van de verschillende GGD regio's worden niet samengevoegd tot een gezamenlijke databron.

Psychische klachten

Dit is gemeten met een korte vragenlijst (de MHI-5, *Mental Health Inventory*). In Tabel 3.17 worden ter illustratie de gegevens voor de regio Gelderland-Midden getoond.

Tabel 3.17 Het vóórkomen van psychische klachten in de afgelopen maand (gemeten met de MHI-5) bij 15/16-jarigen in Gelderland-Midden, naar onderwijsniveau (peiljaar: 2017)

	%
Vmbo ¹ (n=2.567)	5
Mavo/havo/vwo ² (n=4.506)	6

¹ Leerling uit de derde klas; ² Leerlingen uit de vierde klas

Gehanteerde afkapwaarde MHI-5: <45

Bron: GGD Gelderland-Midden

Monitor programma FIVE

FIVE (Windesheim Fit en Veilig) is een initiatief vanuit Hogeschool Windesheim en richt zich op het tegengaan van studie-uitval en vertraging door het creëren van een gezond en veilig studieklimaat. Hierbij worden het psychosociale welbevinden van de student en sociale cohesie (binding) als sleutelfactoren beschouwd. Een onderdeel van FIVE is een monitoringssysteem waarmee elk jaar de gezondheid en de ervaren binding van studenten op Windesheim, in kaart worden gebracht. Aan de meest recente meting ten tijde van het opstellen van dit rapport (december 2017 – maart 2018) namen in totaal 3.134 studenten deel.

Depressie-/angstklachten

Tabel 3.18 laat de cijfers zien zoals vastgesteld op basis van een korte vragenlijst (K6, verkorte versie van de *Kessler Psychological Distress Scale*).

Tabel 3.18 Het vóórkomen van depressie-/angstklachten in de afgelopen maand (gemeten met K6) bij studenten van Hogeschool Windesheim, naar ernst (peiljaren: 2017-2018)

	% (n)
Lichte-matige klachten	38,9 (1.221)
Ernstige klachten	14,4 (453)

Lichte klachten: een score van 6-11; milde klachten: een score van 12-19; ernstige klachten: een score van 20-30.

Bron: Monitor programma FIVE

Suïciderisico

Dit is vastgesteld met een korte vragenlijst (SBQ-R, de *Suicide Behaviors Questionnaire-Revised*) naar suïcidegedachten/-pogingen in het verleden, heden en toekomst.²² Gevonden werd dat in het studiejaar 2017-2018 bij 18,2% van de studenten (n=573) een verhoogd risico op zelfdoding aanwezig is.

Burn-out klachten

Aan de hand van een vragenlijst (UBOS-A, de *Utrechtse Burn-Out Schaal – Algemeen*, gespecificeerd voor studenten) werd gevonden dat 44,2% van de studenten te maken had met burn-out klachten. Uitgesplitst naar geslacht had 48,1% van de vrouwelijke studenten burn-out klachten, en 38,2% van de mannelijke studenten.

22 Gehanteerde afkapwaarde: ≥ 7

1-meting studie

Prevalentieonderzoek psychische stoornissen bij Nederlandse adolescenten

Dit onderzoek is uitgevoerd in 1993 bij een representatieve groep Nederlandse jongeren in de leeftijd van 13-18 jaar (Verhulst *et al.* 1997). Er werd gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd psychiatrisch interview (DISC, *Diagnostic Interview Schedule for Children*) om de aanwezigheid van psychische stoornissen in de afgelopen zes maanden te bepalen volgens de criteria van de DSM-III-R. Zowel de versie voor ouders als de versie voor jongeren werd afgenomen.

Depressieve stoornis en angststoornis

Tabel 3.19 laat zien dat de prevalentiecijfers verschillen afhankelijk van of wordt uitgegaan van het oordeel van ouders of van jongeren zelf. Als de meest 'ruime' bepaling van prevalentie werd gehanteerd (een stoornis is aanwezig volgens ouders óf jongeren zelf), had 3,6% van de jongeren in de leeftijd van 13-18 jaar een depressieve stoornis in de afgelopen zes maanden, terwijl de halfjaarsprevalentie van angststoornis op 23,5% lag.

Tabel 3.19 Het vóórkomen van depressieve stoornis en angststoornis in de afgelopen zes maanden (gemeten met de DISC) bij jongeren van 13-18 jaar, naar informant (peiljaar: 1993)

	Volgens ouders	Volgens jongeren zelf	Volgens ouders óf jongeren zelf
Depressieve stoornis *	1,3%	2,8%	3,6%
Angststoornis	16,5%	10,5%	23,5%

*Exclusief dysthymie

Bron: Verhulst *et al.* (1997)

3.2.4 Prevalentiecijfers over depressieproblematiek bij werknemers en zelfstandigen

Cohortstudies

NEMESIS-2

NEMESIS-2 (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2*) is een psychiatrisch-epidemiologische bevolkingsstudie bij een representatieve groep van 6.646 volwassen Nederlanders in de leeftijd van 18-64 jaar. De studie levert gegevens op over het vóórkomen, ontstaan, beloop en gevolgen van psychische aandoeningen, en over risicofactoren van al deze aspecten (De Graaf *et al.* 2010). De baseline meting werd uitgevoerd in de periode november 2007 – juli 2009.

Depressieve stoornis en angststoornis

Uitgaande van een diagnostisch instrument (de CIDI, *Composite International Diagnostic Instrument*) werd gevonden dat 4,2% van de werkenden (mensen die ten minste 12 uur per week betaald werk verrichtten) een depressieve stoornis had in de afgelopen 12 maanden (peiljaren: 2007-2009). De jaarprevalentie van angststoornis onder werkenden was 8,5% (De Graaf *et al.*, 2011).

MCS

Oorspronkelijk was het doel van de MCS (Maastrichtse Cohort Studie) het in kaart brengen van de korte termijneffecten van het werk op de gezondheid. Meer specifiek, het bestuderen van de oorzaken en het beloop van langdurige vermoeidheid in de arbeidssituatie en de gevolgen voor gezondheid. De studie kent inmiddels een follow-up duur van 16 jaar en telt nog ruim 5.000 respondenten. Daarmee wordt de beantwoording van nieuwe andersoortige vraagstellingen mogelijk. Zo is gedurende de tijd meer nadruk op de lange termijn effecten van de psychosociale werkomgeving komen te liggen, bijvoorbeeld met betrekking tot het ontstaan van ziekten zoals depressie en hart- en vaatziekten, en de samenhang met arbeidsdeelname. Bijkomende aandachtspunten zijn de trends naar langer doorwerken en een flexibelere arbeidsmarkt. Aan de baseline meting (1998) van de MCS namen 12.140 werknemers in de leeftijd van 18-65 jaar deel. De deelnemers verrichtten ten minste 16 uur per week betaald werk, en waren afkomstig uit 45 Nederlandse bedrijven en instellingen verspreid over diverse bedrijfssectoren.

Psychische klachten en burn-outklachten

Met behulp van een korte vragenlijst (GHQ-12, *General Health Questionnaire*) werd gevonden dat 22,9% van werknemers psychische klachten had (zie Tabel 3.20). Op basis van een andere vragenlijst (UBOS, *Utrechtse Burnout Schaal*) rapporteerde 13,7% burn-out klachten.

Tabel 3.20 Het vóórkomen van psychische klachten in de afgelopen vier weken (gemeten met de GHQ-12) en burn-out klachten (gemeten met de UBOS) bij werknemers van 18-65 jaar (peiljaar: 1998)

	% (n)
Psychische klachten ¹	22,9 (2.754)
Burn-out klachten ²	13,7 (1.651)

¹Gehanteerde afkapwaarde: ≥ 4

²Vastgesteld op basis van statistische normen

Bron: Kant *et al.* (2003)

Monitorstudies

NEA

De NEA (Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden) is een periodiek onderzoek naar de werksituatie van werknemers in Nederland bekeken door de ogen van werknemers. Het doel is om tegemoet te komen aan de informatiebehoefte van de overheid, werkgevers, vakbonden, brancheorganisaties etc. De monitor wordt uitgevoerd door TNO en CBS. Werknemers in de leeftijd van 15-75 jaar (sinds 2014)²³ die in Nederland werken en wonen, worden benaderd om de vragenlijst in te vullen. Over- of ondervertegenwoordiging van bepaalde groepen (bijvoorbeeld bedrijfstakken, man-vrouw, etniciteit) wordt gecorrigeerd door weging toe te passen, zodat de steekproef als representatie van de werkende bevolking gezien kan worden. In 2017, het meest recente peiljaar ten tijde van het opstellen van dit rapport, vulden ruim 45.000 werknemers de enquête in.

Burn-out klachten

Dit is gemeten met vijf vragen (die zijn afgeleid uit de vragenlijst UBOS, de *Utrechtse Burn-out Schaal*). In 2017 had 15,9% van alle werknemers burn-out klachten (Tabel 3.21), waarbij het percentage met burn-out klachten hoger lag onder vrouwelijke werknemers (17,1%) dan onder mannelijke werknemers (14,9%). Tabel 3.20 hieronder toont ook trendgegevens, waarbij onder andere de stijging van het percentage vrouwelijke werknemers in de leeftijd van 25 tot 35 jaar met burn-out klachten opvalt, van 16,2% in 2014 naar 21,0% in 2017. Onderwijs (22,1%) en zorg (17,9%) waren de bedrijfstakken met het hoogste percentage werknemers met burn-out klachten (niet in tabel; Hooftman *et al.*, 2018).

23 Peiljaren 2003-2013: leeftijd van 15-65 jaar

Tabel 3.21 Het vóórkomen van burn-out klachten (gemeten met vijf vragen van de UBOS) bij werknemers, naar geslacht en leeftijd (peiljaren: 2014-2017)

	2014	2015	2016	2017
	%	%	%	%
Alle werknemers				
15 tot 25 jaar	8,7	7,7	10,5	9,9
25 tot 35 jaar	16,6	15,0	17,1	19,5
35 tot 45 jaar	15,0	14,0	14,8	15,9
45 tot 55 jaar	15,0	13,9	15,1	16,2
55 tot 65 jaar	16,1	16,4	15,7	17,8
65 tot 75 jaar	2,4	2,2	3,4	7,2
Totaal	14,4	13,4	14,6	15,9
Mannelijke werknemers				
15 tot 25 jaar	7,6	7,5	9,3	8,1
25 tot 35 jaar	17,0	13,4	16,0	18,0
35 tot 45 jaar	15,2	13,5	14,3	14,7
45 tot 55 jaar	15,3	13,8	15,0	16,0
55 tot 65 jaar	16,3	16,5	15,5	16,9
65 tot 75 jaar	1,4	2,3	4,0	6,4
Totaal	14,4	13,0	14,0	14,9
Vrouwelijke werknemers				
15 tot 25 jaar	9,7	8,0	11,6	11,6
25 tot 35 jaar	16,2	16,6	18,3	21,0
35 tot 45 jaar	14,8	14,5	15,2	17,2
45 tot 55 jaar	14,7	13,9	15,2	16,4
55 tot 65 jaar	15,8	16,3	16,0	18,9
65 tot 75 jaar	-	-	-	8,9
Totaal	14,3	13,9	15,3	17,1

Bron: Nationale Enquête arbeidsomstandigheden

Ziekteverzuim vanwege burn-out klachten

Tabel 3.22 laat zien dat in de periode 2014-2017 het ziekteverzuimpercentage onder werknemers met burn-out klachten ruim twee keer zo hoog is in vergelijking met het percentage in de totale werkende bevolking.

Tabel 3.22 Het ziekteverzuimpercentage bij werknemers met burn-out klachten (peiljaren: 2014-2017)*

	2014	2015	2016	2017
	%	%	%	%
Werknemers met burn-out klachten	7,8	8,7	7,9	8,6
Alle werknemers	3,7	4,0	3,8	4,0

* Het totaal aantal ziektedagen van de werknemers, in procenten van het totaal aantal beschikbare werkdagen van de werknemers in het peiljaar

Bron: Nationale Enquête arbeidsomstandigheden

ZEA

De ZEA (Zelfstandigen Enquête Arbeid) is een periodieke enquête onder zelfstandig ondernemers over hun arbeidsomstandigheden en inzetbaarheid. De ZEA is een aanvulling op de NEA (Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden) die zich richt op werknemers. Evenals de NEA, wordt de ZEA uitgevoerd door TNO en CBS. Een steekproef van zelfstandig ondernemers van 15 jaar of ouder wordt benaderd om de vragenlijst in te vullen. In 2017, het meest recent peiljaar ten tijde van het opstellen van dit rapport, vulden ruim 6.000 zelfstandigen de vragenlijst in.

Burn-out klachten

Dit is op dezelfde wijze gemeten als in de NEA. In 2017 rapporteerde 8,8% van alle zelfstandig ondernemers burn-out klachten (Tabel 3.23).

Tabel 3.23 Het vóórkomen van burn-out klachten (gemeten met vijf vragen van de UBOS) bij zelfstandig ondernemers, naar geslacht en leeftijd (peiljaar: 2017)

	%
Zelfstandig ondernemer met personeel	11,0
Zelfstandig ondernemer zonder personeel	8,3
Mannelijke zelfstandig ondernemers	8,9
Vrouwelijke zelfstandig ondernemers	8,7
Alle zelfstandig ondernemers	8,8

Bron: Zelfstandigen Enquête Arbeid

3.2.5 Prevalentiecijfers over depressieproblematiek bij zwangere of recent bevallen vrouwen

Cohortstudies

ABCD-studie

Het doel van de ABCD-studie (*Amsterdam Born Children and their Development ABCD study*) is het inventariseren en analyseren van factoren in het vroege leven (tijdens de zwangerschap en op de jonge kinderleeftijd) die een mogelijke verklaring vormen voor latere gezondheid en gezondheidsverschillen (van Eijsden *et al.* 2011). Daarbij wordt specifiek aandacht besteed aan het verklaren van de gezondheidsverschillen tussen kinderen van verschillende etnische afkomst. Hierbij zijn 12.373 zwangere Amsterdamse vrouwen benaderd in 2003 en 2004 om mee te doen met het onderzoek. Uiteindelijk hebben 8.266 vrouwen de baseline vragenlijst ingevuld terwijl zij tussen de 14 en 18 weken zwanger waren, waarvan 61,5% een Nederlandse achtergrond had (n=5.082).

Depressie- en angstklachten

Tabel 3.23 laat zien dat 30,6% van de zwangere Amsterdamse vrouwen depressieklachten hadden, zoals gemeten met een vragenlijst (CES-D, *Center for Epidemiologic Studies Depression scale*). Een nagenoeg identiek percentage (30,9%) had angstklachten, zoals vastgesteld met een andere vragenlijst (STAI, de *State-Trait Anxiety Inventory*). Tot slot is ook nog gekeken naar het vóórkomen van angstklachten die specifiek gerelateerd zijn aan de zwangerschap (met behulp van de PRAQ-R, de *Pregnancy-related Anxieties Questionnaire-Revised*): er werd een percentage van 11,1% gevonden.

Tabel 3.24 Het vóórkomen van depressieklachten (gemeten met de CES-D), angstklachten (gemeten met de STAI) en zwangerschap gerelateerde angstklachten (gemeten met de PRAQ-R) bij zwangere Amsterdamse vrouwen, zoals gemeten ten tijde van gemiddeld 16 weken zwangerschap (peiljaren: 2003-2004)

Depressieklachten ¹	Angstklachten ²	Zwangerschaps- gerelateerde angstklachten ²
% (n)	% (n)	% (n)
30,6 (2.465)	30,9 (1.972)	11,1 (709)

¹ Goedhart *et al.* (2010); gehanteerde afkapwaarde CES-D: ≥ 16

² Koelewijn *et al.* (2017); gehanteerde afkapwaarden: STAI ≥ 43 ; PRAQ: ≥ 28 (kinderloze vrouwen) en ≥ 24 (een vrouw die meer dan eens heeft gebaard)

Generation R

Het doel van Generation R is om de groei, ontwikkeling en gezondheid van opgroeiende kinderen in Rotterdam te monitoren (Kooijman *et al.* 2017). De kinderen worden vanaf de vroege zwangerschap gevolgd tot hun jonge volwassenheid. Centraal staat de vraag waarom het ene kind zich optimaal ontwikkelt en het andere kind niet of minder. Aan de baseline meting (april 2002 – januari 2006) namen 8.880 zwangere vrouwen en 898 pas bevallen moeders deel, allen woonachtig in Rotterdam. Ongeveer drie op de vijf (59%) had een Nederlandse of een andere Europese afkomst. Ook de partners van de (aanstaande) moeders werden uitgenodigd; uiteindelijk deed 71% (n=6.347) van de partners mee.

Depressie ooit in het leven bij aanstaande ouders

Hiervoor werd uitgegaan van zelfrapportage door aanstaande Rotterdamse moeders en vaders ten tijde van 20 weken zwangerschap; het gaat dus niet om een diagnose. Tabel 3.24 laat de gevonden levensprevalenties zien.

Tabel 3.25 Het vóórkomen van depressie ooit in leven (gemeten met een vignet met enkele vragen) bij aanstaande Rotterdamse moeders en vaders, zoals gemeten ten tijde van 20 weken zwangerschap (peiljaren: 2002-2006)

Depressie ooit in het leven	
	% (n)
Moeders	27,8 (884)
Vaders	16,0 (510)

Bron: Ringoot *et al.* (2015)

Postpartum depressieklachten

Dit is bepaald op basis van een vragenlijst (EPDS, de *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) die twee maanden na de bevalling werd ingevuld.²⁴ Gevonden werd dat 8,0% van de Rotterdamse vrouwen (n=396) postnatale depressieklachten had (Blom *et al.* 2010).

3.2.6 Prevalentiecijfers over depressieproblematiek bij chronisch lichamelijk zieken

Cohortstudies

NEMESIS-2

NEMESIS-2 (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2*) is een psychiatrisch-epidemiologische bevolkingsstudie bij een representatieve groep van 6.646 volwassen Nederlanders in de leeftijd van 18-64 jaar. De studie levert gegevens op over het vóórkomen, ontstaan, beloop en gevolgen van psychische aandoeningen, en over risicofactoren van al deze aspecten (De Graaf *et al.* 2010). De baseline meting werd uitgevoerd in de periode november 2007 – juli 2009.

Depressieve stoornis bij chronisch lichamelijk zieken

Tijdens de baseline meting is via zelfrapportage nagegaan welke respondenten in de afgelopen 12 maanden een chronische somatische aandoening hadden waarvoor men onder behandeling was (geweest) van een arts, of waarvoor men voorgeschreven medicijnen gebruikte. Kijkend naar de aldus bepaalde groep chronisch lichamelijk zieken, werd een jaarprevalentie van depressieve stoornis gevonden van 7,1%, zoals vastgesteld met een uitgebreid diagnostisch instrument (CIDI, *Composite International Diagnostic Instrument*).

Lifelines

Lifelines werkt mee aan het doel om mensen in de toekomst gezonder oud te laten worden. Dat gebeurt door van een grote groep mensen allerlei gegevens en lichaamsmaterialen zoals urine, bloed en haar te verzamelen en dit aan te bieden aan onderzoekers. Lifelines wordt uitgevoerd onder 167.729 inwoners van de drie noordelijke provincies, waaronder 14.801 kinderen (0-18 jaar), 140.222 volwassenen (18-65 jaar) en 12.706 ouderen (≥65 jaar) (Scholtens *et al.* 2014). De baseline meting vond plaats in de periode 2006-2013.

Depressieve stoornis en angststoornis bij diabetes mellitus

Gebruik makend van een diagnostisch interview (de MINI, *Mini-International Neuropsychiatric Interview*), werd gevonden dat zowel een depressieve stoornis als een angststoornis significant vaker voorkwam bij personen met diabetes mellitus in vergelijking met degenen zonder deze aandoening (zie Tabel 3.25).

Tabel 3.26 Het vóórkomen van depressieve stoornis en angststoornis in de afgelopen twee weken (MINI) bij inwoners van de drie Noordelijke provincies (18-93 jaar) met gediagnosticeerde diabetes mellitus, met niet-gediagnosticeerde diabetes mellitus, en zonder diabetes mellitus (peiljaren: 2006-2013)

	Depressieve stoornis ¹	Angststoornis
	% (n)	% (n)
Personen met gediagnosticeerde diabetes mellitus ²	5,0 (90)*	13,5 (244)*
Personen met niet-gediagnosticeerde diabetes mellitus ³	4,5 (34)*	8,6 (66)**
Personen zonder diabetes mellitus ⁴	3,3 (2.858)	9,9 (8.669)
Totaal	3,3 (3.002)	9,9 (9.018)

¹Inclusief dysthymie; ²gebruik van diabetes medicatie en/of zelf-gerapporteerde diabetes; ³Een nuchtere bloedglucose $\geq 7,0$ mmol/l, maar geen gebruik van diabetes medicatie en zelf-gerapporteerde diabetes; ⁴Een nuchtere bloedglucose $< 7,0$ mmol/l en geen diabetes volgens zelfrapportage.

* Significant verschil met personen zonder diabetes mellitus, wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijd en geslacht. ** Significant verschil met personen met diabetes mellitus, wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijd en geslacht. Bron: Meurs *et al.* (2016)

De Hoorn Studies

De Hoorn studie richt zich op het onderzoeken van de prevalentie en risicofactoren van gestoorde glucosetofwisseling, diabetes en aan diabetes gerelateerde complicaties in de algemene bevolking met een Westerse migratieachtergrond. Aan de baseline meting (1989-1991) namen in totaal 2.484 inwoners van Hoorn in de leeftijd van 50-75 jaar deel. In 2006 is gestart met een tweede, vergelijkbare cohortstudie. Het hoofddoel van deze Nieuwe Hoorn studie is te onderzoeken in hoeverre de prevalentie en risicofactoren van gestoorde glucosetofwisseling worden beïnvloed door de toenames van levensduur, inactieve levensstijl en overgewicht (Rutters *et al.* 2018). Het nieuwe cohort bestond tijdens de baseline meting (2006-2007) uit in totaal 2.807 inwoners van Hoorn in de leeftijd van 40-65 jaar.

Depressie- en angstklachten bij diabetes mellitus type 2

Tabel 3.26 presenteert cijfers van de Nieuwe Hoorn studie. Aangetoond werd dat mensen met diabetes type 2 significant vaker depressieve klachten hadden dan mensen met een afwijkend glucosemetabolisme (21,0% vs. 12,2%), zoals gemeten met een korte vragenlijst (CES-D, *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*).²⁵ Het vóórkomen van angstklachten werd vastgesteld met behulp van een andere vragenlijst (HADS-A, *Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety Subscale*)²⁶. Hoewel personen met diabetes type 2 de hoogste prevalentie lieten zien, verschilde dit niet significant met de prevalenties bij personen met een afwijkend en normaal glucosemetabolisme.

25 Gehanteerde afkapwaarde: ≥ 16

26 Gehanteerde afkapwaarde: ≥ 8

Tabel 3.27 Het vóórkomen van depressieklachten (gemeten met de CES-D) en angstklachten (gemeten met de HADS-A) bij inwoners van Hoorn (40-65 jaar) met diabetes mellitus type 2, een afwijkend glucosemetabolisme en een normaal glucosemetabolisme (peiljaren: 2006-2007)

	Depressieklachten	Angstklachten
	% (n)	% (n)
Personen met diabetes mellitus type 2 (DM2) ¹	21,0 (38)*	19,9 (36)
Personen met een abnormaal glucosemetabolisme (AGM) ¹	12,2 (52)	15,3 (65)
Personen met een normaal glucosemetabolisme ¹	12,5 (258)	15,0 (309)
Totaal	13,0 (348)	15,4 (410)

¹Volgens WHO-criteria: DM2: nuchtere bloedglucose $\geq 7,0$ mmol/l of twee uren plasma glucose spiegel $\geq 11,1$ mmol/l; AGM: nuchtere bloedglucose 6,1-6,9 mmol/l of twee uren plasma glucose spiegel 7,8-11,0 mmol/l; Normaal: nuchtere bloedglucose $< 6,1$ mmol/l en twee uren plasma glucose spiegel $< 7,8$ mmol/l

* Significant verschil met personen met AGM. Bron: Bouwman *et al.* (2010)

LRGP

Het LRGP (Leidsche Rijn Gezondheidsproject) is een doorlopend onderzoek naar de gezondheid van de inwoners van Leidsche Rijn met als doel inzicht te krijgen in de factoren die het ontstaan van ziekten bevorderen; de effecten van preventieve maatregelen, en behandeling op de gezondheid; en de impact van vernieuwingen in de zorg op de gezondheid. Alle nieuwe inwoners van Leidsche Rijn worden uitgenodigd door hun huisarts om deel te nemen aan het LRGP. Op baseline worden bij de deelnemers de volgende gegevens verzameld: medische voorgeschiedenis en klachten (via vragenlijsten); metingen van lengte en gewicht; bloedafname; en eventuele ECG en/of longfunctiemeting. Follow-up gegevens worden verzameld door een koppeling te maken met gegevens geregistreerd in huisartsinformatiesystemen (Grobbee *et al.* 2005). Momenteel nemen meer dan 10.000 personen mee.

Depressieklachten bij diabetes mellitus type 2

Hiervoor werd gebruik gemaakt van de depressie-subschaal van een vragenlijst (SCL-90, Symptom Checklist)²⁷ en zelfgerapporteerd gebruik van antidepressiva. Uitgaande van de baselinegegevens van 4.747 deelnemers van 18 jaar of ouder, werd gevonden dat degenen met gediagnosticeerde diabetes mellitus type 2 significant vaker depressieklachten hadden dan degenen met een normaal glucosemetabolisme (zie Tabel 3.27). In de analyse werd gecontroleerd voor de mogelijk invloed van demografische en leefstijlfactoren.

27 Gehanteerde afkapwaarde: ≥ 25

Tabel 3.28 Het vóórkomen van depressieklachten (gemeten met de depressie-subschaal van de SCL-90 en/of zelfgerapporteerd antidepressivagebruik) bij inwoners van Leidsche Rijn (≥18 jaar) met gediagnosticeerde diabetes mellitus type 2, met niet-gediagnosticeerde diabetes mellitus type 2, met een afwijkend glucosemetabolisme en met een normaal glucosemetabolisme (peiljaren: 2001-2005)

	Depressieklachten (%)
Personen met gediagnosticeerde diabetes mellitus type 2 ¹	29,7 *
Personen met niet-gediagnosticeerde diabetes mellitus type 2 ²	20,0
Personen met een abnormaal glucosemetabolisme (AGM) ³	17,5
Personen met een normaal glucosemetabolisme ⁴	19,4

¹ Diabetes gediagnosticeerd door een arts; ² Een nuchtere bloedglucose ≥7,0 mmol/l; ³ Een nuchtere bloedglucose ≥5,6 en <7,0 mmol/l; ⁴ Een nuchtere bloedglucose <5,6 mmol/l.

*Significant verschil met personen met een normaal glucosemetabolisme, rekening houdend met geslacht, leeftijd, opleiding, BMI, rookstatus, alcoholgebruik en fysieke activiteit. Bron: Knol *et al.* (2007)

3.2.7 Prevalentiecijfers over depressieproblematiek bij personen met een migratieachtergrond

Cohortstudies

HELIUS-studie

Het doel van de HELIUS-studie (*Healthy Life in an Urban Setting study*) is om inzicht te krijgen in de gezondheid van Amsterdammers met een verschillende migratieachtergrond en in de oorzaken van gezondheidsverschillen. De kennis die het onderzoek oplevert, kan uiteindelijk helpen om gezondheidsproblemen beter aan te pakken en de medische zorg te verbeteren. Aan de baseline meting (januari 2011 – december 2015) hebben in totaal 24.789 personen in de leeftijd van 18-70 jaar deelgenomen. Deelnemers hadden een Nederlandse, Surinaamse, Marokkaanse, Turkse of Ghanese afkomst (Snijder *et al.* 2017).

Depressieklachten

Hiervoor is een korte vragenlijst gebruikt (PHQ-9, *Patient Health Questionnaire*). Tabel 3.28 laat zien dat vooral Amsterdammers met een Turkse, Marokkaanse of Hindoestaans-Surinaamse migratieachtergrond verhoudingsgewijs vaak depressieklachten hebben.

Tabel 3.29 Het vóórkomen van depressieklachten in de afgelopen twee weken (gemeten met de PHQ-9) bij inwoners van Amsterdam, naar migratieachtergrond (peiljaren: 2011-2015)

	Depressieklachten
	% (n)
Nederlands	7,2 (4.671)
Hindoestaans (Zuid-Aziatisch) Surinaams	18,6 (3.369)
Creools (Afrikaans) Surinaams	10,8 (4.458)
Ghanees	9,2 (2.735)
Turks	23,4 (4.200)
Marokkaans	21,1 (4.502)

Gehanteerde afkapwaarde PHQ-9: ≥ 10 ; Bron: Snijder *et al.* (2017)

ABCD-studie

Het doel van de ABCD-studie (*Amsterdam Born Children and their Development ABCD study*) is het inventariseren en analyseren van factoren in het vroege leven (tijdens de zwangerschap en op de jonge kinderleeftijd) die een mogelijke verklaring vormen voor latere gezondheid en gezondheidsverschillen (van Eijsden *et al.* 2011). Daarbij wordt specifiek aandacht besteed aan het verklaren van de gezondheidsverschillen tussen kinderen van verschillende etnische afkomst. Hierbij zijn 12.373 zwangere Amsterdamse vrouwen benaderd in 2003 en 2004 om mee te doen met het onderzoek. Uiteindelijk hebben 8.266 vrouwen de baseline vragenlijst ingevuld terwijl zij tussen de 14 en 18 weken zwanger waren, waarvan 61,5% een Nederlandse achtergrond had (n=5.082).

Depressie- en angstklachten bij zwangere vrouwen

Tabellen 3.29 en 3.30 laten zien dat zwangere Amsterdamse vrouwen met een migratieachtergrond beduidend vaker depressie- en angstklachten hadden in vergelijking met zwangere Amsterdamse vrouwen met een Nederlandse achtergrond, zoals gemeten met behulp van vragenlijsten (respectievelijk de CES-D, *Center for Epidemiologic Studies Depression scale*, en de STAI, *State-Trait Anxiety Inventory*). Zwangere vrouwen met een Turkse migratieachtergrond rapporteerden de hoogste prevalenties.

Tabel 3.30 Het vóórkomen van depressieklachten (gemeten met de CES-D) bij zwangere Amsterdamse vrouwen, zoals gemeten ten tijde van gemiddeld 16 weken zwangerschap, naar migratieachtergrond (peiljaren: 2003-2004)

	% (n)
Nederlands	22,2 (948)
Creools	42,8 (274)
Turks	55,7 (224)
Marokkaans	42,0 (290)
Anders	35,6 (729)
Totaal	30,6 (2.465)

Bron: Goedhart *et al.* (2010); gehanteerde afkapwaarde CES-D: ≥ 16

Tabel 3.31 Het vóórkomen van angstklachten (gemeten met de STAI) bij zwangere Amsterdamse vrouwen, zoals gemeten ten tijde van gemiddeld 16 weken zwangerschap, naar migratieachtergrond (peiljaren: 2003-2004)

	% (n)
Nederlands	21,5 (767)
Antilliaanse/Arubaanse, Surinaamse, Ghanese of andere Afrikaanse migratieachtergrond	46,8 (252)
Turks	59,9 (170)
Marokkaans	50,1 (239)
Anders westers	29,7 (262)
Anders niet-westers	44,8 (282)
Totaal	30,9 (1.972)

Bron: Koelewijn *et al.* (2017); gehanteerde afkapwaarde STAI: ≥ 43

Generation R

Het doel van Generation R is om de groei, ontwikkeling en gezondheid van opgroeiende kinderen in Rotterdam te monitoren. De kinderen worden vanaf de vroege zwangerschap gevolgd tot hun jonge volwassenheid (Kooijman *et al.* 2017). Centraal staat de vraag waarom het ene kind zich optimaal ontwikkelt en het andere kind niet of minder. Aan de baseline meting (april 2002 – januari 2006) namen 8.880 zwangere vrouwen en 898 pas bevallen moeders deel, allen woonachtig in Rotterdam. Ongeveer drie op de vijf (59%) had een Nederlandse of een andere Europese afkomst. Ook de partners van de (aanstaande) moeders werden uitgenodigd; uiteindelijk deed 71% (n=6.347) van de partners mee.

Postpartum depressieklachten

Tabel 3.31 laat zien dat Rotterdamse vrouwen met een niet-Westerse migratieachtergrond na een bevalling vaker depressieklachten rapporteren dan Rotterdamse vrouwen met een Nederlandse of andere Westerse afkomst, zoals gemeten met een vragenlijst (EPSD, de *Edinburgh Postnatal Depression Scale*).

Tabel 3.32 Het vóórkomen van postpartum depressieklachten (gemeten met de EPSD) bij recent bevallen (twee maanden postpartum) Rotterdamse vrouwen, naar migratieachtergrond (peiljaren: 2002-2006)

Postpartum depressieklachten	
	% (n)
Nederlands	5,1 (160)
Westers (excl. Nederlands)	7,7 (71)
Niet-Westers	18,1 (165)
Totaal	8,0 (396)

Bron: Blom *et al.* (2010)

Monitorstudies

Gezondheidsenquête CBS

Het doel van de jaarlijkse gezondheidsenquête van het CBS is om een zo volledig mogelijk overzicht te geven van de gezondheid, medische contacten, de leefstijl en het preventieve gedrag van de bevolking van Nederland. De enquête wordt afgenomen onder een landelijk representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder (circa 9.500 respondenten).

Depressie en psychische klachten

Depressie wordt bepaald aan de hand van een enkelvoudige vraag²⁸; het gaat niet om een diagnostisch instrument. Kijkend naar het meest recente peiljaar 2017²⁹, rapporteerden Nederlanders met een niet-Westerse migratieachtergrond van de eerste generatie het vaakst een depressie (17,3%; Tabel 3.32). Ook de prevalentie van psychische klachten, zoals vastgesteld met een korte vragenlijst (MHI-5, *Mental Health Inventory*), was in 2017 het hoogst onder Nederlanders met een niet-Westerse migratieachtergrond van de eerste generatie (20,8%).

28 "Wilt u van de volgende langdurige ziekten en aandoeningen aangeven of u die heeft of in de afgelopen 12 maanden heeft gehad?" Waarna een lijst met aandoeningen volgt waaronder "Depressie".

29 Ten tijde van het opstellen van dit rapport.

Tabel 3.33 Het vóórkomen van psychische klachten in de afgelopen maand (gemeten met de MHI-5) en zelf-gerapporteerde depressie in de laatste 12 maanden (gemeten met een enkelvoudige vraag) bij personen van 12 jaar of ouder, naar migratieachtergrond (peiljaren: 2014-2017)

	2014		2015		2016		2017	
	Psychische klachten *	Depressie	Psychische klachten *	Depressie	Psychische klachten *	Depressie	Psychische klachten *	Depressie
	%	%	%	%	%	%	%	%
Nederlands ¹	9,2	6,3	9,6	6,9	10,2	7,1	9,9	6,4
Westers ²	14,3	10,9	11,6	9,1	13,1	12	11,5	8,3
1 ^{ste} generatie Westers ³	15,5	13,2	16	13,9	14,4	12,3	14,5	8,3
2 ^e generatie Westers ⁴	13,5	9,2	8,3	5,5	12,3	11,9	9,1	8,2
Niet-Westers ⁵	18,8	13,5	17,6	11	19,8	17,4	18,2	14,4
1 ^{ste} generatie niet-Westers ³	21,4	15,9	19,8	13,1	23,5	21,3	20,8	17,3
2 ^e generatie niet-Westers ⁴	13,3	8,6	13,5	7	12,5	9,8	13,2	8,8
Totaal	10,7	7,5	10,7	7,6	11,5	8,8	11	7,5

* Gehanteerde afkapwaarde: ≤ 59

¹Persoon van wie de beide ouders in Nederland zijn geboren

²Persoon met als migratieachtergrond een van de landen in Europa (exclusief Turkije), Noord-Amerika en Oceanië, en Indonesië en Japan

³Persoon die in het buitenland is geboren met ten minste één in het buitenland geboren ouder

⁴Persoon die in Nederland is geboren met ten minste één in het buitenland geboren ouder

⁵Persoon met als migratieachtergrond een van de landen in Afrika, Latijns-Amerika en Azië (exclusief Indonesië en Japan) of Turkije

Bron: Gezondheidsenquête CBS

4 Beschouwing

De vraag die in dit rapport centraal staat, luidt:

Wat is er uit landelijke, regionale en lokale gegevensbronnen bekend over het vóórkomen van depressieproblematiek in (groepen binnen) de algemene bevolking?

Om deze vraag te beantwoorden zijn activiteiten in drie stappen uitgevoerd:

- Formulering van algemene selectiecriteria waaraan een databron moet voldoen.
- Identificatie van potentieel relevante gegevensbronnen.
- Stapsgewijze selectie en beschrijving van databronnen, resulterend in een selectie van databronnen waarvan gepubliceerde prevalentiecijfers over depressieproblematiek worden gepresenteerd in dit rapport.

Veel databronnen geïdentificeerd, waaronder veel bronnen met gepubliceerde cijfers

Er zijn 43 landelijke, regionale en lokale databronnen gevonden met gegevens over het vóórkomen (de prevalentie) van depressieproblematiek in de algemene bevolking. Reeds gepubliceerde prevalentiecijfers, afkomstig uit 22 databronnen, hebben betrekking op een variëteit aan doelgroepen: volwassenen, ouderen, jongeren en jongvolwassenen, werknemers en zelfstandigen, zwangere of recent bevallen vrouwen, chronisch lichamelijk zieken en personen met een migratieachtergrond.

Prevalenticijfers over verschillende typen depressieproblematiek

Gepubliceerde gegevens geven zicht op de prevalentie van verschillende typen depressieproblematiek, waaronder de prevalentie van depressieve stoornis, depressie of depressieklachten, of depressie-gerelateerde klachten (zoals internaliserende problematiek, angstklachten of burn-out klachten). Vaststelling van depressieve stoornis vindt plaats aan de hand van een diagnostisch interview en conform DSM-criteria;³⁰ de andere metingen gaan uit van zelf-rapportage via bestaande vragenlijsten of zelfontwikkelde vragen.

Overzicht: gepubliceerde cijfers naar doelgroep, schaalniveau en type depressieproblematiek

Tabel 4.1 geeft een overzicht van de cohortstudies (n=12) en monitorstudies (n=9)³¹ op basis waarvan prevalentiecijfers zijn gepresenteerd in de resultatensectie van dit rapport, uitgesplitst naar doelgroep, schaalniveau van gegevensverzameling en type depressieproblematiek. Er worden geen prevalentiecijfers in deze overzichtstabel gepresenteerd: vanwege verschillen in de opzet en wijze van gegevensverzameling kunnen de prevalentiecijfers van de verschillende databronnen niet zomaar met elkaar worden vergeleken, ook niet als ze betrekking hebben

30 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen.

31 De resterende databron ('Prevalentieonderzoek psychische stoornissen bij Nederlandse adolescenten') betrof een studie met een éénmalige (cross-sectionele) meting en is niet opgenomen in de overzichtstabel.

op dezelfde doelgroep. Er bestaan onder andere verschillen wat betreft:

- *Onderzoekdeelnemers*. Databronnen verschillen bijvoorbeeld in gehanteerde selectiecriteria bij de werving van onderzoekdeelnemers en de mate waarin onderzoekdeelnemers een representatieve afspiegeling vormen van de doelgroep.
- *Meetinstrumentarium*. Databronnen gebruiken verschillende diagnostische interviews voor het vaststellen van depressieve stoornis, en een breed scala aan verschillende vragenlijsten voor het vaststellen van depressie(-gerelateerde) klachten.³² Het meetinstrumentarium verschilt niet alleen qua inhoud en vorm, maar ook wat betreft de periode waarover prevalentie wordt bepaald (o.a. de afgelopen twee weken, de afgelopen maand en het afgelopen jaar). Sommige databronnen gebruiken wel dezelfde vragenlijst, maar hanteren verschillende afkapwaarden voor het vaststellen van de aanwezigheid van depressie(-gerelateerde) klachten.³³
- *Peiljaren*. Databronnen verschillen in het jaar waarin een meting is uitgevoerd.

Cohortstudies

NEMESIS-2 is een landelijk representatief cohortonderzoek dat prevalentiecijfers genereert onder volwassen Nederlanders in de leeftijd van 18-64 jaar. De MCS heeft ook een landelijke insteek, wel met een accent op Limburg. De overige cohortstudies³⁴ zijn uitgevoerd onder inwoners van (middel)grote steden, of één of enkele regio's (zie Tabel 4.1). Het beperkte schaalniveau in geografische zin zal deels te maken hebben met het praktisch werkbaar houden van de gegevensverzameling; deze is in cohortstudies vaak uitvoerig en bewerkelijk. Een sterk punt van een deel van de cohortstudies (o.a. ABCD, Generation R, NEMESIS-2, MCS, TRAILS) is dat een breed spectrum aan depressie(-gerelateerde) problematiek wordt gemeten bij de onderzochte doelgroepen, waarbij het soms ook gaat om het vaststellen van depressieve en aanverwante stoornissen. Aanvullend op de 12 cohortstudies vermeld in de overzichtstabel, zijn zeven andere cohortstudies geïdentificeerd die op regionaal of lokaal niveau depressie(-gerelateerde) gegevens verzamelen bij diverse doelgroepen, maar op basis waarvan (nog) geen gepubliceerde prevalentiecijfers zijn gevonden.³⁵ Deze studies vormen aanvullende bronnen van informatie over het vóórkomen van depressieproblematiek.

Monitorstudies

Zes van de negen monitorstudies³⁶ op basis waarvan prevalentiecijfers zijn gepubliceerd worden op landelijk niveau uitgevoerd. De grote aantallen deelnemers in de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen en de Gezondheidsmonitor Jeugd maken verdere uitsplitsingen naar regionaal en lokaal niveau mogelijk. Metingen beperken zich in de monitorstudies tot het vaststellen van één of enkele typen depressie(-gerelateerde) klachten via de afname van korte vragenlijsten of zelfontwikkelde vragen. In sommige monitors, zoals de twee Gezondheidsmonitors en de HBSC-studie, gaat het daarbij om meer generieke maten (zoals depressie-/angstklachten en internaliserende problemen), en kan geen specifiek onderscheid worden gemaakt naar depressieklachten. In geen van de monitorstudies worden depressieve

32 Gepresenteerde cijfers over depressie(-gerelateerde) klachten hadden betrekking op 20 verschillende vragenlijsten.

33 Bijvoorbeeld: de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) wordt zowel in de Gezondheidsmonitor Jeugd als in de HBSC-studie afgenomen, maar met gebruik van verschillende afkapwaarden.

34 Een studie met herhaalde metingen bij dezelfde (steekproef van een) populatie.

35 Doetinchem Cohort Studie; GLOBE studie; iBerry Study; ERGO; NEO studie; PIAMA studie; RADAR.

36 Een studie met herhaalde cross-sectionele metingen bij telkens een nieuwe (steekproef van een) populatie

of aanverwante stoornissen vastgesteld. Er zijn twee aanvullende monitors geïdentificeerd die op regionaal niveau depressie(-gerelateerde) gegevens verzamelen bij hogeschoolstudenten, maar waarover (nog) geen prevalentiecijfers zijn gepubliceerd ten tijde van het opstellen van dit rapport.³⁷

Tabel 4.1 Overzicht van de cohortstudies (n=12) en monitorstudies (n=9) op basis waarvan prevalentiecijfers over depressieproblematiek zijn gepresenteerd in dit rapport, uitgesplitst naar doelgroep, schaalniveau van gegevensverzameling en type depressieproblematiek. Voor cohortstudies is dit geen volledig overzicht van gepubliceerde prevalentiecijfers: de focus lag onder andere op baselinemetingen.

Doelgroep	Schaalniveau	Cohortstudies			Monitorstudies		
		Depressieve stoornis ^a	Depressie/depressieklachten ^b	Depressie-gerelateerde klachten ^b	Depressieve stoornis ^a	Depressie/depressieklachten ^b	Depressie-gerelateerde klachten ^b
Volwassenen (v)	Landelijk	NEMESIS-2				Gezondheidsenquête	Gezondheidsenquête; Gezondheidsmonitor v & o
	Regionaal	Lifelines					Gezondheidsmonitor v & o
	Lokaal						Gezondheidsmonitor v & o
Ouderen (o)	Landelijk					Gezondheidsenquête	Gezondheidsenquête; Gezondheidsmonitor v & o
	Regionaal	LASA	LASA				Gezondheidsmonitor v & o
	Lokaal		AMSTEL; Leiden 85+				Gezondheidsmonitor v & o
Jongvolwassenen (jv); jongeren (j)	Landelijk	NEMESIS-2 (jv)				Gezondheidsenquête (jv & j)	Gezondheidsenquête (jv & j); Gezondheidsmonitor (j); HBSC (j)
	Regionaal	TRAILS (jv)		TRAILS (j)		FIVE (jv); JEJG (j)	FIVE (jv); Gezondheidsmonitor (j); JEJG (j); Check (j)
	Lokaal					JEJG (j)	Gezondheidsmonitor (j); JEJG (j); Check (j)
Werknemers en zelfstandigen	Landelijk	NEMESIS-2		MCS ^c			NEA; ZEA
	Regionaal						
	Lokaal						

³⁷ Studentengezondheidstest; Studenten Welzijnsonderzoek (voorlopige naam).

Doelgroep	Schaalniveau	Cohortstudies			Monitorstudies		
		Depressieve stoornis ^a	Depressie/depressieklachten ^b	Depressie-gerelateerde klachten ^b	Depressieve stoornis ^a	Depressie/depressieklachten ^b	Depressie-gerelateerde klachten ^b
Zwangere/recent bevallen vrouwen	Landelijk						
	Regionaal						
	Lokaal		ABCD; Generation R	ABCD			
Chronisch lichamelijk zieken	Landelijk	NEMESIS-2					
	Regionaal	Lifelines (diabetes)					
	Lokaal		LRGP (diabetes); Nieuwe Hoorn studie (diabetes)	Nieuwe Hoorn studie (diabetes)			
Personen met een migratieachtergrond	Landelijk					Gezondheidsenquête	Gezondheidsenquête
	Regionaal						
	Lokaal		ABCD; Generation R; HELIUS	ABCD			

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, het standaard classificatiesysteem van psychische aandoeningen.

a Vastgesteld met een diagnostisch instrument en conform DSM-criteria; b Zelfrapportage via bestaande vragenlijsten of zelfontwikkelde vragen; C Met een accent op Limburg

Beperkingen van de inventarisatie

Er kunnen databronnen zijn gemist. Verder biedt deze inventarisatie geen volledig overzicht van gepubliceerde prevalentiegegevens over depressieproblematiek uit de cohortstudies: de focus lag bij cijfers op baseline metingen. Wanneer op basis van een cohortstudie een veelheid aan gepubliceerde 'baseline' prevalentiecijfers is gepubliceerd is de pragmatische keuze gemaakt om de meest essentiële prevalentiecijfers te presenteren.³⁸

Beleidsrelevantie van de inventarisatie

De inventarisatie maakt inzichtelijk welke cijfers over het vóórkomen van depressieproblematiek beschikbaar zijn voor welke groepen in de algemene bevolking op welk schaalniveau (landelijk, regionaal of lokaal). Daarbij sluit de inventarisatie aan op diverse risicogroepen voor depressieproblematiek (jongeren en jongvolwassenen, werknemers, zwangere of recent bevallen vrouwen en chronisch lichamelijk zieken) die reeds aandacht krijgen in het Meerjarenprogramma (MJP) Depressiepreventie. De prevalentiecijfers wijzen ook op een aanvullende doelgroep voor depressiepreventie: personen met een niet-Westerse migratieachtergrond.³⁹

38 In het geval van NEMESIS-2 zijn bijvoorbeeld alleen jaarprevalenties van depressieve stoornis en angststoornis gepresenteerd.

39 In het Themarapport Zicht op Depressie (2018) werd op basis van de epidemiologische literatuur gewezen op twee andere aanvullende – deels overlappende – doelgroepen voor depressiepreventie: mensen met een

Daarnaast brengt deze inventarisatie belangrijke gegevenslacunes in kaart. Zo ontbreekt het aan landelijke representatieve gegevens over de prevalentie van depressieve en aanverwante stoornissen bij jongeren tot 18 jaar en oudere personen van 65 jaar of ouder. Voor de oudere leeftijdsgroep zal dit hiaat worden opgevuld door NEMESIS-3, een vervolg op en uitbreiding van de bevolkingsstudie NEMESIS-2. Naast volwassenen in de leeftijd van 18-64 jaar, worden ook oudere personen van 65 jaar of ouder meegenomen. Prevalentiegegevens op basis van NEMESIS-3 komen naar verwachting in 2021 beschikbaar.

Naast prevalentiecijfers leveren zowel de cohort- als monitorstudies andere relevante informatie voor beleid.⁴⁰ Het volgen in de tijd van onderzoekdeelnemers in cohortstudies biedt zicht op het ontstaan, het beloop en de gevolgen van gemeten depressieproblematiek bij onderzochte doelgroepen, alsook op welke risicofactoren en beschermende factoren hierbij een rol spelen. Deze kennis is relevant voor het efficiënt en effectief kunnen inrichten en vormgeven van preventie en zorg. Gegevens van monitorstudies zijn in dit kader ook bruikbaar omdat hiermee factoren kunnen worden geïdentificeerd die samenhangen met het vóórkomen van depressie(-gerelateerde) klachten. Verder kunnen aan de hand van monitorstudies trends in de prevalentie van gemeten depressie(-gerelateerde) klachten in de tijd worden gevolgd, wat relevante informatie is bij bijvoorbeeld het evalueren van ingezet beleid. Sommige cohortstudies bieden ook informatie over verandering in prevalenties in de tijd omdat zij opnieuw worden uitgevoerd, of omdat binnen een bestaande studie met een nieuw cohort wordt gestart.

Het MJP Depressiepreventie ambieert het aantal mensen met een depressieve stoornis fors omlaag te brengen in het komende decennium. Hiertoe wordt gewerkt aan een sluitende ketenaanpak voor een zestal risicogroepen: jongeren, jonge vrouwen (onder wie pas bevallen vrouwen), werknemers in stressvolle beroepen, huisartspatiënten met signalen van (beginnende) depressie, chronisch zieken en (overbelaste) mantelzorgers. Het ministerie van VWS en de Stuurgroep van het MJP Depressiepreventie hebben aan het Trimbos-instituut gevraagd om – in samenwerking met betrokken organisaties – te monitoren of de ambitie van het MJP Depressiepreventie wordt gerealiseerd, ook om waar nodig tussentijds bij te kunnen sturen. Een onderdeel van deze monitor behelst het volgen van de ontwikkelingen in het vóórkomen van depressieproblematiek in de algemene bevolking (kortweg: populatieprevalentie) op basis van bestaande databronnen.⁴¹ Deze inventarisatie biedt een goede basis om een selectie te maken van geschikte databronnen.

lage sociaaleconomische status en mensen die stressvolle levensgebeurtenissen hebben meegemaakt (zoals overlijden of scheiding van de partner, verlies van werk, of verlies van een substantieel deel van het inkomen).

40 Echter, het op een rij zetten en presenteren van deze informatie maakte geen deel uit van deze inventarisatie

41 Naast de populatieprevalentie zal de zorgprevalentie worden gemonitord, om ook zicht te krijgen op (veranderingen in) de omvang van de groep personen met depressieproblematiek die gebruik maken van preventie of zorg in de keten.

Referenties

Beekman AT, Deeg DJ, van Tilburg T, Smit JH, Hooijer C, van Tilburg W (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of affective disorders* **36**, 65–75.

van Beijsterveldt CEM, Groen-Blokhuis M, Hottenga JJ, Frani S, Hudziak JJ, Lamb D, Huppertz C, de Zeeuw E, Nivard M, Schutte N, Swagerman S, Glasner T, van Fulpen M, Brouwer C, Stroet T, Nowotny D, Ehli EA, Davies GE, Scheet P, Orlebeke JF, Kan K-J, Smit D, Dolan C V, Middeldorp CM, de Geus EJC, Bartels M, Boomsma DI (2013). The Young Netherlands Twin Register (YNTR): longitudinal twin and family studies in over 70,000 children. *Twin research and human genetics : the official journal of the International Society for Twin Studies* **16**, 252–67.

Blom EA, Jansen PW, Verhulst FC, Hofman A, Raat H, Jaddoe VW V, Coolman M (2010). Perinatal complications increase the risk of postpartum depression . The Generation R Study, 9–13.

Bot M, Middeldorp CM, De Geus EJC, Lau HM, Sinke M, Van Nieuwenhuizen B, Smit JH, Boomsma DI, Penninx BWJH (2017). Validity of LIDAS (Lifetime Depression Assessment Self-report): A self-report online assessment of lifetime major depressive disorder. *Psychological Medicine* **47**, 279–289.

Bouwman V, Adriaanse MC, Riet E Van, Snoek FJ, Jacqueline M (2010). Depression , Anxiety and Glucose Metabolism in the General Dutch Population : The New Hoorn Study. **5**, 1–7.

Comijs HC, van Marwijk HW, van der Mast RC, Naarding P, Oude Voshaar RC, Beekman AT, Boshuisen M, Dekker J, Kok R, de Waal MW, Penninx BW, Stek ML, Smit JH (2011). The Netherlands study of depression in older persons (NESDO); a prospective cohort study. *BMC Research Notes* **4**, 524.

van Eijsden M, Vrijkotte TGM, Gemke RBJ, van der Wal MF (2011). Cohort profile: the Amsterdam Born Children and their Development (ABCD) study. *International journal of epidemiology* **40**, 1176–86.

Goedhart G, Snijders AC, Hesselink AE, van Poppel MN, Bonsel GJ, Vrijkotte TGM (2010). Maternal depressive symptoms in relation to perinatal mortality and morbidity: results from a large multiethnic cohort study. *Psychosomatic medicine* **72**, 769–76.

Grobbee DE, Hoes AW, Verheij TJM, Schrijvers AJP, Ameijden EJC Van, Numans ME (2005). The Utrecht Health Project : Optimization of routine healthcare data for research, 285–287.

de Graaf R, ten Have M, van Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.

de Graaf R, Tuithof M, van Dorsselaer S, ten Have M. Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van NEMESIS-2. Utrecht: Trimbos-instituut; 2011.

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. HBSC 2017. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht; Utrecht: Trimbos-instituut; Den Haag: SCP; 2018

Hoogendijk EO, Deeg DJH, Poppelaars J, van der Horst M, Broese van Groenou MI, Comijs HC, Pasmaan HRW, van Schoor NM, Suanet B, Thomése F, van Tilburg TG, Visser M, Huisman M (2016). The Longitudinal Aging Study Amsterdam: cohort update 2016 and major findings. *European journal of epidemiology* **31**, 927–45.

Kant IJ, Bültmann U, Schröer KAP, Beurskens AJHM, Van Amelsvoort LGPM, Swaen GMH (2003). An epidemiological approach to study fatigue in the working population: the Maastricht Cohort Study. *Occupational and environmental medicine* **60 Suppl 1**, i32-9.

Knol MJ, Heerdink ER, Egberts ACG, Geerlings MI, Gorter KJ, Numans ME, Grobbee DE, Klungel OH, Burger H (2007). Depressive symptoms in subjects with diagnosed and undiagnosed type 2 diabetes. *Psychosomatic medicine* **69**, 300–5.

Koelwijjn JM, Sluijs AM, Vrijkotte TGM (2017). Possible relationship between general and pregnancy-related anxiety during the first half of pregnancy and the birth process : a prospective cohort study, 1–12.

Kooijman MN, Kruithof CJ, Duijn CM Van, Jaddoe VW V (2017). The Generation R Study : design and cohort update 2017, 1243–1264.

Meurs M, Roest AM, Wolffenbuttel BHR, Stolk RP, De Jonge P, Rosmalen JGM (2016). Association of depressive and anxiety disorders with diagnosed versus undiagnosed diabetes: An epidemiological study of 90,686 participants. *Psychosomatic Medicine* **78**, 233–241.

Hooftman WE, Mars GMJ, Janssen B, De Vroome EMM, Janssen BJM, Ramaekers MMMJ, Van den Bossche SNJ. Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2017. Methodologie en globale resultaten. Leiden: TNO; Heerlen: CBS; 2018.

Ormel J, Oldehinkel AJ, Sijtsma J, Van Oort F, Raven D, Veenstra R, Vollebergh WAM, Verhulst FC (2012). The TRacking Adolescents' Individual Lives Survey (TRAILS): Design, current status, and selected findings. . Elsevier Inc. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* **51**, 1020–1036.

Ormel J, Raven D, Van Oort F, Hartman CA, Reijneveld SA, Veenstra R, Vollebergh WAM, Buitelaar J, Verhulst FC, Oldehinkel AJ (2015). Mental health in Dutch adolescents: A TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. *Psychological Medicine* **45**, 345–360.

Penninx BWJH, Beekman ATF, Smit JH, Zitman FG, Nolen WA, Spinhoven P, Cuijpers P, De Jong PJ, Van Marwijk HWJ, Assendelft WJJ, Van Der Meer K, Verhaak P, Wensing M, De Graaf R, Hoogendijk WJ, Ormel J, Van Dyck R, NESDA Research Consortium (2008). The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA): rationale, objectives and methods. *International journal of methods in psychiatric research* **17**, 121–40.

Ringoot AP, Tiemeier H, Jaddoe VW V, So P (2015). Parental depression and child well-being : young children ' s self-reports helped addressing biases in parent reports. *Journal of Clinical Epidemiology* **68**, 928–938.

Rutters F, Nijpels G, Elders P, Stehouwer CDA, Heijden AA Van Der, Groeneveld L, Hart LMT, Dekker JM, Beulens JWJ (2018). Cohort Profile : The Hoorn Studies

Schoevers RA, Geerlings MI, Beekman AT, Penninx BW, Deeg DJ, Jonker C, Van Tilburg W (2000). Association of depression and gender with mortality in old age. Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* **177**, 336–42.

Scholtens S, Dotinga A, Stolk RP, van Zon SK, van Dijk F, Wijmenga C, Vonk JM, Bakker SJ, Swertz MA, Wolffenbuttel BH, Smidt N (2014). Cohort Profile: LifeLines, a three-generation cohort study and biobank. *International Journal of Epidemiology* **44**, 1172–1180.

Snijder MB, Galenkamp H, Prins M, Derks EM, Peters RJG, Zwinderman AH, Stronks K (2017). Cohort profile : the Healthy Life in an Urban Setting (HELIUS) study in Amsterdam , The Netherlands, 1–11.

Stek ML, Gussekloo J, Beekman ATF, Van Tilburg W, Westendorp RGJ (2004). Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: The Leiden 85-plus study. *Journal of Affective Disorders* **78**, 193–200.

Verhulst FC, van der Ende J, Ferdinand R, Kasius MC (1997). De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Nederlandse adolescenten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* **141**,777-781.

Willemsen G, Vink JM, Abdellaoui A, den Braber A, van Beek JHDA, Draisma HHM, van Dongen J, van 't Ent D, Geels LM, van Lien R, Ligthart L, Kattenberg M, Mbarek H, de Moor MHM, Neijts M, Pool R, Stroo N, Klufft C, Suchiman HED, Slagboom PE, de Geus EJC, Boomsma DI (2013). The Adult Netherlands Twin Register: twenty-five years of survey and biological data collection. *Twin research and human genetics : the official journal of the International Society for Twin Studies* **16**, 271–81.

Zicht op depressie: de aandoening, preventie en zorg. **Nuijen J, Van Bon-Martens (eindredactie)**. Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg. Utrecht: Trimbos-instituut; 2018.

