Geestelijke ongezondheid in Nederland in kaart gebracht

Een beschrijving van de MHI-5 in de gezondheids-module van het Permanent Onderzoek Leefsituatie

Marian Driessen

Publicatiedatum CBS-website: 17 januari 2011

Centraal Bureau voor de Statistiek

Verklaring van tekens

.	=	gegevens ontbreken
*	=	voorlopig cijfer
**	=	nader voorlopig cijfer
x	=	geheim
–	=	nihil
–	=	(indien voorkomend tussen twee getallen) tot en met
0 (0,0)	=	het getal is kleiner dan de helft van de gekozen eenheid
niets (blank)	=	een cijfer kan op logische gronden niet voorkomen
2010–2011	=	2010 tot en met 2011
2010/2011	=	het gemiddelde over de jaren 2010 tot en met 2011
20109/'11	=	oogstjaar, boekjaar, schooljaar enz., beginnend in 2010 en eindigend in 2011
2008/'09–2010/'11	=	oogstjaar, boekjaar enz., 2008/'09 tot en met 2010/'11

In geval van afronding kan het voorkomen dat het weergegeven totaal niet overeenstemt met de som van de getallen.

Colofon

Uitgever
Centraal Bureau voor de Statistiek
Henri Faasdreef 312
2492 JP Den Haag

Prepress
Centraal Bureau voor de Statistiek - Grafimedia

Omslag
TelDesign, Rotterdam

Inlichtingen
Tel. (088) 570 70 70
Fax (070) 337 59 94
Via contactformulier: www.cbs.nl/infoservice

Bestellingen
E-mail: verkoop@cbs.nl
Fax (045) 570 62 68

Internet
www.cbs.nl

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen, 2011.
Verveelvoudiging is toegestaan, mits het CBS als bron wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting 4

1. Inleiding 5

1.1 Achtergrond 5
1.2 Leeswijzer 5

2. Permanent Onderzoek Leefsituatie 7

2.1 Module gezondheid 7
2.2 Invoering van de MHI-5 7

3. Beschrijving van de MHI-5 8

3.1 Hoe wordt de MHI-5 gemeten? 8
3.2 Wat meet de MHI-5 precies? 8

4. Bepaling van een afkappunt voor de MHI-5 9

4.1 Literatuur 9
4.2 Keuze CBS 9

5. Geestelijke ongezondheid naar kenmerken van de Nederlandse bevolking 11

5.1 Dynamische Stress-Kwetsbaarheidsmodel 11
5.2 Spreidingsresultaten geestelijke ongezondheid 12
5.3 Tijdstrend 21

6. Vergelijking van de POLS-uitkomsten met ander onderzoek 23

6.1 Totale prevalentie van geestelijke ongezondheid en trend 23
6.2 Spreiding van geestelijke ongezondheid over de bevolking 24

7. Discussie en suggesties voor verder onderzoek 26

Literatuur 27

Bijlagen 29

A Percentage geestelijke ongezondheid naar achtergrondkenmerken 29
B Multivariate analyse 31

Samenvatting

Geestelijke ongezondheid vormt een groot deel van de totale ziektelast onder de volwassen Nederlandse bevolking. Wanneer iemand kampt met psychische problemen, dan heeft dat negatieve gevolgen niet alleen voor de persoon zelf, maar ook voor de maatschappij als geheel. Preventie of vroegtijdige behandeling van deze problemen is daarom zeer wenselijk. Gedetailleerde informatievoorziening over de prevalentie van geestelijke ongezondheid in de bevolking kan hierbij helpen.

Ook het CBS verzamelt informatie over geestelijke ongezondheid. Zij doet dit met behulp van de gezondheidsenquête die deel uitmaakt van het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS). Sinds 2001 zijn in deze enquête vragen opgenomen waarmee de Mental Health Inventory 5 (MHI-5) kan worden berekend. Op basis van iemands MHI-5 score kan worden bepaald hoe het is gesteld met zijn/haar geestelijke gezondheid.

De MHI-5 wordt gemeten op een schaal van 0 tot 100. Hoe lager de score, hoe slechter de geestelijke gezondheid van de persoon. Het is echter niet zo dat iedereen die lager dan 100 scoort ook echt last heeft van psychische klachten. Om te kunnen bepalen welke mensen daadwerkelijk met geestelijke problemen kampen, moet er een grens (een afkappunt) vastgesteld worden. Iemand die lager dan die grens scoort, valt dan onder de categorie ‘ongezond’ en degenen die boven de grens scoren, zijn ‘gezond’.

Literatuuronderzoek wijst uit dat er (nog) geen formeel internationaal afkappunt voor de MHI-5 is gedefinieerd. Het CBS heeft er daarom voor gekozen om het enige andere Nederlandse onderzoek op dit gebied te volgen. Dit onderzoek, uitgevoerd door TNO, heeft geresulteerd in een afkappunt van 60. Dat wil zeggen dat iedereen met een MHI-5 score van boven de 60 geestelijk gezond is, en dat iedereen met een score van 60 of minder wordt geclassificeerd als ongezond.

Met de resultaten uit de gezondheidsenquête kan aan de hand van verschillende demografische, geografische, sociaaleconomische en leefstijlkenmerken een beeld worden geschetst van de spreiding van geestelijke ongezondheid onder de volwassen Nederlandse bevolking. Uit de resultaten komt naar voren dat er een aantal specifieke bevolkingsgroepen is waarbinnen de prevalentie van psychische klachten relatief hoog is. Het gaat hierbij om de volgende groepen: vrouwen, ouderen (75 jaar of ouder), laag opgeleiden, personen met een laag inkomen, niet-westerse allochtonen (met name Turken en Marokkanen), inwoners van zeer sterk verstedelijkte gebieden, alleenstaanden, arbeidsongeschikten en werklozen, lichamelijk ongezonden, personen die zeer weinig contact hebben met familie en/of vrienden, moslims, personen die nooit alcohol drinken en personen die elke dag roken.

De resultaten van de gezondheidsenquête zijn vergeleken met andere (inter)nationale studies naar geestelijke gezondheid. Gebleken is dat de resultaten van de gezondheidsenquête zowel wat betreft de totale prevalentie van geestelijke ongezondheid als qua verdeling over de bevolking, goed overeenkomen met de resultaten uit ander onderzoek. Dit toont aan dat MHI-5 data uit de gezondheidsenquête gebruikt kan worden voor nader (beleids)onderzoek naar geestelijke ongezondheid in Nederland.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Psychische klachten zoals depressie of angststoornissen staan wereldwijd in de top vier van meest voorkomende ziekten. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2001) verwacht dat er de komende jaren meer mensen met psychische problemen bij zullen blijven komen. Ook in Nederland vormen psychische stoornissen een groot deel van de totale ziektelast onder de volwassen bevolking. Het vermoeden bestaat zelfs dat het probleem wordt onderschat, enerzijds omdat artsen de klachten niet altijd (h)erkennen en anderzijds omdat niet iedereen met klachten daadwerkelijk professionele hulp zoekt (van der Stel, 2004).

Wanneer iemand kampt met een minder goede geestelijke gezondheid, dan kan dat verstrekkende negatieve gevolgen hebben voor de persoon zelf, maar ook voor zijn/haar naaste omgeving en de maatschappij als geheel. Bij persoonlijk leed kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het verlies van werk en inkomen als gevolg van ontslag of arbeidsongeschiktheid, sociale uitsluiting, bijkomende fysieke klachten en zelfmoordneigingen. Mensen in de naaste omgeving zullen proberen de persoon emotioneel en lichamelijk te steunen. Daarnaast komt een deel van de kosten voor de gezondheidszorg voor hun rekening. De maatschappelijke kosten bestaan onder ander uit het verlies aan productiviteit door ziekteverzuim en sociale uitgaven in het kader van arbeidsongeschiktheid (Maas e.a., 2000; WHO, 2001).

Gezien de gevolgen van psychische problemen is preventie of vroegtijdige behandeling van deze klachten zeer wenselijk. Hiervoor is het van belang dat er gedetailleerde informatie beschikbaar komt over het vóórkomen van geestelijke ongezondheid in de bevolking (inclusief ontwikkelingen in de tijd) en over de determinanten van psychische klachten. Op die manier kunnen risicogroepen worden onderscheiden waar vervolgens binnen het gezondheidsbeleid extra aandacht aan kan worden besteed.

Het CBS kan een bijdrage leveren aan deze informatiebehoefte. In de module gezondheid van het Permanent Onderzoek Leefsituatie van het CBS wordt naast de lichamelijke gezondheid ook de geestelijke gezondheid van de bevolking gemeten. Dit gebeurt onder andere aan de hand van de Mental Health Inventory 5 (MHI-5). In dit rapport wordt uitgebreid beschreven hoe het CBS de geestelijke ongezondheid op basis van de MHI-5 meet. Vervolgens wordt aan de hand van de onderzoeksresultaten een algemeen beeld geschetst van de spreiding van psychische ongezondheid over de Nederlandse bevolking. Op basis van de informatie in dit rapport kunnen in een later stadium meer gedetailleerde analyses worden uitgevoerd.

1.2 Leeswijzer

Het rapport is als volgt opgezet. In hoofdstuk 2 wordt uitgelegd hoe de gezondheidsenquête van het CBS is opgezet en wat de relatie is met het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS). Ook wordt vermeld hoe en wanneer de vragen over geestelijke gezondheid in de enquête terecht zijn gekomen. Geestelijke gezondheid wordt in de gezondheidsenquête gemeten aan de hand van de MHI-5. Een beschrijving van deze gezondheidsmaat is het onderwerp van hoofdstuk 3. Eerst wordt uiteengezet op welke manier de MHI-5-score van een persoon wordt bepaald en daarna wordt dieper ingegaan op de vraag wat de MHI-5 eigenlijk precies meet en waar deze voor kan worden gebruikt.

De MHI-5 wordt gemeten op een schaal van 0 tot 100, waarbij een hogere score een betere geestelijke gezondheid betekent. Om de bevolking te kunnen verdelen in een ‘gezond’ en een ‘ongezond’ deel, moet er voor deze schaal een afkappunt bepaald worden dat de grens tussen gezond en ongezond weergeeft. Dit is gedaan in hoofdstuk 4. Na een beschouwing van de (inter)nationale literatuur op dit gebied, wordt uitgelegd welke keuze het CBS hierin heeft gemaakt.

In hoofdstuk 5 worden de resultaten uit de gezondheidsenquête gepresenteerd. Aan de hand van verschillende demografische, geografische, sociaaleconomische en leefstijlkenmerken is een beeld geschetst van de spreiding van geestelijke ongezondheid over de Nederlandse bevolking en de ontwikkeling van deze ongezondheid tussen 2001 en 2009. Om de resultaten van het CBS op waarde te kunnen schatten, worden in hoofdstuk 6 ten slotte de bevindingen uit hoofdstuk 5 vergeleken met de resultaten van ander (inter)nationaal onderzoek op het gebied van geestelijke ongezondheid.

2. Permanent Onderzoek Leefsituatie

2.1 Module gezondheid

Het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) is in 1997 gestart als een grootschalig jaarlijks onderzoek van het CBS naar allerlei onderwerpen die te maken hebben met leefsituatie, zoals gezondheid, arbeidsomstandigheden, veiligheid, tijdsbesteding en wonen (CBS, 2005). Tot 2005 bestond het onderzoek uit een aantal verschillende modules. Deelnemers aan het onderzoek kregen eerst een basisvragenlijst voorgelegd waarin gecoördineerde vragen werden gesteld over demografische en sociaaleconomische kenmerken van deze personen. De verschillende modules die betrekking hadden op de verschillende leefsituatieonderwerpen werden daarna ieder aan een deel van de respondenten voorgelegd. Sinds 2005 bestaat POLS alleen nog uit de module “gezondheid”.

Het doel van de POLS-module gezondheid (de gezondheidsenquête) is om een zo volledig mogelijk beeld te geven van de gezondheidstoestand, medische consumptie en leefstijl van de Nederlandse bevolking en de ontwikkelingen daarin door de jaren heen. De doelgroep van het onderzoek bestaat uit alle in Nederland woonachtige personen van 0 jaar en ouder in particuliere huishoudens. Personen in institutionele huishoudens, zoals instellingen, inrichtingen en tehuizen, worden buiten beschouwing gelaten (dit betreft ongeveer 1,3 procent van de totale bevolking). De netto steekproef voor de gezondheidsenquête bestaat ieder jaar uit ongeveer 10 duizend personen en is representatief voor de niet-institutionele bevolking van Nederland (CBS, 2010).

Het onderzoek bestaat uit een enquête die door interviewers bij de respondenten thuis wordt afgenomen met behulp van een laptop. Deze interviewmethode wordt ook wel Computer Assisted Personal Interviewing (CAPI) genoemd. Na afloop van het interview wordt aan alle personen van 12 jaar en ouder gevraagd of zij ook nog een papieren vragenlijst in willen vullen en terugsturen. Deze vragenlijst bevat onderwerpen die mogelijk gevoelig liggen en die de respondenten dus het beste zelf kunnen invullen.

2.2 Invoering van de MHI-5

Geestelijke gezondheid wordt in POLS-gezondheid gemeten aan de hand van een vijftal vragen: de Mental Health Inventory 5 (MHI-5). Deze vragen hebben niet altijd in de gezondheidsenquête van het CBS gezeten, maar zijn erin gekomen na een herziening van de gezondheidsvragen in 1999 (Botterweck e.a., 2003). De revisie van de gezondheidsvragen vond plaats op verzoek van de Centrale Commissie voor de Statistiek en de Commissie van Advies Gezondheid. Deze werd voorbereid door zowel medewerkers van het CBS, als door medewerkers van belangrijke onderzoeksinstanties op het gebied van gezondheid, zoals het RIVM, NIVEL, TNO, de Universiteit van Amsterdam, de Erasmus Universiteit Rotterdam en de Katholieke Universiteit Nijmegen.

Voor de revisie werd psychische gezondheid gemeten met behulp van vragen uit de Affect Balance Scale (Bradburn, 1969). Deze vragen zijn komen te vervallen en in plaats daarvan is de Short Format 12 vragenlijst, een internationale standaard voor een samengestelde maat van fysieke en psychische gezondheid (Ware e.a., 1995) toegevoegd, aangevuld met 3 psychologische items uit de uitgebreidere Short Form Health Survey (SF-36). Met deze 3 losse items en 2 vragen uit de SF-12 kan de MHI-5 berekend worden. De reden dat de ABS-vragen zijn vervangen door de MHI-5 is vanwege de betere internationale vergelijkbaarheid van de laatste: de MHI-5 is een internationale standaard. Bovendien sloot de MHI-5 beter aan bij de actuele wetenschappelijke inzichten (Botterweck e.a., 2003).

De vragen over geestelijke gezondheid worden gesteld in het schriftelijke deel van de POLS-module gezondheid. Ze worden zodoende alleen beantwoord door personen van 12 jaar en ouder (zie paragraaf 2.1). De gereviseerde gezondheidsvragen zijn vanaf 2001 in gebruik.

3. Beschrijving van de MHI-5

3.1 Hoe wordt de MHI-5 gemeten?

Met de Mental Health Inventory 5 kan psychische gezondheid worden gemeten met behulp van 5 basisitems. De vijf MHI-vragen die in de gezondheidsenquête worden gesteld, hebben steeds betrekking op hoe men zich voelde in de afgelopen 4 weken. Gevraagd wordt:

1. Voelde u zich erg zenuwachtig?
2. Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?
3. Voelde u zich kalm en rustig?
4. Voelde u zich neerslachtig en somber?
5. Voelde u zich gelukkig?

Respondenten kunnen voor iedere vraag kiezen uit de volgende 6 antwoordcategorieën: voortdurend, meestal, vaak, soms, zelden of nooit. Op basis van de antwoorden kan een somscore worden berekend (Van der Zee e.a., 1993). Bij de positief geformuleerde vragen (3 en 5) worden voor de verschillende antwoordcategorieën respectievelijk de waarden 5, 4, 3, 2, 1 en 0 toegekend. Bij de negatief geformuleerde vragen (1,2 en 4) geldt precies het tegenovergestelde. Per persoon worden vervolgens de waarden van alle vijf de vragen bij elkaar opgeteld en vermenigvuldigd met 4. Op die manier is de minimale somscore van een persoon gelijk aan 0 en de maximale score gelijk aan 100. Hoe lager de score, hoe slechter de psychische gezondheid van de persoon zoals gemeten met de MHI-5.

3.2 Wat meet de MHI-5 precies?

De MHI-5 is nadrukkelijk niet bedoeld om er psychiatrische diagnoses mee vast te stellen. Het meetinstrument is ontworpen voor gebruik in de algemene bevolking om een beeld te kunnen schetsen van het geestelijk welzijn van die bevolking. Met de MHI-5 kunnen verschillen in psychische gezondheid tussen verschillende bevolkingsgroepen zichtbaar worden gemaakt. Bovendien kan het worden gebruikt om te achterhalen of er zich in de loop van de tijd een bepaalde trend heeft voorgedaan in het geestelijk welzijn (Talala e.a., 2007).

De prevalentie van afzonderlijke stoornissen kan dus niet worden bepaald aan de hand van de MHI-5. Wel kan worden bepaald of iemand last heeft van enigerlei psychische stoornis. Als iemand psychisch ongezond is, dan wil dat zeggen dat er bij die persoon ‘een psychisch of gedragspatroon voorkomt waarbij er sprake is van zichtbaar lijden of onvermogen of waarbij een verhoogd risico op sterfte, pijn en beperkingen optreedt dan wel een belangrijk verlies in autonomie’ (Maas e.a., 2000). Personen die last hebben van psychische problemen onderscheiden zich van personen die dat niet hebben, doordat hun MHI-5 somscore lager is dan een vooraf vastgestelde grens (voor de bepaling van deze grens zie hoofdstuk 4).

Uit diverse onderzoeken is gebleken dat de zelfgerapporteerde psychische ongezondheid via de MHI-5 sterk correleert met diagnoses die door psychiaters worden gesteld (Rumpf e.a., 2001; Hoeymans e.a., 2004; Means- Christensen e.a., 2005). De MHI-5 is vooral een goede voorspeller voor de prevalentie van stemmingsstoornissen en/of angsstoornissen. Psychische problemen die te maken hebben met een middelenstoornis zoals een alcohol- of drugsverslaving, komen via de MHI-5 niet goed naar voren.

4. Bepaling van een afkappunt voor de MHI-5

4.1 Literatuur

Zoals gezegd in paragraaf 3.2, is het mogelijk om aan de hand van de MHI-5 somscore te bepalen of een persoon geestelijk gezond danwel ongezond is. De somscore kan liggen tussen de 0 en de 100. Bij 100 is iemand perfect gezond, een lagere score betekent een slechtere gezondheid. Dit wil echter niet zeggen dat iedereen die lager scoort dan 100 ook echt last heeft van psychische klachten. Om te kunnen bepalen welke mensen daadwerkelijk met geestelijke problemen kampen, moet er een grens (afkappunt) vastgesteld worden. Iemand die lager dan die grens scoort, valt dan onder de categorie 'geestelijk ongezond' en degenen die boven de grens scoren, zijn 'geestelijk gezond'.

In (inter)nationaal onderzoek worden twee verschillende methodes gebruikt om het afkappunt te bepalen. Voor beide methodes worden de uitkomsten van de MHI-5 gerefereerd aan de uitkomsten van ander onderzoek dat uitwijst of een bepaalde persoon wel of geen last heeft van psychische klachten: de 'gouden standaard'. Het afkappunt van de MHI-5 komt dan te liggen op die waarde waarbij de uitkomsten van de MHI-5 het beste overeen komen met de uitkomsten van de gouden standaard.

Bij de eerste methode wordt gebruikt gemaakt van de zogenaamde Receiver Operating Characteristic analyse. Deze analyse gaat uit van twee begrippen: sensitiviteit en specificiteit. De sensitiviteit is het percentage personen dat psychische klachten heeft en ook daadwerkelijk als ongezond wordt geclassificeerd door middel van de MHI-5. De specificiteit is het percentage personen zonder klachten dat door de MHI-5 als gezond wordt aangewezen. Zowel sensitiviteit als specificiteit hangen af van het afkappunt dat wordt gebruikt, waarbij de sensitiviteit stijgt als de specificiteit daalt en vice versa (Means-Christensen e.a., 2005). Het afkappunt komt te liggen bij de score waar beide zo groot mogelijk zijn.
In de tweede methode wordt puur gekeken naar het percentage geestelijk ongezonden in de totale populatie (Perenboom e.a., 2000). Als afkappunt wordt dan aangewezen de score waarbij het percentage ongezonden volgens de MHI-5 het dichtst in de buurt komt van het percentage ongezonden volgens het andere onderzoek.

Er is al veel onderzoek gedaan naar het afkappunt van de MHI-5, maar er is (nog) geen formeel internationaal afkappunt gedefinieerd. De onderzoekers hebben tot nu toe geen consensus bereikt over welk afkappunt het beste is. De gevonden afkappunten lopen uiteen van 60 tot 76 (Perenboom e.a., 2000; Hoeymans e.a., 2004; Yamazaki e.a., 2005; Kelly e.a., 2008). De verschillen worden veroorzaakt door een aantal factoren. Hierbij spelen de gebruikte analysemethode en de keuze voor de gouden standaard een rol, maar bijvoorbeeld ook de cultuur en mentaliteit van de onderliggende populatie: in een land waar mensen snel geneigd zijn te klagen over hun gezondheid, zal het afkappunt lager liggen dan in landen waar dat niet het geval is.

4.2 Keuze CBS

Het CBS heeft er, evenals het RIVM (Eysink e.a., 2010), voor gekozen om de uitkomsten van het enige Nederlandse onderzoek op dit gebied te volgen. Dat onderzoek (Perenboom e.a., 2000) is uitgevoerd door TNO onder een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking. Er is gebruik gemaakt van de tweede analysemethode zoals hierboven beschreven. Als gouden standaard zijn de resultaten genomen van het NEMESIS onderzoek (Vollebergh e.a., 2003), waarin op basis van het door de WHO ontwikkelde Composite International Diagnostic Interview psychiatrische diagnosen bij de ondervraagden zijn vastgesteld.

De conclusie van het TNO onderzoek is dat het afkappunt van de MHI-5 ligt bij een somscore van 60. Dit wil zeggen dat iedereen met een MHI-score van meer dan 60 geestelijk gezond is. Degenen met een score van 60 of minder worden geclassificeerd als

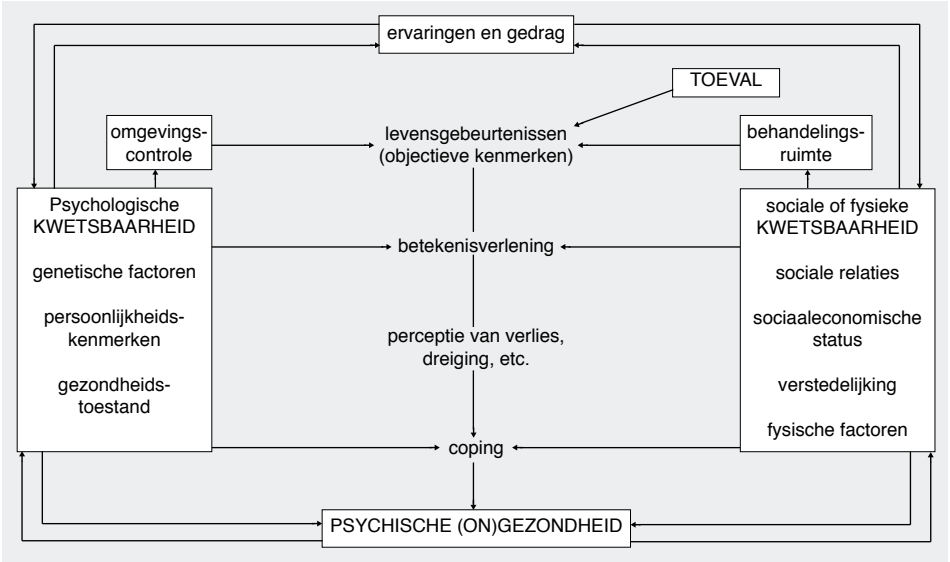
psychisch ongezond. TNO heeft daarnaast ook afkappunten bepaald voor verschillende ernstniveaus van geestelijke ongezondheid: met een score tussen de 45 en 60 is iemand licht ongezond, bij een score tussen de 33 en 44 is er sprake van matige ongezondheid en bij een score van 32 of minder van ernstige ongezondheid.

5. Geestelijke ongezondheid naar kenmerken van de Nederlandse bevolking

5.1 Dynamische Stress-Kwetsbaarheidsmodel

Sommige mensen lopen een grotere kans op het ontwikkelen van psychische klachten dan anderen. In de literatuur wordt hierbij vaak verwezen naar het zogenaamde Dynamische Stress-Kwetsbaarheidsmodel (Maas e.a., 2000). Dit model geeft aan hoe kenmerken van de persoon zelf, de omgeving en gebeurtenissen in het leven elkaar, en daarmee het risico op geestelijke ongezondheid, beïnvloeden. In figuur 1 is het model schematisch weergegeven.

1. Dynamische Stress-Kwetsbaarheidsmodel



Bron: Witte (2004).

Er is sprake van een ingewikkeld samenspel tussen biologische kwetsbaarheid, sociale kwetsbaarheid en lichamelijke kwetsbaarheid, dat bepaalt hoe iemand reageert op zowel negatieve als positieve levensgebeurtenissen. Factoren die invloed kunnen hebben op geestelijke ongezondheid zijn daardoor zeer divers. Gedacht kan worden aan genetisch bepaalde factoren zoals geslacht en persoonlijkheid (geremdheid of sociale vaardigheid), leeftijd, het wel of niet hebben van lichamelijke ziekten, sociale steun, gezinssituatie, eenzaamheid, sociaaleconomische status (opleiding, inkomen en beroep) en traumatische ervaringen (van der Stel, 2004; Maas e.a., 2000).

In de gezondheidsenquête van het CBS worden gegevens verzameld over de meeste van deze achtergrondkenmerken, met uitzondering van de persoonlijkheidskenmerken en traumatische ervaringen. Het is daardoor mogelijk om aan de hand van deze kenmerken te analyseren bij welke bevolkingsgroepen in Nederland geestelijke klachten het meest voorkomen. Dit is het onderwerp van de volgende paragraaf.

Let wel, op basis van de gezondheidsenquête is het echter niet mogelijk om uitspraken te doen over het causale verband tussen de kenmerken en geestelijke gezondheid. Dat komt doordat er geen longitudinale gegevens beschikbaar zijn. Als bijvoorbeeld blijkt dat laagopgeleiden vaker ongezond zijn dan hoogopgeleiden, dan betekent dat niet persé dat een lage opleiding als zodanig leidt tot een hoger risico op psychische problemen. Het kan ook zijn dat het lage opleidingsniveau juist veroorzaakt is door geestelijke klachten.

5.2 Spreidingsresultaten geestelijke ongezondheid

In deze paragraaf wordt aan de hand van verschillende demografische, geografische, sociaaleconomische en leefstijlkenmerken een beeld geschetst van de spreiding van geestelijke ongezondheid over de volwassen Nederlandse bevolking. De doelpopulatie bestaat uit alle in Nederland woonachtige personen van 18 jaar en ouder, met uitzondering van personen in institutionele huishoudens. De cijfers komen uit de gezondheidsenquête, waarbij gegevens over de jaren 2001 t/m 2009 zijn samengevoegd om een zo groot mogelijke steekproef te realiseren. De totale steekproef bestaat daarmee uit 68 022 personen. Omdat niet alle personen de additionele papieren vragenlijst met ondermeer de MHI-5 vragen hebben teruggestuurd, is van 52 137 personen daadwerkelijk de geestelijke gezondheid bekend.

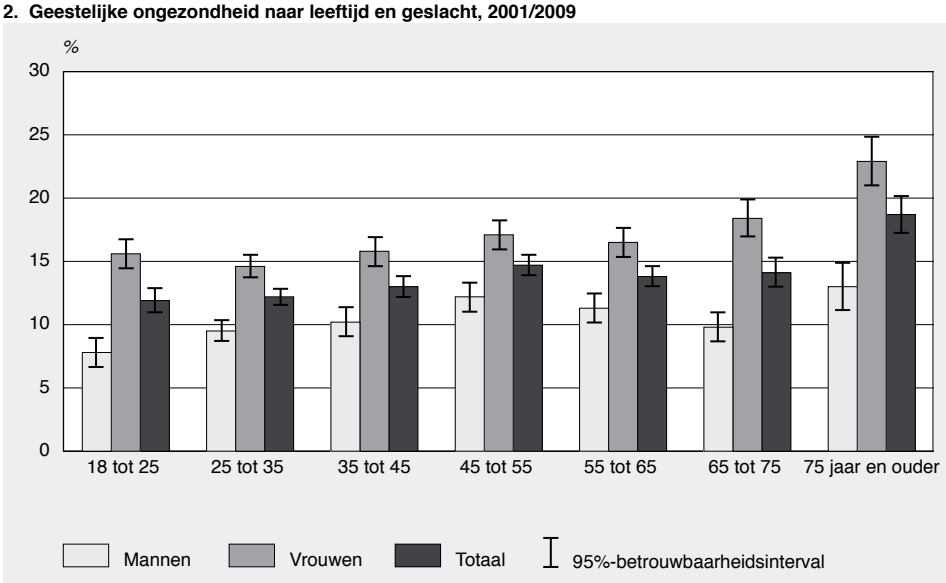
In overeenstemming met het rapport van TNO (Perenboom e.a., 2000), wordt iedereen met een MHI-5 somscore van *60 of minder* tot 'psychisch ongezond' gerekend, zie ook hoofdstuk 4. Volgens deze definitie heeft in totaal 13,7 procent van de volwassen Nederlandse bevolking te maken met een minder goede geestelijk gezondheid. Bij 9,6 procent van de bevolking gaat het daarbij om een lichte vorm van geestelijke ongezondheid, terwijl 2,5 procent last heeft van matige en 1,6 procent van ernstige psychische klachten.

In het vervolg van deze paragraaf wordt per achtergrondkenmerk aangegeven of en welke verschillen in geestelijke gezondheid er bestaan tussen de verschillende groepen binnen dat kenmerk. Om de verschillen te bepalen is gebruik gemaakt van Oneway ANOVA's, waarbij Tukey correcties zijn toegepast voor de post-hoc vergelijkingen (de uitkomsten zijn te vinden in bijlage A). In de tekst wordt per kenmerk de F-waarde met bijbehorend significantieniveau (p) aangegeven. Als p kleiner is dan 0,05, dan wil dat zeggen dat er sprake is van één of meerdere significante verschillen binnen dat kenmerk.

Geslacht (F=419 ; p <0,01)
Van alle vrouwen in Nederland is 16,7 procent geestelijk ongezond. Vrouwen zijn daarmee geestelijk ongezonder dan mannen, van wie 10,5 procent aan psychische klachten lijdt.

Leeftijd (F=18,7 ; p <0,01)
Senioren van 75 jaar en ouder zijn in vergelijking met de rest van de volwassen bevolking duidelijk het ongezondst: van hen heeft 18,7 procent last van psychische klachten. Daarna volgen de personen van middelbare leeftijd (45 tot 55 jaar). Met 14,7 procent ongezonden is de psychische toestand van deze leeftijdsgroep significant minder goed dan die van personen jonger dan 45. Het percentage geestelijk ongezonden is het kleinst bij de jongeren van 18 tot 25 jaar, namelijk 11,9 procent. Zij zijn daarmee significant gezonder dan personen van 45 jaar en ouder.

2. Geestelijke ongezondheid naar leeftijd en geslacht, 2001/2009

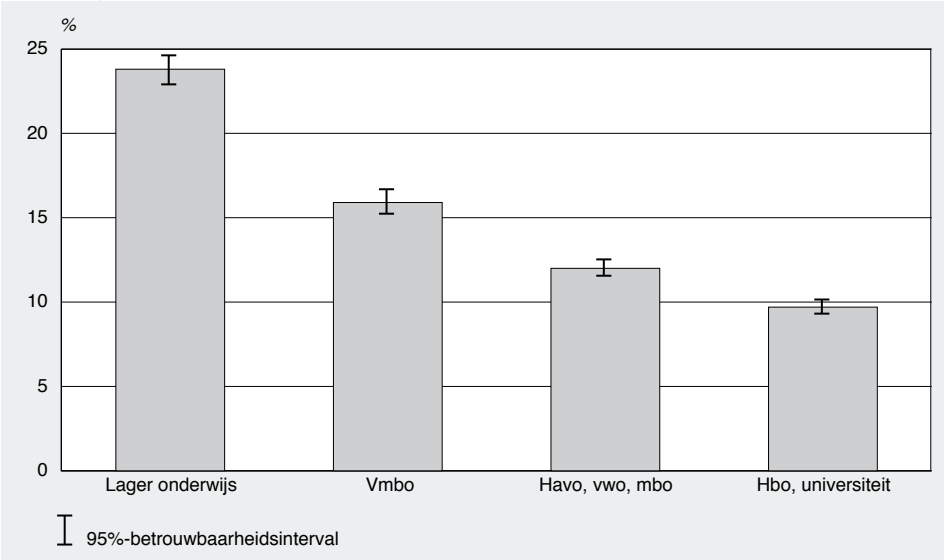


Bron: POLS.

De samenhang tussen geestelijke ongezondheid en leeftijd verschilt per geslacht. Bij mannen zien we met name de relatief slechte gezondheid van de 45 tot 55 jarigen en de relatief goede gezondheid van de jongeren tot 25 jaar terugkomen. Bij de vrouwen zijn psychische klachten daarentegen voornamelijk te vinden bij de oudere leeftijdsgroepen. Vrouwen van 75 jaar en ouder zijn op geestelijk vlak het ongezondst.

Opleidingsniveau (F=290,6 ; p <0,01)
Geestelijke ongezondheid hangt negatief samen met opleidingsniveau[1]. Hoger opgeleiden hebben minder last van psychische klachten dan lager opgeleiden. Van degenen met een hbo- of universitaire opleiding kampt 9,7 procent met geestelijke ongezondheid, tegen 23,8 procent van de personen die alleen het basisonderwijs voltooid hebben. De relatie tussen geestelijke ongezondheid en opleidingsniveau blijft bestaan wanneer gecorrigeerd wordt voor verschillen in leeftijd en geslacht tussen de verschillende bevolkingsgroepen (zie bijlage B).

3. Geestelijke ongezondheid naar opleidingsniveau, 2001/2009



Bron: POLS.

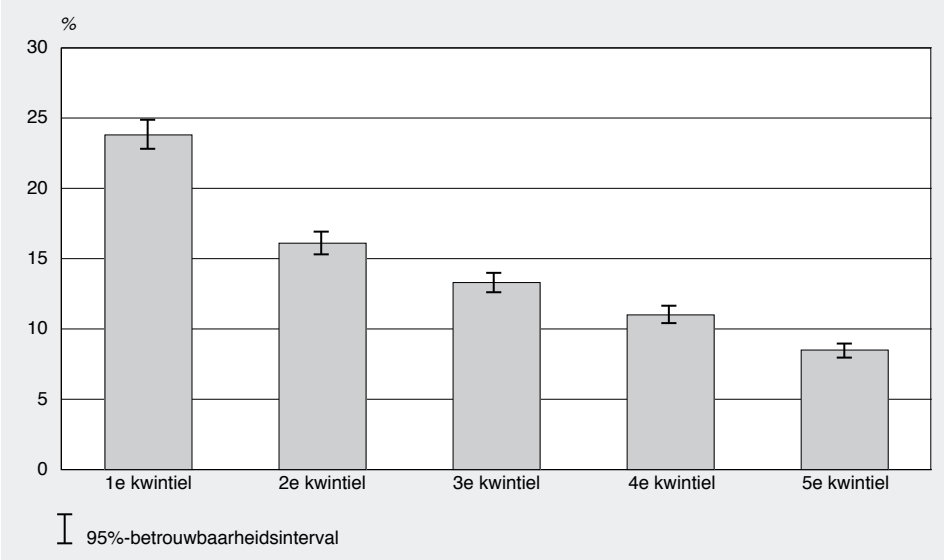
Inkomen (F=262,2 ; p <0,01)
De prevalentie van psychische klachten blijkt ook negatief samen te hangen met inkomen[2]. Hoe lager het besteedbaar inkomen van de huishoudens waar de personen toe behoren, hoe hoger het percentage personen met psychische klachten. Van de personen met de twintig procent laagste huishoudinkomens (het 1e kwintiel) heeft 23,8 procent last van psychische klachten, tegen 8,5 procent van de personen met de twintig procent hoogste inkomens (5e kwintiel). Deze verschillen kunnen deels verklaard worden door de verschillen in opleidingsniveau tussen de inkomensgroepen, maar zelfs na correctie voor verschillen in leeftijd, geslacht en opleidingsnivau blijft het verband tussen geestelijke ongezondheid en inkomen overeind.

---

1) Het gaat hierbij om het hoogstbehaalde opleidingsniveau. Voor personen in de leeftijd van 18 tot 25 is het hoogstgevolgde opleidingsniveau genomen, aangezien zij vaak nog bezig zijn met studeren.

2) Gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen: het besteedbaar huishoudinkomen is gecorrigeerd voor verschillen in de grootte en samenstelling van het huishouden.

4. Geestelijke ongezondheid naar inkomen, 2001/2009



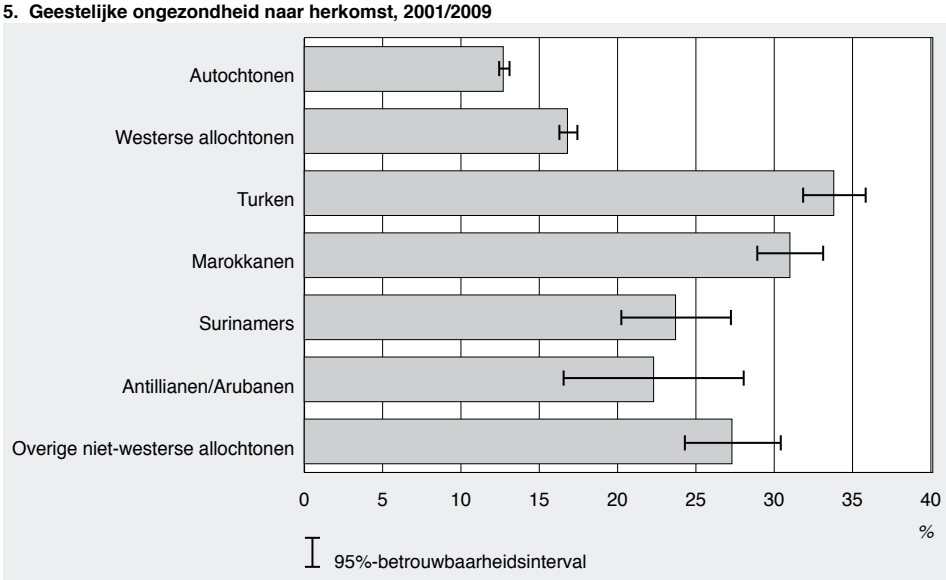
Bron: POLS.

Herkomst (F=82,3 ; p <0,01)

Van de autochtone Nederlanders heeft 12,7 procent te kampen met een minder goede geestelijke gezondheid. Daarmee zijn zij op psychisch vlak gezonder dan allochtone Nederlanders. Bij allochtone Nederlanders komt psychische ongezondheid vaker voor onder de niet-westerse allochtonen (27,6 procent) dan onder de westerse allochtonen (16,8 procent). Uitsplitsing van de niet-westerse allochtonen naar land van herkomst laat zien dat er ook binnen deze groep verschillen in geestelijke gezondheid bestaan. Met 22,3 procent ongezonden zijn de Antillianen en Arubanen bijvoorbeeld niet significant ongezonder dan westerse allochtonen; Turken, Marokkanen en Surinamers (respectievelijk 33,8 , 31 en 23,7 procent) zijn dat wel. Turken hebben significant meer last van psychische klachten dan Surinamers, maar niet dan Marokkanen.

Het verschil in geestelijke ongezondheid tussen westerse allochtonen en niet-westerse allochtonen is voor een deel te verklaren door verschillen in opleidingsniveau en inkomen tussen beide bevolkingsgroepen. Niet-westerse allochtonen zijn over het algemeen lager opgeleid en hebben een lager inkomen dan westerse allochtonen. Desondanks blijven de genoemde verschillen tussen de herkomstgroeperingen gelden wanneer gecorrigeerd wordt voor leeftijd, geslacht, opleiding en inkomen.

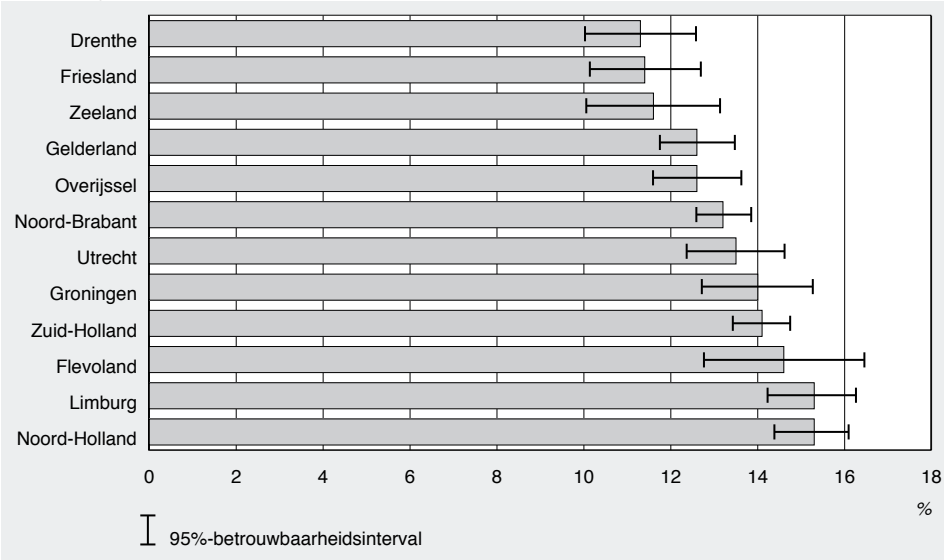
5. Geestelijke ongezondheid naar herkomst, 2001/2009



Bron: POLS.

Provincie (F=5,7 ; p <0,01)
Psychische klachten komen het vaakst voor in Limburg en Noord-Holland. Van alle personen die in deze provincies woonachtig zijn, heeft 15,3 procent last van psychische klachten. Daarmee is de prevalentie van geestelijke ongezondheid in Limburg en Noord-Holland significant hoger dan in Drenthe, Friesland en Zeeland. In deze drie gezondste provincies kampen respectievelijk 11,3 , 11,4 en 11,6 procent van de inwoners met psychische klachten. Een correctie voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en inkomen heeft nauwelijk invloed op deze resultaten.

6. Geestelijke ongezondheid naar provincie, 2001/2009



Bron: POLS.

Stedelijkheidsgraad (F=55,7 ; p <0,01)
Hoe sterker een gebied verstedelijkt is, hoe meer personen last hebben van een minder goede geestelijke gezondheid. In zeer sterk verstedelijkte gebieden is 17,5 procent van de inwoners geestelijk ongezond. Die prevalentie daalt naar 14,8 procent in sterk verstedelijkte gebieden en naar 13 procent in gebieden die een matige verstedelijking kennen. Geestelijke ongezondheid komt het minst voor in weinig of niet verstedelijkte gebieden: beiden kennen minder dan 12 procent ongezonde inwoners, het verschil is niet significant. Dat er geen significant verschil bestaat tussen niet en weinig verstedelijkte gebieden komt doordat er relatief veel mensen met een laag inkomen wonen in de niet-verstedelijkte

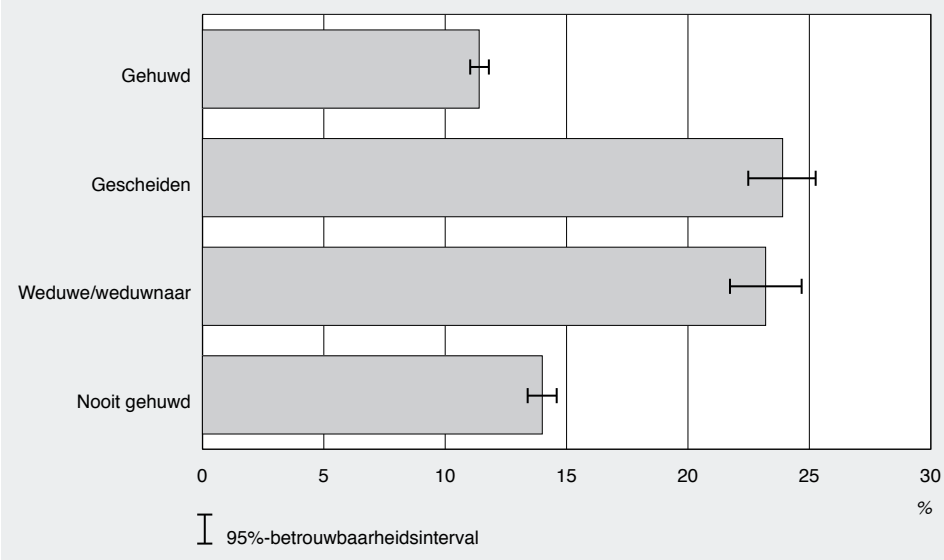
7. Geestelijke ongezondheid naar stedelijkheidsgraad, 2001/2009

Bron: POLS.

gebieden. Wanneer rekening wordt gehouden met dit inkomensverschil blijkt dat weinig verstedelijkte gebieden wel degelijk slechter scoren op geestelijke gezondheid dan niet verstedelijkte gebieden.

Burgerlijke staat (F=229,4 ; p <0,01)
Geestelijke ongezondheid blijkt significant samen te hangen met het hebben of verliezen van een echtgeno(o)t(e). Personen die getrouwd zijn, zijn op geestelijk vlak het gezondst. Van hen heeft 11,4 procent last van psychische klachten. Bij degenen die nog nooit getrouwd zijn, is dat 14 procent. Personen die hun partner hebben verloren, ofwel door een scheiding of doordat hun partner is overleden, zijn het ongezondst. De prevalentie van psychische klachten in deze groepen is respectievelijk 23,9 en 23,2 procent, maar het verschil is niet significant.
Opvallend is dat wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijd, geslacht en opleidingniveau tussen beide bevolkingsgroepen, weduwen/weduwnaars wel een significant betere geestelijke gezondheid blijken te hebben dan personen die zijn gescheiden. Dit komt doordat de groep weduwen/weduwnaars voornamelijk uit vrouwen, personen van 75 jaar en ouder en laagopgeleiden bestaat. Dit zijn allemaal groepen waarbinnen het percentage geestelijk ongezonden relatief hoog is.

8. Geestelijke ongezondheid naar burgerlijke staat, 2001/2009

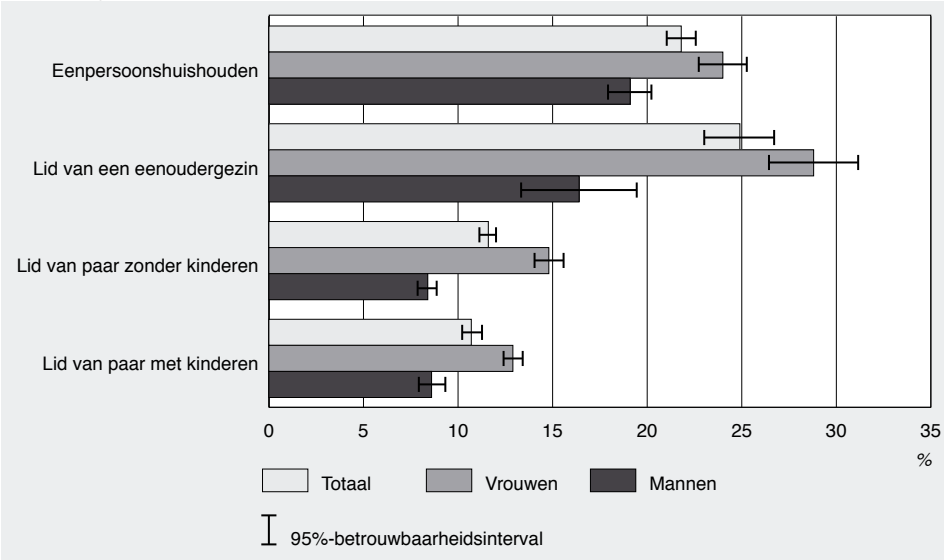


Bron: POLS.

Samenstelling huishouden (F=336,2 ; p <0,01)
Alleenstaanden, al dan niet met thuiswonende kinderen, hebben een minder goede geestelijke gezondheid dan personen die met een partner samenwonen. De meeste psychische klachten komen voor bij leden van een eenoudergezin (24,9 procent), gevolgd door degenen die een eenpersoonshuishouden runnen (21,8 procent). Bij de leden van een (echt)paar zonder thuiswonende kinderen ligt het aandeel ongezonden met 11,6 procent al duidelijk lager. Het gezondst zijn degenen die samenwonen en thuiswonende kinderen hebben. Van hen heeft 10,7 procent last van psychische klachten.
Het hierboven geschetste beeld blijft gelden als alleen naar het vrouwelijke gedeelte van de bevolking wordt gekeken; bij de mannen ligt het iets anders. Ook bij hen hebben alleenstaanden vaker te kampen met psychische klachten dan degenen die samenwonen, maar verder speelt het wel of niet hebben van thuiswonende kinderen niet zo'n grote rol. Mannen die een eenpersoonshuishouden runnen en mannen die deel uitmaken van een eenoudergezin verschillen niet significant van elkaar wat betreft hun geestelijke gezondheid. Ook voor samenwonende mannen maakt het geen verschil of kinderen deel uitmaken van het huishouden of niet.
Het zijn relatief veel vrouwen die lid zijn van een eenoudergezin. Als hier rekening mee wordt gehouden, dan valt het gezondheidsverschil tussen eenoudergezinnen en eenpersoonshuishoudens in de totale bevolking inderdaad weg. Correctie voor leeftijd, geslacht, opleiding en inkomen doet ook het verschil tussen paren met of zonder thuis-

wonende kinderen vervagen. Dit laatste komt doordat paren zonder kinderen over het algemeen een relatief hoog inkomen hebben. Het globale verschil tussen alleenstaanden en personen die samenwonen blijft wel bestaan.

9. Geestelijke ongezondheid naar samenstelling huishouden en geslacht, 2001/2009

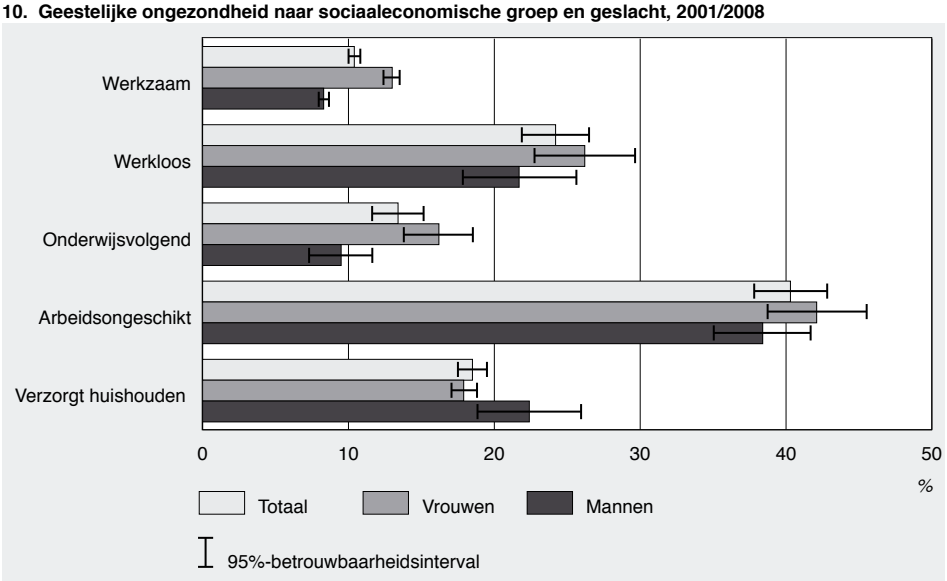


Bron: POLS.

Sociaaleconomische groep[3] *(F=308,1 ; p <0,01)*

Psychische ongezondheid hangt ook samen met de sociaaleconomische positie waarin een persoon verkeert. Arbeidsongeschikten hebben veruit het meest te maken met geestelijke klachten: ruim 40 procent van hen is geestelijk ongezond. Op de tweede plaats volgen de werklozen met 24,2 procent ongezonden. Personen die het huishouden verzorgen (18,5 procent) en zij die nog bezig zijn met hun studie (13,4 procent) komen op respectievelijk de derde en vierde plaats. Werkenden zijn op geestelijk vlak het gezondst: 10,4 procent van de werkzame personen heeft te kampen met psychische klachten. Opvallend is dat mannen die het huishouden verzorgen een slechtere geestelijke gezondheid hebben dan huisvrouwen. Huismannen verschillen wat betreft hun psychische gezondheid niet significant van mannen die werkloos zijn.

10. Geestelijke ongezondheid naar sociaaleconomische groep en geslacht, 2001/2008



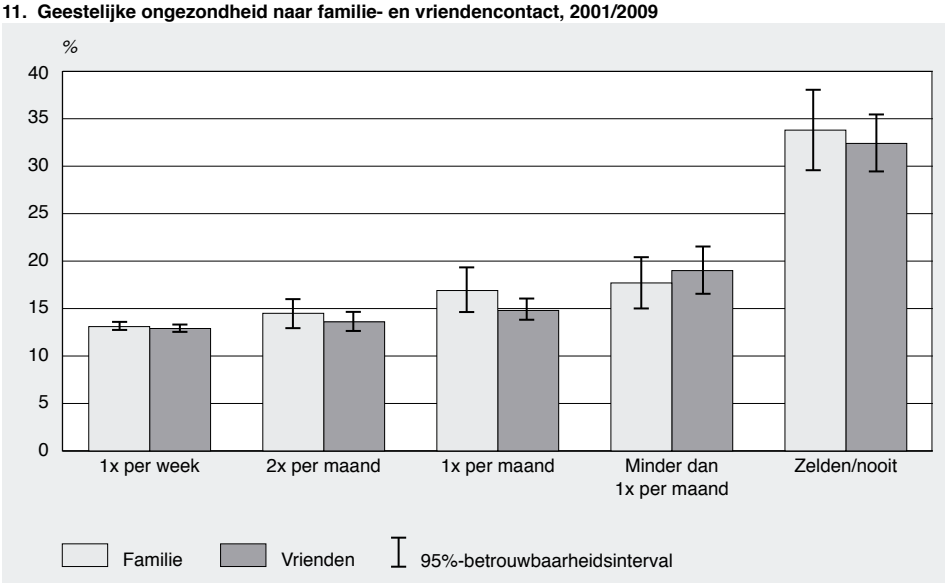
Bron: POLS.

[3] Gegevens over sociaaleconomische groep zijn niet beschikbaar voor 2009. Deze uitkomsten zijn dus gebaseerd op de periode 2001-2008.

Na correctie voor leeftijd, geslacht en opleiding blijkt het verschil tussen personen die het huishouden verzorgen en studenten niet meer te gelden. Deze uitkomst kan enerzijds worden veklaard doordat de groep studenten uit relatief veel jongeren en hoogopgeleide personen bestaat, groepen die een relatief goede geestelijke gezondheid kennen, en anderzijds doordat de groep personen die het huishouden verzorgen voornamelijk vrouwen betreft.

Contact met familie (F=63,7 ; p <0,01) en vrienden (F=91,2 ; p <0,01)
De frequentie van contact met familie hangt positief samen met de psychische gezondheidstoestand van een persoon. Mensen die hun familieleden zelden of nooit zien en/of spreken, hebben veruit het meeste last van psychische klachten. Het gaat hierbij om bijna 34 procent. Van degenen die minder dan één keer per maand contact hebben, is bijna 18 procent geestelijk ongezond. Zij zijn daarmee significant ongezonder dan personen die één keer per week of vaker met hun familie spreken. Correctie voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en inkomen verandert niets aan dit beeld.
Voor contact met vrienden geldt ongeveer hetzelfde als voor familiecontact. Psychische ongezondheid komt het vaakst voor onder personen die zelden of nooit contact hebben met vrienden: ruim 32 procent van deze groep heeft last van psychische klachten. Het aandeel ongezonden binnen de groep mensen die minder dan één keer per maand met hun vrienden spreken, is 19 procent. Hun geestelijk welzijn is daarmee significant slechter dan dat van personen die regelmatig (één keer per maand of meer) contact hebben. Omdat het relatief vaak laagopgeleiden en personen met een laag inkomen zijn die minder dan één keer per maand met hun vrienden spreken, blijkt na correctie voor leeftijd, geslacht, opleidingniveau en inkomen dat het verschil in geestelijke ongezondheid tussen één keer per maand contact en minder dan één keer per maand contact niet meer bestaat.

11. Geestelijke ongezondheid naar familie- en vriendencontact, 2001/2009



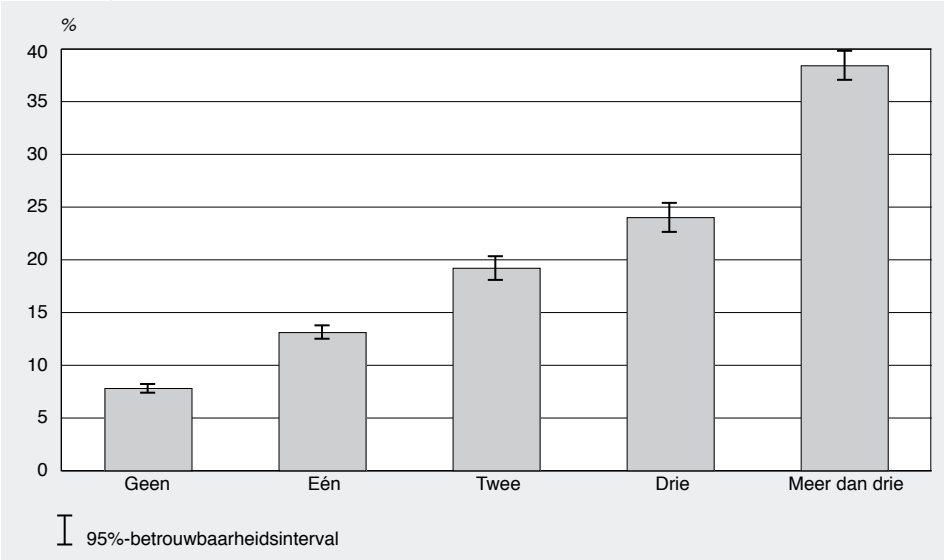
Bron: POLS.

Fysieke gezondheid (F=751,2 ; p <0,01)
Voor de samenhang tussen geestelijke en fysieke gezondheid is gekeken naar het verschil tussen mensen met en zonder langdurige lichamelijke aandoeningen[4]. Het blijkt dat

[4] De langdurige lichamelijke aandoeningen die in deze analyse zijn meegenomen, zijn: suikerziekte / beroerte, hersenbloeding of herseninfarct / hartinfarct of andere ernstige hartaandoening / kanker / migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn / hoge bloeddruk / vernauwing bloedvaten in buik of benen / astma, chronische bronchitis of longemfysee / psoriasis / chronisch eczeem / duizeligheid met vallen / ernstige of hardnekkige darmstoornissen / incontinentie / gewrichtsslijtage / chronische gewrichtsontsteking / ernstige of hardnekkge aandoening aan de rug / aandoening aan nek of schouder / aandoening aan elleboog, pols of hand.
Tot de lichamelijk ongezonden worden de personen gerekend die in de afgelopen 12 maanden last hebben gehad van één of meer van deze langdurige aandoeningen.

mensen met één of meerdere langdurige lichamelijke aandoeningen vaker last hebben van psychische klachten dan personen die geen langdurige lichamelijke aandoeningen hebben. Verder hangt de psychische gezondheid van een persoon ook samen met het aantal langdurige aandoeningen. Hoe meer aandoeningen, des te slechter het geestelijk welzijn. De prevalentie van psychische ongezondheid loopt van ruim 38 procent bij meer dan 3 langdurige lichamelijke aandoeningen, naar 24 procent bij 3 aandoeningen, 19,2 procent bij 2 aandoeningen en ongeveer 13 procent bij één aandoening. Personen zonder langdurige lichamelijke aandoeningen hebben, met 7,8 procent ongezonden, het minst last van psychische klachten. De relatie tussen geestelijke ongezondheid en fysieke gezondheid blijft bestaan wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijd, geslacht, opleiding en inkomen tussen de verschillende bevolkingsgroepen

12. Geestelijke ongezondheid naar langdurige aandoeningen, 2001/2009

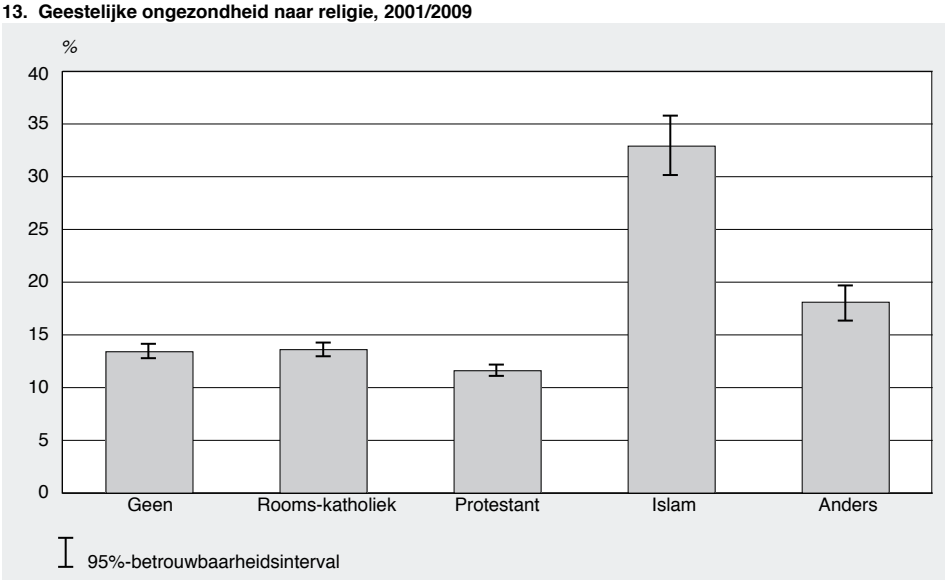


Bron: POLS.

Religie (F=100,1 ; p <0,01)

Psychische klachten hangen niet zozeer samen met het wel of niet hebben van een geloofsovertuiging, maar wel met het soort geloofsovertuiging. Zo zijn rooms-katholieken op geestelijk vlak even gezond als personen die aangeven niet religieus te zijn: in beide groepen komt ongeveer 13,5 procent ongezonden voor. Van de protestanten is ‘slechts’ 11,6 procent geestelijk ongezond. Zij zijn significant gezonder dan rooms-katholieken en

13. Geestelijke ongezondheid naar religie, 2001/2009

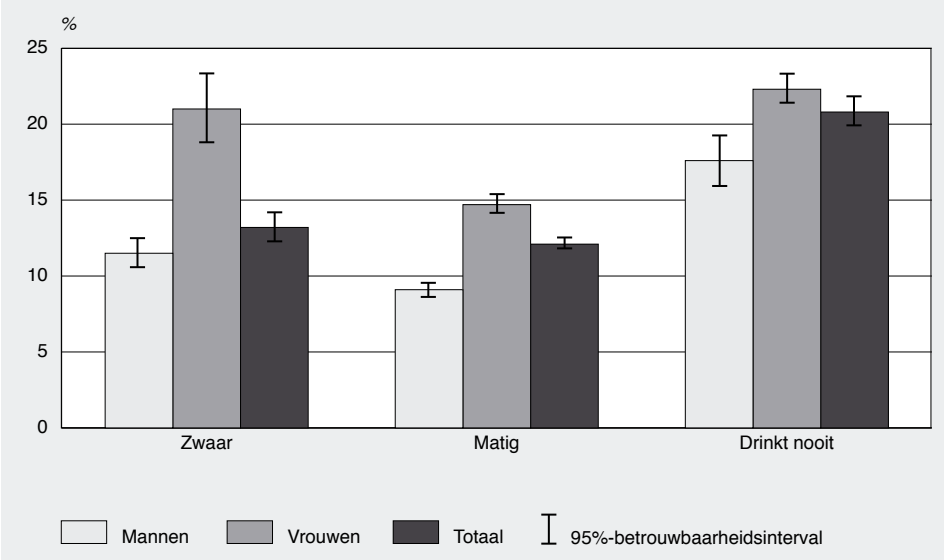


Bron: POLS.

niet-religieuzen. De moslims in Nederland zijn daarentegen juist veel ongezonder dan rooms-katholieken en niet-religieuzen. Van de moslims kampt 32,9 procent met een minder goede geestelijke gezondheid.
Het grote verschil in geestelijke ongezondheid tussen moslims en de andere bevolkingsgroepen is gedeeltelijk te verklaren door verschillen in opleidingsniveau en inkomen. Moslims zijn vergeleken met de rest van de bevolking relatief laag opgeleid en hebben een relatief laag inkomen. Toch blijven moslims ook na correctie voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en inkomen het ongezondst.

Alcoholgebruik (F=219,7 ; p <0,01)
Geestelijke ongezondheid komt vaker voor bij mensen die nooit alcohol nuttigen dan onder degenen die wel eens drinken. Bijna 21 procent van de niet-drinkers is geestelijk ongezond. Van degenen die wel alcohol drinken, komen psychische klachten het vaakst voor bij de zware drinkers[5]. Het gaat hierbij om 13,2 procent ongezonden, tegen 12,1 procent ongezonden bij de matige drinkers. Wat opvalt, is dat onder vrouwen de zware drinkers niet significant gezonder zijn dan degenen die nooit drinken.
Verder zijn het het voornamelijk vrouwen die nooit drinken, en bestaat de groep zware drinkers vooral uit mannen. Daarnaast is de groep zware drinkers relatief jong en komen er in de groep niet-drinkers relatief veel laag opgeleiden en personen met een laag inkomen voor. Deze verschillen in leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en inkomen kunnen het verschil in geestelijke ongezondheid tussen zware drinkers en niet drinkers deels, maar niet geheel verklaren.

14. Geestelijke ongezondheid naar alcoholgebruik en geslacht, 2001/2009



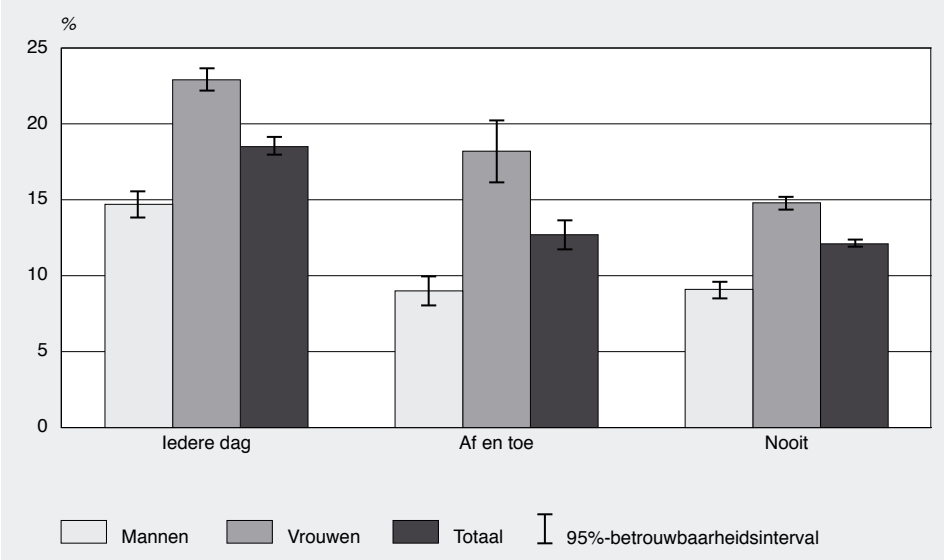
Bron: POLS.

Roken (F=163,1 ; p <0,01)
Personen die elke dag roken hebben vaker last van psychische klachten dan niet-rokers en dan mensen die slechts af en toe roken. Van degenen die dagelijks roken kampt 18,5 procent met psychische klachten. Tussen de niet-rokers en de matige rokers bestaat er geen significant verschil in geestelijke gezondheid: in beide groepen is ongeveer 12 procent ongezond. Het laatste beeld verandert als alleen naar de vrouwelijke bevolking wordt gekeken. In dat geval geldt dat degenen die nooit roken significant gezonder zijn dan degenen die af en toe roken.
Als rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijd, geslacht en opleiding tussen de niet-rokers en matige rokers blijkt echter dat ook in de totale bevolking de niet-rokers een significant betere gezondheid hebben dan degenen die af en toe roken. Dit komt vooral doordat er in de groep personen die af en toe roken relatief veel jongeren en hoogopgeleiden (groepen met een relatief goede geestelijke gezondheid) voorkomen.

---

[5] Zware drinkers zijn personen die minstens één keer per week 6 glazen alcohol of meer per dag drinken.

15. Geestelijke ongezondheid naar rookgedrag en geslacht, 2001/2009



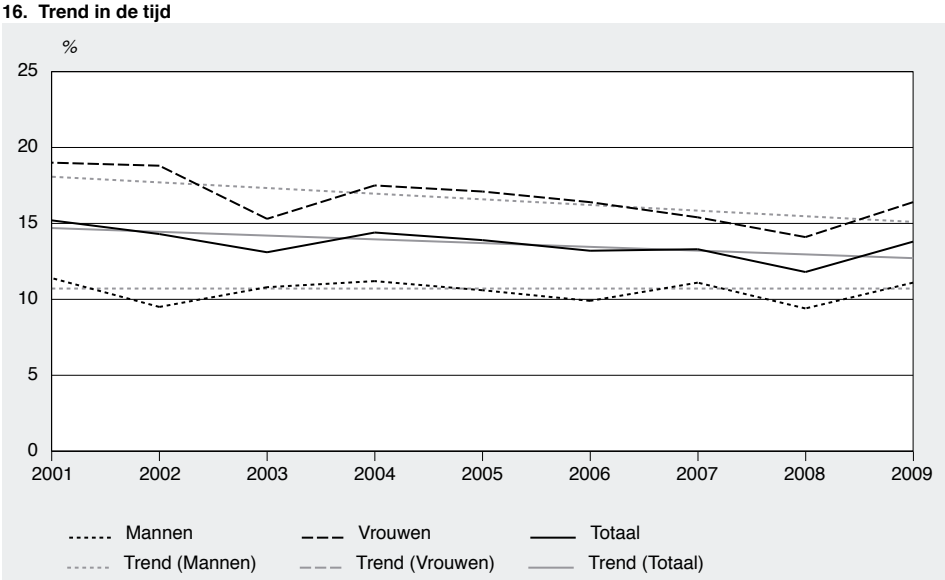
Bron: POLS.

5.3 Tijdstrend

In voorgaande analyse zijn de gegevens over de jaren 2001 t/m 2009 samengevoegd om gedetailleerde uitsplitsingen mogelijk te maken. Wanneer we de afzonderlijke jaren apart nemen, zijn die uitsplitsingen niet meer allemaal mogelijk, maar kan er wel iets gezegd worden over de ontwikkeling van psychische gezondheid in de loop van de tijd. Om te bepalen of er sprake is van een trend, is gebruik gemaakt van een lineaire regressie analyses met geestelijke ongezondheid als te verklaren variabele en enquêtejaar als verklarende variabele. Uit de analyse volgt een richtingscoëfficiënt b. Als deze positief is, wil dat zeggen dat het aandeel geestelijk ongezonden in de loop van de tijd is gestegen. Bij een negatieve richtingscoëfficiënt is de geestelijke ongezondheid juist gedaald. Een eventuele trend wordt als significant beschouwd als het significantieniveau behorende bij de richtingscoëfficiënt kleiner is dan 1 procent ($p<0,01$).

De resultaten van de analyse tonen aan dat in de periode 2001-2009 het percentage personen met psychische klachten significant is afgenomen, ofwel dat de geestelijke gezondheid van Nederlanders is verbeterd. In 2001 had nog 15,2 procent van de volwassen Nederlanders te maken met een minder goede geestelijke gezondheid. In 2009 was dit gedaald naar 13,8 procent (zie figuur 16).

16. Trend in de tijd



Bron: POLS.

De daling heeft voornamelijk plaatsgevonden onder het vrouwelijke gedeelte van de bevolking. Bij de vrouwen is het aandeel geestelijk ongezonden afgenomen van 19 procent in 2001 naar 16,4 procent in 2009. Bij de mannen heeft zich geen significante verandering voorgedaan. Hoewel vrouwen nog steeds psychisch ongezonder zijn dan mannen, is het verschil de laatste jaren dus wel kleiner geworden.

Ook bij enkele andere bevolkingsgroepen is een dalende trend zichtbaar. De uitkomsten voor leeftijd, opleidingsniveau, inkomen en herkomst zijn te vinden in staat 1; de significante resultaten zijn met grijs gearceerd. De groepen waarbinnen zich een afname van het percentage geestelijk ongezonden heeft voorgedaan, zijn: ouderen in de leeftijd van 55 tot 75 jaar, hoog-geschoolden (hbo en universitair), personen met de 40 procent hoogste besteedbare huishoudinkomens en autochtonen. Opvallend hierbij is dat de groepen waarbij de ongezondheid is afgenomen voornamelijk groepen zijn die al een relatief goede geestelijke gezondheid kennen. Gevolg hiervan is bijvoorbeeld dat het verschil in psychische gezondheid tussen rijk en arm en tussen autochtonen en allochtonen in de loop van de tijd is toegenomen.

Staat 1: Trend in de tijd

	Richtingscoefficient (b)	Significantieniveau (p)
Totaal	–0,238	***<0,01***
Mannen	–0,054	*0,484*
Vrouwen	–0,417	***<0,01***
18 tot 25 jaar	–0,036	*0,841*
25 tot 35 jaar	–0,222	*0,11*
35 tot 45 jaar	–0,127	*0,327*
45 tot 55 jaar	–0,145	*0,296*
55 tot 65 jaar	–0,532	***<0,01***
65 tot 75 jaar	–0,525	***<0,01***
75 jaar of ouder	–0,467	*0,091*
Lager onderwijs	–0,451	*0,032*
Vmbo	–0,186	*0,18*
Havo, vwo, mbo	–0,131	*0,173*
Hbo, universiteit	–0,282	***<0,01***
Inkomen: 1e kwintiel	0,329	*0,108*
Inkomen: 2e kwintiel	–0,401	*0,01*
Inkomen: 3e kwintiel	–0,086	*0,529*
Inkomen: 4e kwintiel	–0,327	***<0,01***
Inkomen: 5e kwintiel	–0,341	***<0,01***
Autochtonen	–0,247	***<0,01***
Westerse allochtonen	–0,522	*0,029*
Niet-westerse allochtonen	–0,191	*0,623*

<0,01 is significant

Bron: POLS.

6. Vergelijking van de POLS-uitkomsten met ander onderzoek

6.1 Totale prevalentie van geestelijke ongezondheid en trend

Om de resultaten met betrekking tot geestelijke ongezondheid uit de gezondheidsenquête op waarde te kunnen schatten, is het zinvol om deze te vergelijken met resultaten uit ander onderzoek. Eerst wordt gekeken naar de totale prevalentie van psychische klachten alsmede de ontwikkeling hiervan in de afgelopen jaren. In de volgende paragraaf zal worden ingegaan op de spreiding van de ongezondheid over de bevolking.

Een grootschalige bevolkingsonderzoek naar de prevalentie van psychische stoornissen in Nederland is uitgevoerd door het Trimbos Instituut onder de naam NEMESIS. De eerste keer dat dit onderzoek werd uitgevoerd, was in de periode 1996–1999 (Vollebergh e.a., 2003). In 2007–2009 is het onderzoek herhaald en ook daarvan zijn de eerste resultaten reeds bekend (de Graaf e.a., 2010). Het onderzoek werd gehouden onder ongeveer 7 000 zelfstandig wonende personen in de leeftijd van 18 tot 65 jaar. Psychiatrische diagnoses werden vastgesteld met behulp van het door de WHO ontwikkelde Composite International Diagnostic Interview (CIDI).

In NEMESIS is ook onderzoek gedaan naar middelenstoornissen, maar omdat deze met de MHI-5 niet worden gemeten (zie paragraaf 3.2), blijven deze in de vergelijking buiten beschouwing. De totale prevalentie van stemmings- en angststoornissen onder de Nederlandse bevolking komt volgens NEMESIS uit op 12,2 procent (Perenboom e.a., 2000). Hierbij gaat het om 8,1 procent licht ongezonden, 2,4 procent matig ongezonden en 1,7 procent ernstig ongezonden. De vergelijking met de uitkomsten van de gezondheidsenquête van het CBS is te vinden in staat 2.

Staat 2
Prevalentie van geestelijke ongezondheid

	NEMESIS	Gezondheidsenquête (leeftijd >18)	Gezondheidsenquête (leeftijd 18 tot 65)
Totaal	12,2%	13,7%	12,9%
w.v.			
Licht ongezond	8,1%	9,6%	9,1%
Matig ongezond	2,4%	2,5%	2,4%
Ernstig ongezond	1,7%	1,6%	1,4%

Bron: POLS.

In de tweede kolom staan de uitkomsten uit hoofdstuk 5 van dit rapport vermeld. De totale prevalentie komt met 13,7 procent hoger uit dan de 12,2 procent van NEMESIS, het verschil is vooral terug te voeren op het relatief hoge percentage licht ongezonden. De doelpopulatie van NEMESIS (18-64-jarigen) is echter anders dan de doelpopulatie die voor de analyse in hoofdstuk 5 is gebruikt (18 jaar of ouder). In kolom 3 zijn de resultaten uit de gezondheidsenquête aangepast aan de leeftijdsgrens die in NEMESIS wordt gehanteerd. Omdat geestelijke ongezondheid relatief veel voorkomt onder ouderen, vallen de percentages in kolom 3 lager uit dan in kolom 2. Met 12,9 procent ongezonden, komen de resultaten van de gezondheidsenquête nu redelijk goed overeen met die van NEMESIS.

NEMESIS is geen jaarlijks onderzoek, zoals de gezondheidsenquête, maar doordat er een redelijk lange periode tussen het eerste en het tweede onderzoek zit, kan er op basis van NEMESIS wel iets worden gezegd over ontwikkelingen in de tijd. Volgens de Graaf e.a. (2010) is de prevalentie van angststoornissen tussen 1996 en 2009 niet significant veranderd, bij de stemmingsstoornissen had zich wel een kleine daling voorgedaan. In de CBS-cijfers werd ook een significante neergaande trend gevonden in de periode 2001–2009. Het is echter niet mogelijk om deze verder uit te splitsen naar stemmings- en angststoornissen.

6.2 Spreiding van geestelijke ongezondheid over de bevolking

In hoofdstuk 5 zijn een aantal bevolkingsgroepen naar voren gekomen waarbinnen de prevalentie van psychische klachten relatief hoog is. Het gaat om de volgende groepen:
- Vrouwen
- Personen van 75 jaar en ouder, alsmede personen in de leeftijdscategorie 45 tot 55 jaar
- Laag opgeleiden
- Personen met een laag inkomen
- Niet-westerse allochtonen en dan met name Turken en Marokkanen
- Inwoners van zeer sterk verstedelijkte gebieden
- Alleenstaanden, al dan niet met kinderen
- Arbeidsongeschikten en werklozen
- Personen met langdurige lichamelijke aandoeningen
- Personen die zeer weinig contact hebben met familie en/of vrienden
- Moslims
- Niet-drinkers
- Personen die iedere dag roken

Ook veel internationale studies hebben onderzoek gedaan naar sociaaldemografische en sociaaleconomische verschillen in geestelijke ongezondheid (Fryers e.a., 2003/2005; Power e.a.,1997; Umberson e.a., 1999; Hoeymans e.a., 2004; Denton e.a., 2004; Talala e.a., 2007). Over een aantal zaken zijn de meeste onderzoekers het eens. Het is gebleken dat psychische klachten het meest voorkomen bij vrouwen, personen met een lage sociaaleconomische status (laag onderwijsniveau, laag inkomen, geen of laaggewaardeerd werk), personen zonder partner en personen die de zorg hebben voor thuiswonende kinderen. Het laatste geldt voornamelijk voor vrouwen. Deze uitkomsten komen precies overeen met de resultaten in hoofdstuk 5.

Over andere kenmerken is het bewijs niet eenduidig. De inconsequenties kunnen te wijten zijn aan de doelpopulatie en de sociale en culturele context (Talala e.a., 2007). Om die reden worden verdere vergelijkingen alleen gedaan aan de hand van Nederlands onderzoek. NEMESIS is hier weer een van de belangrijkste bronnen. Hoewel de twee NEMESIS onderzoeken met een tussenpoos van tien jaar zijn uitgevoerd, zijn de gevonden risicogroepen voor psychische stoornissen vrijwel hetzelfde gebleven (de Graaf e.a., 2010).

De in internationaal onderzoek genoemde groepen, zijn ook met het NEMESIS gedetecteerd. Andere groepen waarbinnen volgens NEMESIS angst- en stemmingsstoornissen veelvuldig voorkomen, zijn: personen in de leeftijdsgroep 35 tot 45 jaar, stedelingen, huisvrouwen- en mannen, mensen met één of meer lichamelijke aandoeningen en niet-religieuzen (Vollebergh e.a., 2003 ; van Dorsselaer e.a., 2006 ; Verdurmen e.a., 2006 ; de Graaf e.a., 2010). Etnische afkomst bleek in NEMESIS niet samen te hangen met de prevalentie van stemmings- en angststoornissen. In een andere Nederlandse studie (De Wit e.a., 2008) kwam echter wel naar voren dat mensen met een Turkse achtergrond een grotere kans op psychische problemen hadden dan andere herkomstgroeperingen.

Op een aantal punten sluiten de resultaten van de gezondheidsenquête goed aan bij de resultaten van NEMESIS en de Wit (2008), maar er zijn ook een aantal verschillen. Volgens de gezondheidsenquête zijn het vooral senioren in de leeftijd van 75 jaar en ouder die kampen met psychische klachten, gevolgd door mensen van middelbare leeftijd (45 tot 55 jaar). De eerste groep is in NEMESIS niet onderzocht, dus daar kan geen vergelijking worden getrokken. Wat betreft de andere groep komt NEMESIS uit op een jongere generatie. Waar de gezondheidsenquête en NEMESIS het wel over eens zijn, is dat angst- en stemmingsstoornissen onder jongeren relatief weinig voorkomen. Een ander verschil tussen de gezondheidsenquête en NEMESIS heeft betrekking op religie. Volgens NEMESIS hebben niet-religieuzen het meest last van geestelijke ongezondheid terwijl er volgens de gezondheidsenquête geen verschil bestaat tussen personen die zich wel of niet tot een religieuze stroming rekenen. Niet-religieuzen zijn, na correctie, wel ongezonder dan protestanten en katholieken, maar daarentegen weer gezonder dan moslims. In NEMESIS zijn geen uitsplitsingen gemaakt naar religie, wel is bekend dat niet-westerse allochtonen in NEMESIS sterk zijn ondervertegenwoordigd (Vollebergh e.a, 2003). Wellicht dat daar de oorzaak van het verschil in schuilt.

Al met al kan gezegd worden dat de resultaten van de gezondheidsenquête van het het CBS zowel wat betreft de totale prevalentie van geestelijke ongezondheid als qua verdeling over de bevolking, sterk overeenkomen met de resultaten van ander onderzoek. Dit toont aan dat MHI-5 data uit de gezondheidsenquête gebruikt kan worden voor nader (beleids)onderzoek naar geestelijke ongezondheid in Nederland.

7. Discussie en suggesties voor verder onderzoek

Dit rapport bevat een uitgebreide beschrijving van de Mental Health Index 5 (MHI-5). De MHI-5 is een veelgebruikte internationale maat voor het bepalen van het geestelijk welzijn van de bevolking. In het eerste deel van het rapport is uitgelegd hoe de MHI-5 wordt gemeten en wat er mee kan worden gedaan. Het tweede deel van het rapport is gewijd aan de empirie. Door het CBS worden vanaf 2001 gegevens over de MHI-5 verzameld. Dit gebeurt in de gezondheidsenquête. Op basis van de gegevens uit de gezondheidsenquête is een beeld geschetst van de spreiding van geestelijke gezondheid over de volwassen Nederlandse bevolking en ontwikkelingen daarvan in de tijd. De resultaten uit de gezondheidsenquête zijn vervolgens vergeleken met andere (inter)nationale studies naar de prevalentie van geestelijke ongezondheid. Hieruit is gebleken dat de resultaten goed overeenkomen en dat de gegevens van het CBS dus gebruikt kunnen worden voor nader onderzoek naar de geestelijke ongezondheid in Nederland.

Op basis van de informatie in dit rapport kunnen meer gedetailleerde analyses worden uitgevoerd. Hier volgen enkele sugesties voor verder onderzoek. In hoofdstuk 5 is een verkennende studie gedaan naar verschillen in geestelijke gezondheid tussen verschillende bevolkingsgroepen. Alle kenmerken die in dit onderzoek zijn meegenomen, blijken enigszins van invloed te zijn op de mate waarin geestelijke klachten voorkomen. Het is echter niet duidelijk of sommige kenmerken een groter effect hebben dan andere. Welke persoons- en achtergrondkenmerken het meest bepalend zijn voor de prevalentie van psychische klachten is een interessante onderzoeksvraag die in vervolgonderzoek uitgezocht zou kunnen worden, wellicht op basis van een multivariaat model waarin alle kenmerken worden meegenomen.

In dit rapport is de focus gelegd op de MHI-5 als maat voor psychische ongezondheid. In de gezondheidsenquête van het CBS is daarnaast nog een tweetal andere, meer specifieke, vragen opgenomen over het geestelijk welzijn van personen. Gevraagd wordt ‘heeft u ooit een periode gehad waarin u erg angstig of bezorgd was, minstens 2 weken achter elkaar’ en ‘heeft u ooit een periode gehad waarin u erg somber of depressief was, minstens 2 weken achter elkaar’. Onderzocht kan worden hoe sterk de correlatie is tussen deze twee aparte vragen en de MHI-5 en of degenen die de vragen bevestigend beantwoorden ook daadwerkelijk als geestelijk ongezond worden geclassificeerd op basis van de MHI-5. In geval dit leidt tot een validatie van de twee genoemde vragen zouden de antwoorden op deze vragen gebruikt kunnen worden om meer specifieke uitspraken te doen over de prevalentie van depressies en angststoornissen.

De MHI-5 vragen zijn opgenomen in het schriftelijke gedeelte van de gezondheidsenquête. Dit betekent dat de vragen worden beantwoord door alle personen van 12 jaar en ouder. In dit rapport is, mede in verband met vergelijkbaarheid met andere studies, alleen onderzoek gedaan naar de volwassen bevolking, ofwel personen van 18 jaar en ouder. Vervolgonderzoek zou alle beschikbare gegevens, dus ook die van personen van 12 tot 18 jaar mee kunnen nemen. Dit opent ook de mogelijkheid tot het vergelijken van de geestelijke gezondheid van volwassenen met die van kinderen vanaf 12 jaar.

Literatuur

Means-Christensen AJ, Arnau RC, Tonidandel AM, Bramson R & Meagher MW (2005). An Efficient Method of Identifying Major Depression and Panic Disorder in Primary Care. Journal of Behavioral Medicine (28)6, blz. 565–572.

Botterweck A, Frenken F, Janssen S, Rozendaal L, Vree M de & Otten F (2003). Plausibiliteit nieuwe metingen algemene gezondheid en leefstijlen 2001. Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen.

Bradburn NM (1969). The structure of Psychological Well-Being. Aldine, Chicago.

CBS (2005). Permanent Onderzoek Leefsituatie. Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen. http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/B3BC273E-D153-4037-96C4-D6EAFE18F9D1/0/2005polstoelichtingversie210306.pdf

CBS (2010). Gezondheidsenquête 1981–1996 en POLS-Gezondheid 1997–heden. Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen. http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/dataverzameling/korte-onderzoeksbeschrijving-gezondheidsenquete-pols.htm

Denton M, Prus S & Walters V (2004). Gender differences in health: A Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. Social Science & Medicine (58), blz. 2585–2600.

Dorsselaer S van, Graaf R de, Verdurmen J, Land H van 't, Have M te & Vollebergh W (2006). Trimbos kerncijfers psychische stoornissen; Resultaten van NEMESIS. Trimbos Instituut, Bilthoven.

Eysink PED & Poos MJJC (2010). Gezonde levensverwachting. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Toolkit regionale VTV. RIVM, Bilthoven. http://www.RIVM.nl/vtv/object_document/o6752n35256.html

Fryers T, melzer D & Jenkins R (2003). Social inequalities and the common mental disorders : A systematic review of the evidence. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology (38), blz. 229-237.

Fryers T, Melzer D, Jenkins R & Brugha T (2005). The distribution of the common mental disorders: Social inequalities in Europe. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health (1), blz. 14.

Graaf R de, Have M te, Dorsselaer S van (2010). NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Trimbos instituut, Utrecht.

Hoeymans N, Garssen AA, Westert GP & Verhaak PFM (2004). Measuring mental health of the Dutch population: a comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. Health and Quality of Life Outcomes (2), blz. 23-29.

Kelly MJ, Dunstan FD, Lloyd K & Fone DL (2008). Evaluating cutpoints for the HI-5 and MCS using the GHQ-12: a comparison of different methods. BMC Psychiatry (8), blz. 10–19.

Maas IAM & Jansen J (2000). Psychische (on)gezondheid; Determinanten en de effecten van preventieve interventies. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven.

Perenboom R, Oudshoorn K, Herten L van, Hoeymans N & Bijl R (2000). Bepaling afkappunten en wegingsfactoren voor de MHI-5 en GHQ-12 ten behoeve van de berekening van een levensverwachting in goede geestelijke gezondheid. TNO Preventie en Gezondheid, Leiden.

Power C & Matthews S (1997). Origins of health inequalities in a national population sample. Lancet (350), blz. 1584–1589.

Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U & John U (2001). Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM_IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. Psychiatry Research (105), blz. 243–253.

Stel J van der (2004). Handboek preventie: Voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid. Koninklijke Van Gorcum BV, Assen.

Talala K, Huurre T, Aro H, Martelin T & Prattala R (2007). Socio-demographic Differences in Self-reported Psychological Distress Among 25- to 64-Year-Old Finns. National Public Health Institute, Helsinki, Finland.

Umberson D & Williams K (1999). Family status and mental health. In Aneshesel CS & Phelan JC, The handbook of the sociology of mental health, blz. 225-253. Kluwer Academic, New York.

Verdurmen J, Have M te, Dorsselaer S van, 't Land H van, Vollebergh W & Graaf R de (2006). Psychische stoornissen bij mensen met een lichamelijke aandoening; Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (Nemesis). Trimbos-instituut, Utrecht.

Vollebergh W, Graaf R de, Have M te, Schoemaker C, Dorsselaer S van, Spijker J & Beekman A (2003). Psychische stoornissen in Nederland; Overzicht van de resultaten van Nemesis. Trimbos Instituut, Utrecht.

Ware JE & Sherbourne CD (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. Medical Care (30)6, blz. 473-481.

Ware JE, Kosinski M & Keller SD (1995). How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales. The Health Institute, New England Medical Center, Boston MA.

Wit MAS de, Tuinebreijer WC, Dekker J, Beekman ATF, Gorissen WHM, Schrier AC, Penninx BWJH, Komproe IH, Verhoeff AP (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups. Social Psychiatry and Pscychiatric epidemiology 43, blz 905–912.

Witte KE (2004). Wat zijn de determinanten van psychische (on)gezondheid? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. RIVM, Bilthoven. http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/wat-zijn-de-determinanten-van-psychische-on-gezondheid/

WHO (2001). The World Health Report 2001; Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization, Geneva, Switzerland.

Yamazaki S, Fukuhara S & Green J (2005). Usefulness of five-item and three-item Mental Health Inventories to screen for depressive symptoms in the general population of Japan. Health and Quality of Life Outcomes (3), blz. 48–54.

Zee KI van der & Sanderman R (1993). Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36, een handleiding. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.

Bijlagen

Bijlage A
Percentage geestelijke ongezondheid naar achtergrondkenmerken, 2001/2009

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	%	standaardfout	%	standaardfout	%	standaardfout
Totaal	10,5	*0,2*	16,7	*0,2*	13,7	*0,2*
Leeftijd						
18 tot 25 jaar	7,8	*0,5*	15,6	*0,7*	11,9	*0,5*
25 tot 35 jaar	9,5	*0,4*	14,6	*0,5*	12,2	*0,3*
35 tot 45 jaar	10,2	*0,4*	15,8	*0,5*	13,0	*0,3*
45 tot 55 jaar	12,2	*0,5*	17,1	*0,5*	14,7	*0,3*
55 tot 65 jaar	11,3	*0,5*	16,5	*0,6*	13,8	*0,4*
65 tot 75 jaar	9,8	*0,6*	18,4	*0,8*	14,1	*0,5*
75 jaar en ouder	13,0	*0,9*	22,9	*1,0*	18,7	*0,7*
Opleidingsniveau						
Lager onderwijs	20,4	*0,8*	26,3	*0,7*	23,8	*0,5*
Vmbo	12,3	*0,5*	18,5	*0,5*	15,9	*0,3*
Havo, vwo, mbo	9,5	*0,3*	14,8	*0,4*	12,0	*0,2*
Hbo, universiteit	7,4	*0,3*	12,3	*0,4*	9,7	*0,2*
Huishoudinkomen						
1e kwintiel	20,2	*0,7*	26,5	*0,7*	23,8	*0,5*
2e kwintiel	12,1	*0,5*	19,7	*0,6*	16,1	*0,4*
3e kwintiel	10,7	*0,4*	15,7	*0,5*	13,3	*0,3*
4e kwintiel	8,1	*0,4*	13,9	*0,5*	11,0	*0,3*
5e kwintiel	6,7	*0,3*	10,4	*0,4*	8,5	*0,2*
Herkomst						
Autochtonen	9,7	*0,2*	15,6	*0,2*	12,7	*0,2*
Westerse allochtonen	13,3	*0,8*	20,0	*0,9*	16,8	*0,6*
Niet-westerse allochtonen	23,8	*1,3*	31,1	*1,3*	27,6	*0,9*
w.v.						
Turken	27,8	*2,9*	40,4	*3,3*	33,8	*2,2*
Marokkanen	31,2	*3,4*	29,9	*4,0*	31,0	*2,6*
Surinamers	15,3	*2,3*	29,9	*2,5*	23,7	*1,8*
Antillianen/Arubanen	17,3	*3,8*	25,2	*3,5*	22,3	*2,6*
Overige	25,1	*2,4*	29,3	*2,3*	27,3	*1,7*
Provincie						
Groningen	10,5	*1,0*	17,3	*1,2*	14,0	*0,8*
Friesland	7,9	*0,9*	14,6	*1,1*	11,4	*0,7*
Drenthe	9,1	*1,0*	13,6	*1,2*	11,3	*0,8*
Overijssel	9,8	*0,7*	15,4	*0,9*	12,6	*0,6*
Gelderland	9,8	*0,5*	15,3	*0,6*	12,6	*0,4*
Utrecht	10,6	*0,7*	16,0	*0,8*	13,5	*0,6*
Noord-Holland	11,3	*0,5*	19,0	*0,6*	15,3	*0,4*
Zuid-Holland	10,8	*0,4*	17,4	*0,5*	14,1	*0,3*
Zeeland	7,5	*1,1*	15,6	*1,4*	11,6	*0,9*
Noord-Brabant	10,3	*0,5*	15,9	*0,6*	13,2	*0,4*
Limburg	13,1	*0,8*	17,5	*0,9*	15,3	*0,6*
Flevoland	12,0	*1,4*	17,2	*1,6*	14,6	*1,1*
Stedelijkheidsgraad						
Zeer sterk	13,3	*0,5*	21,3	*0,6*	17,5	*0,4*
Sterk	11,3	*0,4*	18,1	*0,5*	14,8	*0,3*
Matig	10,2	*0,4*	15,7	*0,5*	13,0	*0,3*
Weinig	9,3	*0,4*	14,2	*0,5*	11,8	*0,3*
Niet	8,1	*0,5*	13,0	*0,6*	10,6	*0,4*
Burgerlijke staat						
Gehuwd	8,9	*0,2*	13,9	*0,3*	11,4	*0,2*
Gescheiden	19,6	*1,0*	26,9	*1,0*	23,9	*0,7*
Weduwe/weduwnaar	17,9	*1,5*	24,7	*0,9*	23,2	*0,8*
Nooit gehuwd	11,4	*0,4*	17,0	*0,4*	14,0	*0,3*

Bijlage A
Percentage geestelijke ongezondheid naar achtergrondkenmerken, 2001/2009 (slot)

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	%	standaardfout	%	standaardfout	%	standaardfout
Samenstelling huishouden						
Eenpersoonshuishouden	19,1	*0,6*	24,0	*0,6*	21,8	*0,4*
Lid van een eenoudergezin	16,4	*1,4*	28,8	*1,1*	24,9	*0,9*
Lid van paar zonder kinderen	8,4	*0,3*	14,8	*0,4*	11,6	*0,2*
Lid van paar met kinderen	8,6	*0,3*	12,9	*0,3*	10,7	*0,2*
Sociaaleconomische groep						
Werkzaam	8,3	*0,2*	13,0	*0,3*	10,4	*0,2*
Werkloos	21,7	*1,8*	26,2	*1,6*	24,2	*1,2*
Onderwijs volgend	9,5	*0,9*	16,2	*1,0*	13,4	*0,7*
Arbeidsongeschikt	38,4	*1,7*	42,1	*1,7*	40,3	*1,2*
Verzorgt huishouden	22,4	*1,7*	17,9	*0,6*	18,5	*0,6*
Overig	10,3	*0,5*	19,6	*0,6*	15,0	*0,4*
Contact met familie						
1x per week	9,8	*0,2*	16,1	*0,2*	13,1	*0,2*
2x per maand	11,4	*0,7*	19,6	*1,1*	14,5	*0,6*
1x per maand	13,9	*1,0*	22,8	*1,7*	16,9	*0,9*
Minder dan 1x per maand	15,1	*1,5*	22,9	*2,4*	17,7	*1,3*
Zelden/nooit	29,1	*2,3*	41,5	*3,2*	33,8	*1,9*
Contact met vrienden						
1x per week	9,9	*0,2*	15,7	*0,2*	12,9	*0,2*
2x per maand	9,9	*0,6*	17,4	*0,7*	13,6	*0,5*
1x per maand	11,1	*0,7*	19,3	*1,0*	14,8	*0,6*
Minder dan 1x per maand	15,4	*1,3*	23,6	*1,8*	19,0	*1,1*
Zelden/nooit	26,6	*1,9*	39,0	*2,2*	32,4	*1,5*
Landurige lichamelijke aandoeningen						
0	6,4	*0,2*	9,5	*0,3*	7,8	*0,2*
1	10,7	*0,4*	15,2	*0,4*	13,1	*0,3*
2	16,0	*0,7*	21,3	*0,7*	19,2	*0,5*
3	21,1	*1,2*	25,7	*1,0*	24,0	*0,8*
Meer dan 3	37,1	*1,5*	39,0	*1,1*	38,4	*0,9*
Religie						
Geen	10,2	*0,3*	16,8	*0,4*	13,4	*0,2*
Rooms-katholiek	10,6	*0,4*	16,3	*0,4*	13,6	*0,3*
Protestant	8,5	*0,4*	14,2	*0,5*	11,6	*0,3*
Islam	29,6	*2,0*	36,7	*2,2*	32,9	*1,5*
Anders	13,9	*1,1*	21,2	*1,1*	18,1	*0,8*
Alcoholgebruik						
Zwaar	11,5	*0,4*	21,0	*1,2*	13,2	*0,4*
Matig	9,1	*0,2*	14,7	*0,3*	12,1	*0,2*
Drinkt nooit	17,6	*0,8*	22,3	*0,6*	20,8	*0,5*
Roken						
Iedere dag	14,7	*0,4*	22,9	*0,6*	18,5	*0,3*
Af en toe	9,0	*0,7*	18,2	*1,1*	12,7	*0,6*
Nooit	9,1	*0,2*	14,8	*0,3*	12,1	*0,2*

Bron: POLS

Bijlage B
Multivariate analyse

	Ongecorrigeerd		I		II		III	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
Opleidingsniveau								
Lager onderwijs	23,8	*22,8–24,9*	23,5	*22,5–24,5*				
Vmbo	15,9	*15,2–16,5*	15,6	*14,9–16,2*				
Havo, vwo, mbo	12,0	*11,5–12,5*	12,1	*11,7–12,6*				
Hbo, universiteit	9,7	*9,2–10,1*	9,9	*9,4–10,4*				
Huishoudinkomen								
1e kwintiel	23,8	*22,8–24,8*	23,5	*22,5–24,5*	22,1	*21,1–23,1*		
2e kwintiel	16,1	*15,4–16,9*	16,0	*15,3–16,8*	15,3	*14,5–16,0*		
3e kwintiel	13,3	*12,6–13,9*	13,4	*12,7–14,1*	13,2	*12,5–13,9*		
4e kwintiel	11,0	*10,4–11,5*	11,1	*10,5–11,7*	11,6	*11,0–12,2*		
5e kwintiel	8,5	*8,0–9,0*	8,5	*8,0–9,0*	9,5	*9,0–10,0*		
Herkomst								
Autochtonen	12,7	*12,4–13,0*	12,7	*12,4–13,0*	12,8	*12,5–13,1*	12,8	*12,5–13,1*
Westerse allochtonen	16,8	*15,7–18,0*	16,6	*15,5–17,8*	16,3	*15,2–17,5*	16,0	*14,8–17,1*
Niet-westerse allochtonen	27,6	*25,8–29,4*	28,5	*26,6–30,3*	26,6	*24,7–28,4*	25,0	*23,1–26,8*
w.v.								
Turken	33,8	*29,5–38,2*	35,3	*31,0–39,7*	32,9	*28,5–37,3*	30,7	*26,2–35,2*
Marokkanen	31,0	*25,9–36,0*	32,6	*27,5–37,8*	31,1	*25,8–36,5*	29,2	*23,9–34,6*
Surinamers	23,7	*20,2–27,1*	23,7	*20,2–27,1*	22,7	*19,2–26,1*	21,4	*18,0–24,9*
Antillianen/Arubanen	22,3	*17,2–27,4*	22,7	*17,6–27,9*	22,1	*16,8–27,4*	20,3	*14,6–25,9*
Overige	27,3	*24,0–30,6*	28,2	*24,8–31,5*	25,5	*22,2–28,9*	24,1	*20,7–27,5*
Provincie								
Groningen	14,0	*12,5–15,5*	14,1	*12,5–15,6*	14,0	*12,5–15,6*	12,8	*11,2–14,4*
Friesland	11,4	*10,1–12,8*	11,3	*10,0–12,7*	11,4	*10,0–12,8*	10,2	*8,9–11,6*
Drenthe	11,3	*9,8–12,9*	11,3	*9,8–12,9*	11,3	*9,7–12,9*	10,8	*9,3–12,4*
Overijssel	12,6	*11,5–13,7*	12,7	*11,6–13,8*	12,8	*11,6–13,9*	12,1	*11,0–13,2*
Gelderland	12,6	*11,7–13,4*	12,6	*11,8–13,4*	12,7	*11,9–13,6*	12,5	*11,6–13,3*
Utrecht	13,5	*12,4–14,5*	13,5	*12,4–14,6*	14,1	*13,0–15,2*	14,3	*13,1–15,4*
Noord-Holland	15,3	*14,5–16,1*	15,2	*14,5–16,0*	15,5	*14,7–16,3*	15,8	*15,0–16,6*
Zuid-Holland	14,1	*13,5–14,8*	14,1	*13,5–14,8*	13,8	*13,2–14,5*	14,0	*13,4–14,7*
Zeeland	11,6	*9,8–13,4*	11,4	*9,7–13,2*	11,2	*9,4–13,0*	10,8	*9,0–12,6*
Noord-Brabant	13,2	*12,4–13,9*	13,2	*12,4–13,9*	13,1	*12,3–13,8*	13,0	*12,2–13,8*
Limburg	15,3	*14,1–16,4*	15,3	*14,1–16,4*	14,9	*13,7–16,0*	14,4	*13,3–15,6*
Flevoland	14,6	*12,5–16,7*	14,8	*12,6–16,9*	14,8	*12,6–16,9*	14,4	*12,3–16,6*
Stedelijkheidsgraad								
Zeer sterk	17,5	*16,7–18,3*	17,5	*16,8–18,3*	17,7	*16,9–18,5*	17,6	*16,8–18,4*
Sterk	14,8	*14,2–15,4*	14,8	*14,2–15,3*	14,8	*14,2–15,4*	14,7	*14,1–15,3*
Matig	13,0	*12,4–13,6*	12,9	*12,3–13,6*	13,0	*12,4–13,7*	13,0	*12,4–13,7*
Weinig	11,8	*11,2–12,4*	11,8	*11,2–12,4*	11,6	*11,0–12,2*	11,6	*11,0–12,2*
Niet	10,6	*9,9–11,3*	10,6	*9,9–11,4*	10,4	*9,6–11,1*	10,1	*9,3–10,8*
Burgerlijke staat								
Gehuwd	11,4	*11,0–11,7*	10,8	*10,5–11,2*	10,8	*10,5–11,2*	10,9	*10,6–11,3*
Gescheiden	23,9	*22,5–25,3*	22,6	*21,2–23,9*	22,1	*20,8–23,5*	20,5	*19,1–21,8*
Weduwe/weduwnaar	23,2	*21,6–24,7*	19,8	*19,3–21,2*	18,5	*17,1–20,0*	18,2	*16,8–19,6*
Nooit gehuwd	14,0	*13,5–14,6*	16,1	*15,5–16,7*	16,6	*16,0–17,2*	16,7	*16,0–17,3*
Samenstelling huishouden								
Eenpersoonshuishouden	21,8	*21,0–22,7*	21,5	*20,7–22,4*	21,6	*20,8–22,5*	20,8	*19,9–21,7*
Lid van een eenoudergezin	24,9	*23,1–26,7*	24,1	*22,4–25,9*	23,3	*21,5–25,1*	22,0	*20,2–23,8*
Lid van paar zonder kinderen	11,6	*11,1–12,1*	11,5	*11,0–12,0*	11,7	*11,2–12,1*	12,3	*11,8–12,7*
Lid van paar met kinderen	10,7	*10,3–11,1*	11,0	*10,6–11,4*	10,9	*10,5–11,3*	10,8	*10,4–11,2*

MCA analyse:
Analysestap I: Gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht
Analysestap II: Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en opleiding
Analysestap III: Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleiding en inkomen

Bijlage B
Multivariate analyse (slot)

	Ongecorrigeerd		I		II		III	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
Sociaal economische groep								
Werkzaam	10,4	*10,0–10,7*	11,1	*10,7–11,5*	11,4	*11,1–11,8*	12,0	*11,6–12,3*
Werkloos	24,2	*21,9–26,6*	24,6	*21,8–26,6*	24,5	*22,1–26,9*	23,5	*20,9–26,1*
Onderwijs volgend	13,4	*12,0–14,8*	14,5	*12,0 -14,9*	15,5	*14,0–17,1*	15,1	*13,3–17,0*
Arbeidsongeschikt	40,3	*38,0–42,7*	41,5	*38,0–42,7*	39,3	*36,9–41,7*	37,4	*35,1–39,8*
Verzorgt huishouden	18,5	*17,4–19,6*	17,7	*17,4–19,6*	16,2	*15,1–17,2*	14,8	*13,8–15,8*
Overig	15,0	*14,3–15,8*	12,6	*14,3–15,7*	12,5	*11,8–13,2*	11,7	*11,0–12,4*
Contact met familie								
1x per week	13,1	*12,8–13,4*	13,0	*12,8–13,4*	13,0	*12,7–13,4*	12,9	*12,6–13,2*
2x per maand	14,5	*13,3–15,7*	15,4	*13,3–15,7*	15,5	*14,3–16,8*	15,6	*14,4–16,9*
1x per maand	16,9	*15,1–18,7*	18,1	*15,1–18,7*	18,0	*16,1–19,8*	17,8	*15,9–19,7*
Minder dan 1x per maand	17,7	*15,2–20,3*	18,7	*15,1–20,3*	17,8	*15,2–20,4*	17,6	*14,9–20,2*
Zelden/nooit	33,8	*30,1–37,6*	34,5	*30,1–37,6*	32,3	*28,5–36,0*	31,1	*27,3–34,9*
Contact met vrienden								
1x per week	12,9	*12,6–13,3*	13,0	*12,6–13,3*	13,1	*12,8–13,4*	13,0	*12,6–13,3*
2x per maand	13,6	*12,7–14,5*	13,5	*12,7–14,5*	13,5	*12,6–14,4*	13,5	*12,6–14,4*
1x per maand	14,8	*13,5–16,0*	14,8	*13,5–16,0*	14,4	*13,2–15,6*	14,3	*13,1–15,5*
Minder dan 1x per maand	19,0	*16,9–21,1*	18,9	*16,9–21,1*	17,5	*15,4–19,5*	16,9	*14,9–19,0*
Zelden/nooit	32,4	*29,6–35,3*	32,0	*29,6–35,3*	29,5	*26,7–32,3*	27,6	*24,9–30,4*
Landurige lichamelijke aandoeningen								
0	7,8	*7,4–8,1*	7,6	*7,4–8,1*	7,7	*7,4–8,1*	7,8	*7,4–8,1*
1	13,1	*12,5–13,7*	13,1	*12,5–13,7*	13,2	*12,6–13,8*	12,9	*12,3–13,5*
2	19,2	*18,2–20,1*	19,3	*18,2–20,1*	19,0	*18,0–20,0*	18,7	*17,7–19,7*
3	24,0	*22,4–25,6*	24,4	*22,4–25,6*	23,9	*22,3–25,5*	23,2	*21,6–24,8*
Meer dan 3	38,4	*36,7–40,1*	39,0	*36,6–40,1*	37,8	*36,1–39,5*	36,7	*34,9–38,4*
Religie								
Geen	13,4	*12,9–13,8*	13,9	*12,9–13,9*	14,2	*13,7–14,6*	14,1	*13,6–14,5*
Rooms-katholiek	13,6	*13,0–14,1*	13,2	*13,0–14,1*	13,0	*12,5–13,5*	13,0	*12,5–13,6*
Protestant	11,6	*10,9–12,2*	11,0	*11,0–12,1*	11,1	*10,5–11,7*	11,1	*10,5–11,7*
Islam	32,9	*30,0–35,9*	34,4	*30,0–35,9*	31,6	*28,6–34,6*	28,9	*25,9–32,0*
Anders	18,1	*16,6–19,6*	17,6	*16,6–19,6*	17,6	*16,1–19,1*	17,0	*15,4–18,5*
Alcoholgebruik								
Zwaar	13,2	*12,4–14,1*	15,5	*12,3–14,1*	15,3	*14,4–16,2*	15,3	*14,4–16,3*
Matig	12,1	*11,7–12,4*	12,0	*11,7–12,4*	12,3	*11,9–12,6*	12,3	*12,0–12,7*
Drinkt nooit	20,8	*20,0–21,7*	19,5	*20,0–21,7*	18,2	*17,3–19,0*	17,1	*16,3–18,0*
Roken								
Iedere dag	18,5	*17,8–19,2*	19,0	*17,8–19,2*	18,0	*17,3–18,7*	17,4	*16,7–18,1*
Af en toe	12,7	*11,5–13,9*	14,1	*11,4–14,0*	14,6	*13,3–15,9*	14,8	*13,5–16,2*
Nooit	12,1	*11,8–12,5*	11,8	*11,8–12,4*	12,1	*11,8–12,5*	12,1	*11,8–12,5*

MCA analyse:
Analysestap I: Gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht
Analysestap II: Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en opleiding
Analysestap III: Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleiding en inkomen

Bron: POLS