



Centraal Bureau
voor de Statistiek

Bevolkingstrends 2013

Depressiviteit en antidepressiva in Nederland

**Gerard Verweij
Marieke Houben-van Hertem
december 2013**

Een op de tien Nederlanders kampte in 2012 met depressieve gevoelens. De helft hiervan liet zich er voor behandelen. Verder kreeg bijna 6 procent van de Nederlanders in 2011 een antidepressivum. Vrouwen voelen zich vaker depressief en krijgen vaker antidepressiva verstrekt dan mannen. Nederlanders van Turkse herkomst krijgen relatief vaak een antidepressivum, Nederlanders van Antilliaanse/Arubaanse herkomst juist weinig.

1. Inleiding

Een depressie is een stemmingsstoornis die zich kenmerkt door een verlies van levenslust of zware neerslachtigheid. Het is een serieus gezondheidsprobleem. Naar verwachting zal in 2030 depressie wereldwijd tot de top drie van aandoeningen met de grootste ziektelast behoren (Mathers en Loncar, 2006). In Nederland stond depressie in 2010 op nummer 4 van de lijst met ziektelastveroorzakers (Hoeymans et al., 2010). Volgens het Trimbos-instituut leed in de periode 2007–2009 ruim 6 procent van de Nederlandse bevolking tussen 18 en 64 jaar aan een stemmingsstoornis (De Graaf et al., 2010).

Depressie is een dure ziekte. Volgens de meest recente cijfers bedroegen in 2011 de kosten van zorg voor mensen met een depressie 1 592 miljoen euro. Van dit geld ging 69 procent naar de geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang, 15 procent naar ouderenzorg en 6 procent naar genees- en hulpmiddelen (RIVM, 2013). Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft besloten om met ingang van 2011 de vergoeding voor antidepressiva te beperken om te komen tot een doelmatiger gebruik. De verwachting is dat antidepressiva daardoor minder snel zullen worden voorgeschreven.

In dit artikel wordt nader ingegaan op het vóórkomen van depressie in de bevolking en het hiermee samenhangende zorggebruik. Het CBS heeft verschillende databronnen over depressie. Om te beginnen is er de Gezondheidsenquête, waarmee de prevalentie van depressieve klachten in de Nederlandse bevolking kan worden bepaald. Daarnaast is er depressiegerelateerde informatie over huisartsencontacten, geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuisopnamen en geneesmiddelenverstrekkingen.

2. Onderzoeksvraag

In dit artikel wordt nader ingegaan op de vraag in hoeverre er met de bij het CBS aanwezige data een samenhangend beeld geschetst kan worden van het vóórkomen van depressie en het verstrekken van antidepressiva in Nederland.

3. Databronnen

Gegevens over depressieve gevoelens in de Nederlandse bevolking zijn afkomstig uit de Gezondheidsenquête. Doel van deze doorlopende enquête is het geven van een zo volledig mogelijk overzicht van ontwikkelingen in de gezondheid, medische contacten, leefstijl en preventief gedrag van de bevolking in particuliere huishoudens. De vraag over depressiviteit luidt: 'Heeft u ooit een periode gehad waarin u erg somber of depressief was, minstens 2 weken achter elkaar?' Als op die vraag 'ja' wordt geantwoord, dan wordt gevraagd: 'Heeft u dit in de afgelopen 12 maanden gehad?' Alle mensen die hebben geantwoord dat ze ooit somber of depressief zijn geweest, krijgen daarna de vraag: 'Bent u hiervoor in de afgelopen 12 maanden onder behandeling of controle van huisarts, specialist of psycholoog geweest?'

De vragen worden gesteld aan iedereen van 12 jaar of ouder. In principe worden de meest recente (2012) gegevens gebruikt, maar om te kunnen uitsplitsen naar kleine groepen, zoals specifieke herkomstgroepen, zijn jaren samengenomen.

Gegevens over huisartscontacten komen uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) van het NIVEL en IQ Healthcare. De LINH bestaat uit circa 90 huisartsenpraktijken, met ruim 300 duizend ingeschreven patiënten. Het gaat om alle tot zorgepisodes samengevoegde contacten van een persoon in een kalenderjaar die betrekking hebben op depressie. Het meest recente jaar is 2011.

Gegevens over behandelingen in de tweedelijns curatieve (geneeskundige) geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor depressieve stoornissen, zijn afkomstig uit het DBC Informatie Systeem (DIS). Het DIS bevat alle informatie over de GGZ-diagnosebehandelingcombinaties (DBC's). De teleenheid voor de gepresenteerde cijfers is het zorgtraject. Hierin zijn per persoon alle DBC's samengevoegd waarbinnen in hetzelfde jaar bij dezelfde zorgverlener zorg is geleverd voor de primaire diagnose depressie. Dit is een benadering van het aantal personen met deze aandoening. De meest recente cijfers zijn uit 2010.

De ziekenhuisopnamen hebben betrekking op gegevens uit de Landelijke Medische Registratie (LMR) van Dutch Hospital Data (DHD). Het gaat om zowel klinische opnamen als dagopnamen in algemene, academische en categorale ziekenhuizen, met uitzondering van de revalidatie-, epilepsie- en astmacentra. Dagopnamen zijn opnamen voor geplande ingrepen, behandelingen of onderzoeken die binnen één dag kunnen worden afgerond. Klinische opnamen betreffen de overige ziekenhuisopnamen en duren meestal langer dan één dag. Opnamen bij psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en bij psychiatrische universiteitsklinieken zitten niet in de LMR. De meest recente cijfers zijn uit 2011.

Gegevens over geneesmiddelenverstrekkingen betreffen geneesmiddelen die in een kalenderjaar zijn verstrekt en die vergoed worden uit de verplichte basisverzekering voor geneeskundige zorg, zonder de geneesmiddelen die verstrekt worden aan personen die zijn opgenomen in ziekenhuizen (ziekenhuiszorg) en verpleeghuizen (AWBZ-zorg). Geneesmiddelen die zijn verstrekt aan personen in verzorgingshuizen zijn wel inbegrepen. De geneesmiddelengegevens zijn afkomstig van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Deze registratie bestaat sinds 2006 en wordt gebruikt voor de risicoverevening (RVE-bestanden), waarbij de zorgverzekeraars gecompenseerd worden voor hun patiëntenpopulatie. Geneesmiddelen worden ingedeeld naar ATC-klasse (anatomisch, therapeutisch, chemisch). Dit is een classificatiesysteem van de World Health Organization (WHO). Er worden 17 anatomische hoofdgroepen onderscheiden, die verdeeld worden in therapeutische en

chemische subgroepen. Antidepressiva horen volgens deze indeling tot de groep No6A, waarbij N staat voor zenuwstelsel en No6 voor psychoanaleptica, dit zijn middelen met een stimulerende werking op bepaalde psychische functies. Opgemerkt dient te worden dat antidepressiva niet in alle gevallen alleen vanwege depressies voorgeschreven worden, maar ook voor andere aandoeningen, zoals obsessief-compulsieve stoornis, paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornissen en boulimia nervosa (Farmacotherapeutisch Kompas). Deze cijfers zijn uit 2011.

4. Methode

Voor alle bronnen is gekeken naar de verschillen tussen mannen en vrouwen en tussen leeftijdscategorieën. Niet altijd echter zijn dezelfde leeftijdscategorie-indelingen beschikbaar, wat directe vergelijking lastig maakt. De leeftijdsindeling in de Gezondheidsenquête, waar de gegevens over depressieve klachten en over het onder behandeling zijn vandaan komen, is flexibel. Deze indeling is in dit artikel aangepast aan de leeftijdsindeling bij de geneesmiddelenverstrekkingen. Voor de verstrekkingen van antidepressiva en de depressieve klachten is ook naar andere achtergrondkenmerken gekeken, te weten inkomen, herkomst, opleiding, werksituatie, en samenstelling van het huishouden.

Het inkomen is het gestandaardiseerd huishoudensinkomen. Dit inkomen is afgeleid van het netto besteedbaar huishoudensinkomen waarbij een correctiefactor wordt toegepast voor gezinssamenstelling. Voor de geneesmiddelenverstrekkingen is een indeling in inkomensdecielen (10-procentgroepen) beschikbaar. Voor de Gezondheidsenquête worden inkomensquintielen (20-procentgroepen) gebruikt.

Voor herkomst is onderscheid gemaakt tussen autochtonen en allochtonen, waarbij de laatste groep weer verdeeld is in westerse en niet-westerse allochtonen. Dit onderscheid is gemaakt omdat er grote verschillen in sociaaleconomische en culturele situatie bestaan tussen beide groepen. Binnen de niet-westerse allochtonen worden de vier grote doelgroepen van het minderhedenbeleid van de overheid onderscheiden, te weten de herkomstlanden Turkije, Marokko, Suriname en voormalige Nederlandse Antillen en Aruba.

Opleidingsniveau wordt onderscheiden in drie categorieën: laag (basisonderwijs, vmbo/mbo-1/avo), midden (havo/vwo/mbo) en hoog (hbo en wo). In deze analyses zijn alleen mensen van 25 jaar of ouder meegenomen aangezien zij hun opleiding hebben voltooid.

5. Resultaten

5.1 Databronnen

Personen met depressieve gevoelens

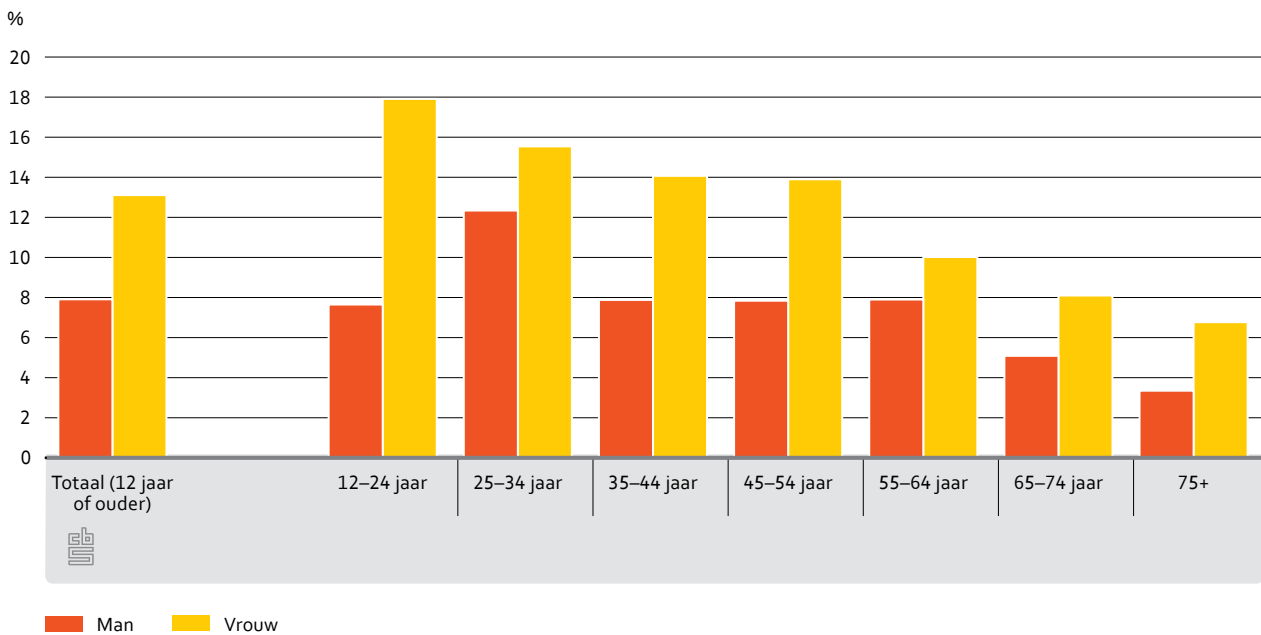
In 2012 gaf 27 procent van de inwoners van 12 jaar of ouder aan dat ze ooit in hun leven minstens twee weken achter elkaar somber of depressief waren. Ruim 10 procent van de

bevolking was in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek somber of depressief.

Dit komt overeen met 1,5 miljoen mensen.

Vrouwen hebben anderhalf maal zo vaak depressieve gevoelens als mannen. Van de vrouwen was 13 procent de afgelopen 12 maanden minstens twee weken somber of depressief, van de mannen 8 procent. De kans op sombere gevoelens neemt af met het toenemen van de leeftijd. Jonge mensen zeggen vaker depressief te zijn geweest dan ouderen. Van de 12- tot 25-jarigen zei 13 procent sombere of depressieve gevoelens te hebben gehad, van de 75-plussers 5 procent.

5.1.1 Percentage personen met depressieve klachten in de afgelopen 12 maanden, naar leeftijd en geslacht, 2012



5.1.2 Percentage personen met sombere of depressieve gevoelens, naar geslacht, 2006-2012

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
		%						
Percentage		10,4	9,8	9,2	9,6	9,7	10,3	10,5
95-procents BI	Ondergrens	9,7	9,0	8,5	8,8	9,0	9,6	9,8
95-procents BI	Bovengrens	11,2	10,6	9,9	10,3	10,3	11,1	11,3
Mannen								
Percentage		8,2	7,7	7,9	7,5	8,4	8,6	7,9
95-procents BI	Ondergrens	7,2	6,8	6,9	6,5	7,5	7,6	7,0
95-procents BI	Bovengrens	9,1	8,7	8,8	8,5	9,3	9,6	8,9
Vrouwen								
Percentage		12,6	11,7	10,5	11,5	10,9	12,1	13,1
95-procents BI	Ondergrens	11,5	10,6	9,4	10,4	9,9	10,9	11,9
95-procents BI	Bovengrens	13,7	12,9	11,6	12,6	11,9	13,2	14,2

Het percentage mensen dat aangeeft sombere of depressieve gevoelens te hebben gehad, is tussen 2006 en 2012 nauwelijks gewijzigd. Het schommelt tussen 9 procent en 11 procent. Deze jaar-op-jaar veranderingen zijn statistisch niet significant.

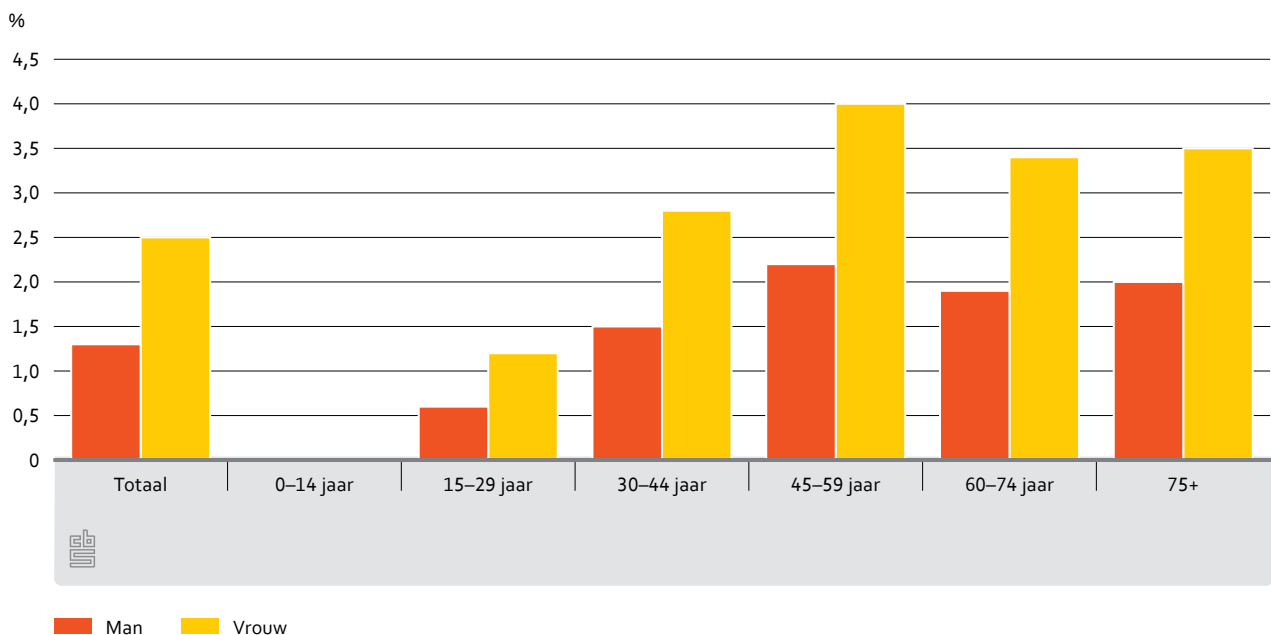
Van de mensen die in 2012 somber of depressief waren, is 50 procent onder behandeling of controle geweest van een huisarts, specialist of psycholoog. Dit komt overeen met ruim 5 procent van de bevolking. Mannen met depressieve gevoelens lieten zich vrijwel even vaak behandelen als vrouwen.

Huisartscontacten

Iemand die zich lange tijd somber of depressief voelt en hulp zoekt, komt vaak eerst bij de huisarts. Uit cijfers van de huisartsenregistratie (LINH) blijkt dat in 2011 2 procent van de Nederlanders naar de huisarts ging vanwege een depressie. Bijna tweemaal zoveel vrouwen als mannen bezochten om deze reden een huisarts.

Het percentage personen dat door de huisarts behandeld wordt lijkt, tot een bepaald niveau, toe te nemen met de leeftijd. Van de 15- tot 30-jarigen ging ca. 1 procent naar de huisarts vanwege depressieve klachten, van de 45-jarigen en ouder 3 procent.

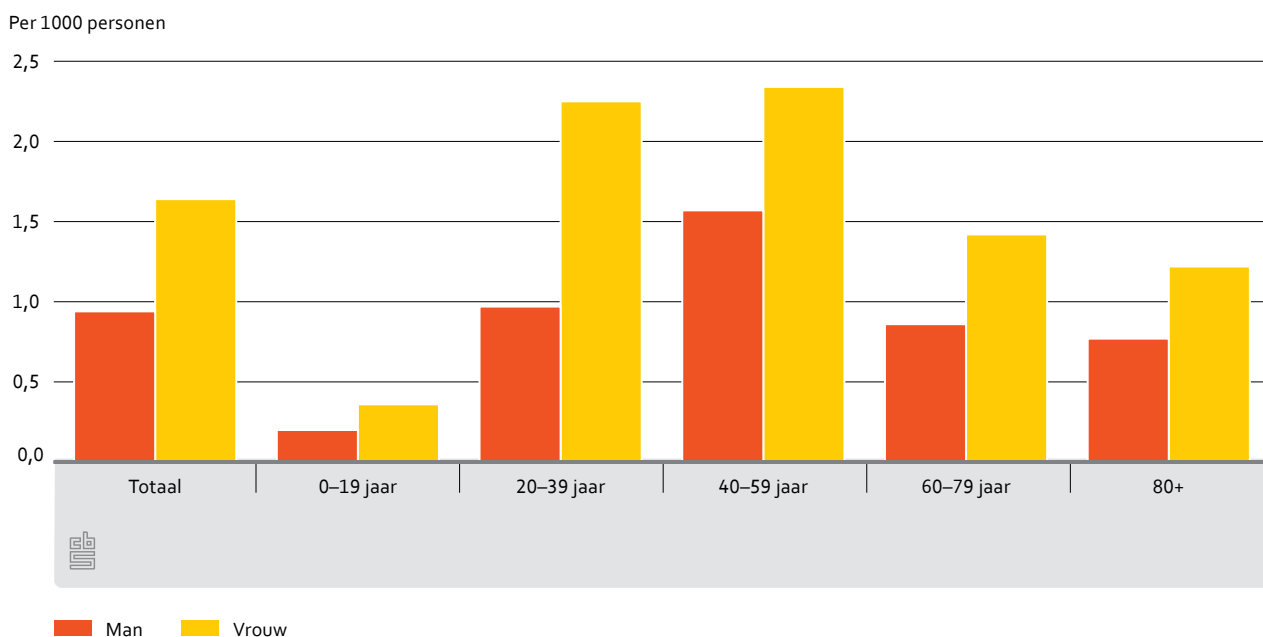
5.1.3 Percentage personen met huisartscontact vanwege depressie, naar leeftijd en geslacht, 2011



Tweedelijns Geestelijke Gezondheidszorg

In de tweedelijns Geestelijke Gezondheidszorg is sprake van 1,3 zorgtraject per 100 personen voor de behandeling van depressieve stoornissen. Dit betekent dat ruim 1 procent van de Nederlanders voor depressieve stoornissen bij de GGZ behandeld is. Personen van 20 tot 60 jaar worden het meest behandeld.

5.1.4 Aantal zorgtrajecten per 100 personen voor behandeling van een depressieve stoornis in GGZ, naar leeftijd en geslacht, 2010

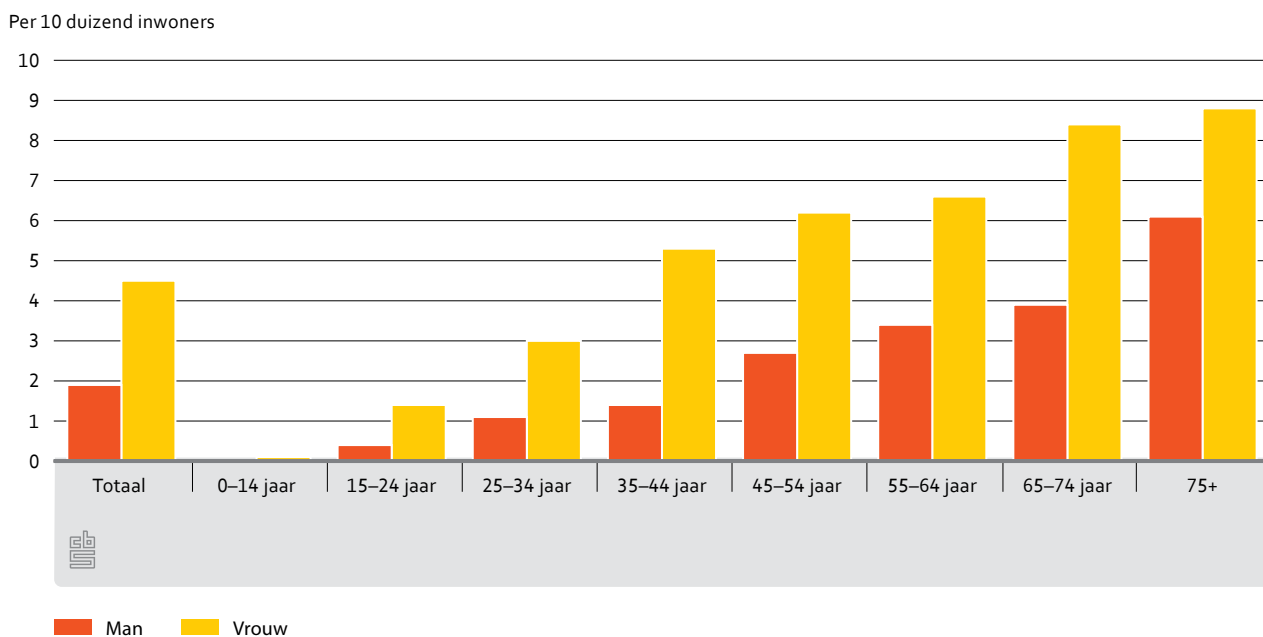


Ziekenhuisopnamen

Een klein deel van de bevolking wordt in het ziekenhuis opgenomen vanwege een depressie. In 2011 ging het om 5,4 duizend ziekenhuisopnamen, waarvan 3,7 duizend klinische opnamen en 1,7 duizend dagopnamen. Zeventig procent van de ziekenhuisopnamen zijn voor vrouwen. Het aantal opnamen stijgt met de leeftijd.

Dagopnamen vanwege depressie komen vooral voor bij personen van 65 jaar en ouder. Klinische opnamen, die langer dan één dag duren, pieken bij vrouwen van 45 tot 55 jaar. De gemiddelde verpleegduur van klinische opnamen vanwege depressie bij zowel mannen als bij

5.1.5 Ziekenhuisopnamen voor depressie naar leeftijd en geslacht, per 10 duizend inwoners, 2011



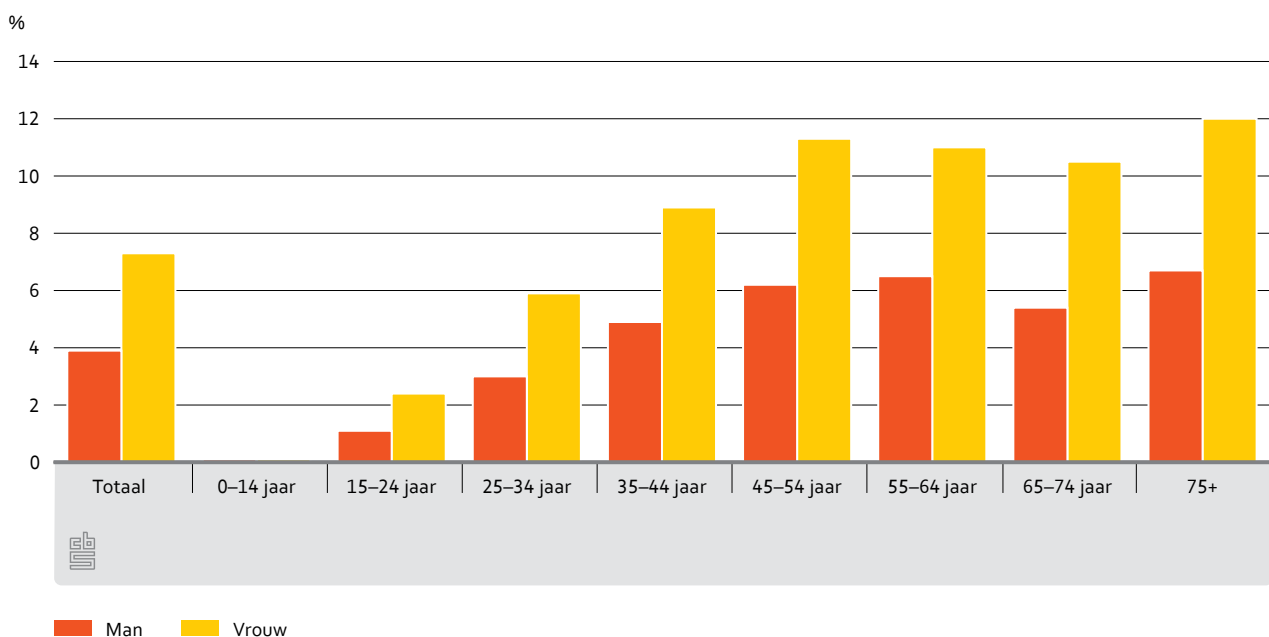
vrouwen was dertig dagen. De gemiddelde verpleegduur van alle klinische opnamen was in 2011 ruim vijf dagen.

Het relatieve aantal klinische opnamen is tussen 1995 en 2011 afgenomen van 3,4 naar 2,1 per 10 duizend inwoners, het aantal dagopnamen is daarentegen sterk toegenomen, van minder dan 0,1 naar 0,9 per 10 duizend inwoners.

Verstreckte geneesmiddelen

Een depressie kan, afhankelijk van de zwaarte en het type, behandeld worden met medicatie, de zogeheten antidepressiva. Van de totale bevolking kreeg 4 procent van de mannen en 7 procent van de vrouwen in 2011 een antidepressivum verstrekt dat door de basisverzekering werd vergoed. Het ging om zo'n 330 duizend mannen en 630 duizend vrouwen.

5.1.6 Percentage personen met antidepressiva, naar leeftijd en geslacht, 2011



Het percentage personen dat antidepressiva kreeg vergoed uit de basisverzekering is in de periode 2006 t/m 2011 licht gestegen van 5,1 naar 5,6 procent.

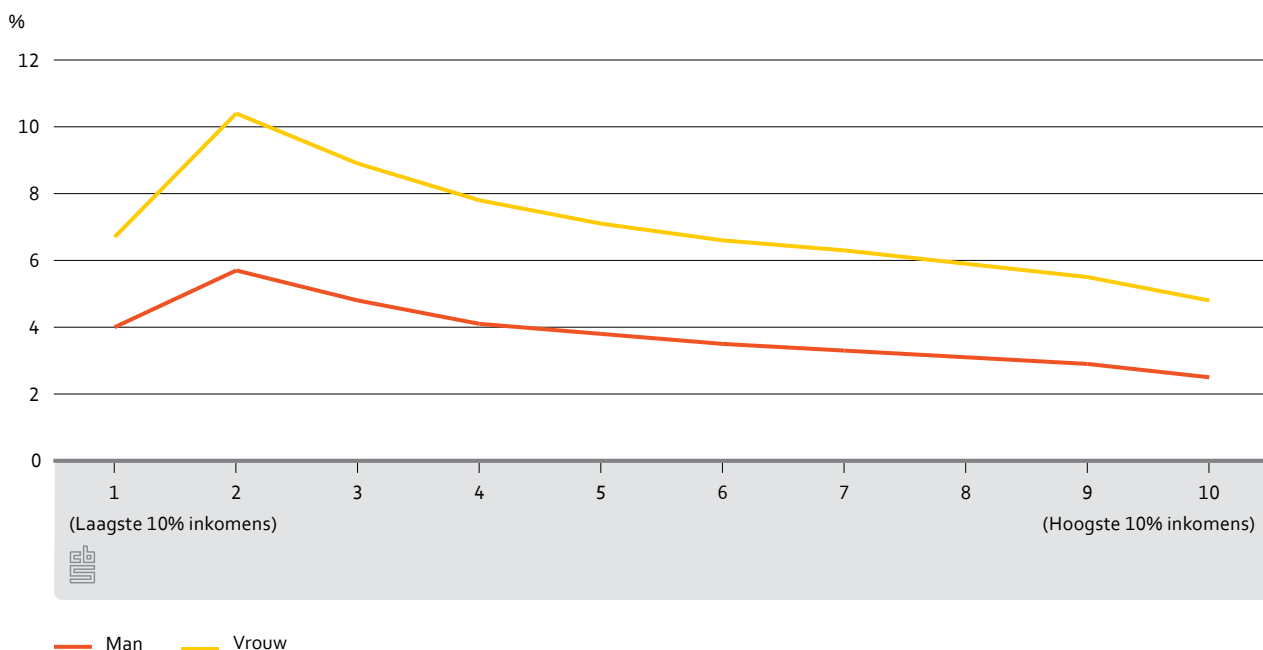
5.2 Persoonskenmerken

Naast leeftijd en geslacht zijn de gegevens over depressieve klachten en verstrekkingen van antidepressiva ook naar een aantal andere persoonskenmerken uitgesplitst, te weten inkomens, samenstelling van het huishouden, opleiding, werksituatie en herkomst.

Inkomen

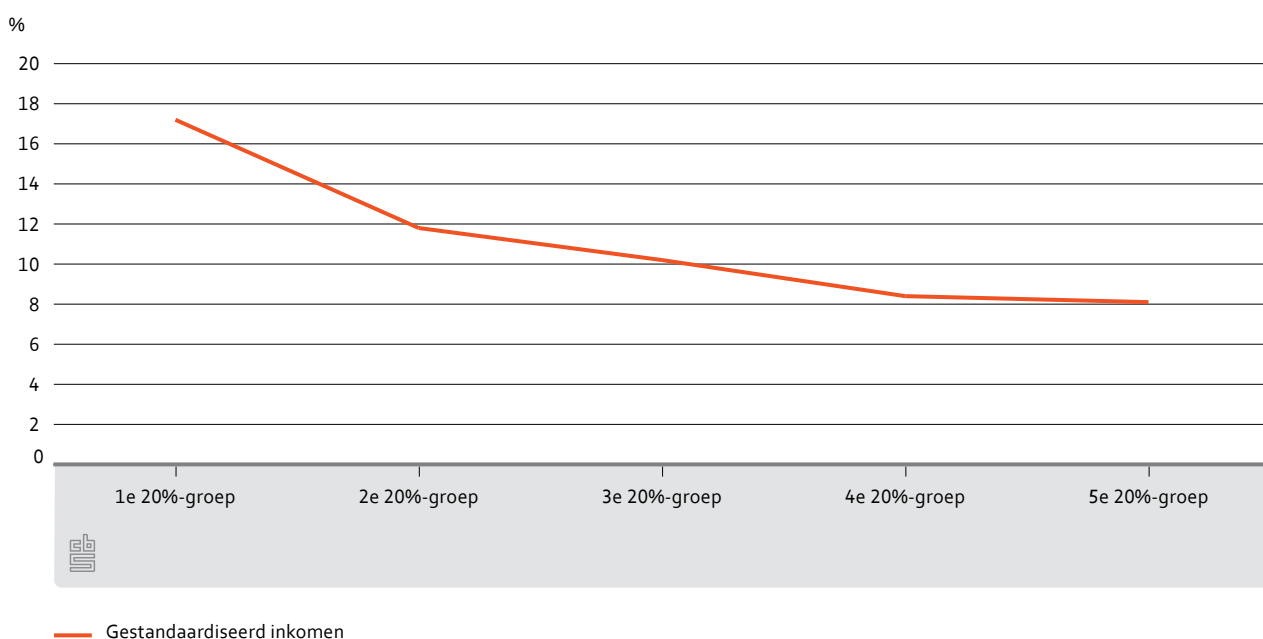
De verstrekkingen van antidepressiva hangen samen met het huishoudeninkomen. Personen uit huishoudens met de laagste inkomens krijgen gemiddeld tweemaal zo vaak een antidepressivum als personen uit huishoudens met de hoogste inkomens. Deze samenhang verandert vrijwel niet als er rekening gehouden wordt met leeftijdsverschillen tussen de onderscheiden inkomensgroepen.

5.2.1 Personen met antidepressiva, naar geslacht en inkomensdeciel, 2009



De groep met de laagste inkomens (eerste 10-procentgroep) wijkt af. Dit werd ook al bij eerder onderzoek gevonden (Verweij en de Bruin, 2006) en hangt waarschijnlijk samen met de samenstelling van deze groep. Het gaat enerzijds om oudere personen in een goede woonomgeving met een goede gezondheid, anderzijds om gezonde jongeren, beide groepen hebben een relatief laag inkomen. Ook zitten er zelfstandige ondernemers bij met een laag inkomen.

5.2.2 Percentage personen met depressieve klachten in de afgelopen 12 maanden, naar inkomensgroep, 2011

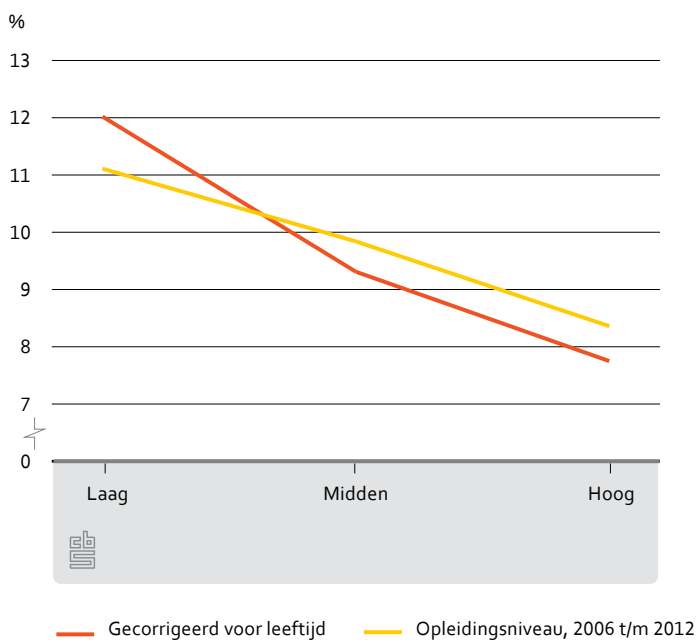


De verschillen in antidepressivagebruik voor inkomensgroepen en huishoudens blijken ook uit de Gezondheidsenquête. Het percentage personen uit de laagste inkomensgroep dat het afgelopen jaar minstens twee weken somber of depressief is geweest, was met 17 procent (2011) meer dan twee keer zo hoog als het percentage personen uit de hoogste inkomensgroep (8 procent).

Opleidingsniveau

Mensen met een hoge opleiding (hbo of wo) hadden in de jaren 2006 tot en met 2012 minder vaak depressieve gevoelens dan mensen met een lager opleidingsniveau. Van de mensen met een hoge opleiding rapporteert 8,4 procent depressieve gevoelens, van de mensen met een midden en lage opleiding is dat 9,8 procent en 11,1 procent. Wordt gecorrigeerd voor leeftijdsverschillen tussen de opleidingsgroepen (ouderen zijn vaker laagopgeleid maar hebben minder vaak depressieve gevoelens) dan worden de verschillen tussen de opleidingsgroepen nog iets groter.

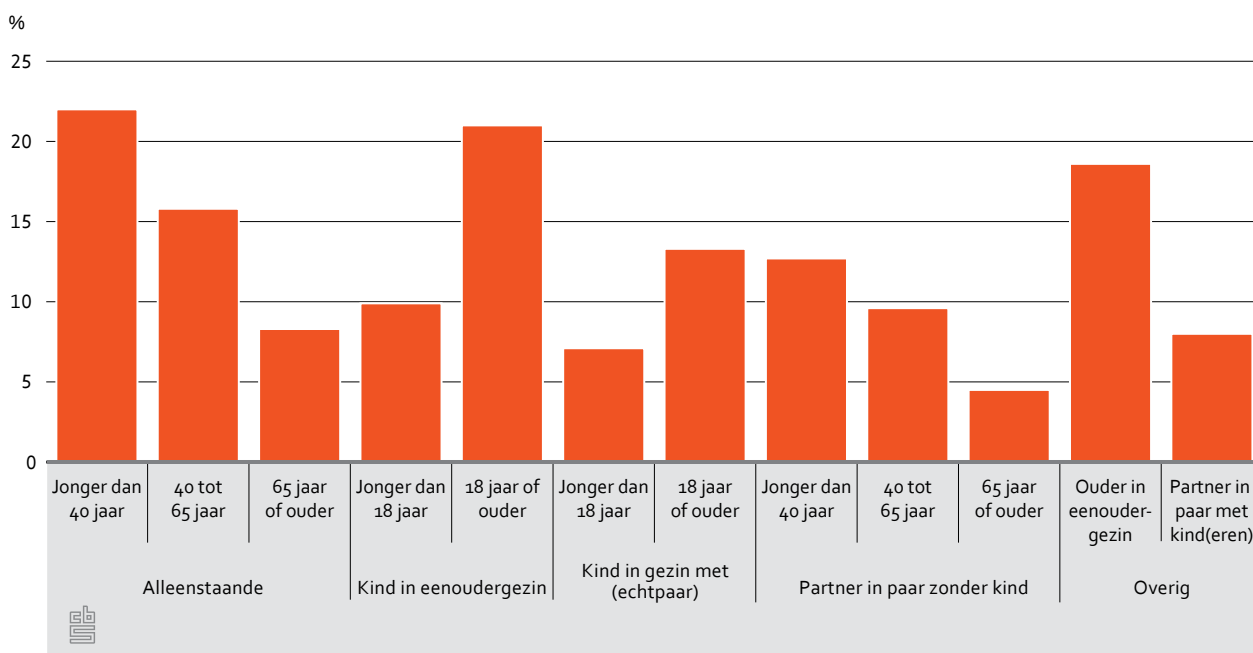
5.2.3 Percentage personen met depressieve klachten in de afgelopen 12 maanden, naar opleidingsniveau, 2006–2012, ongecorrigeerd en gecorrigeerd voor leeftijd



Samenstelling van het huishouden

Antidepressiva worden meer verstrekt aan personen uit eenouderhuishoudens en eenpersoonshuishoudens dan aan paren met of zonder kinderen (Verweij, 2012). De verschillen in de verstrekking van antidepressiva aan personen uit diverse typen huishouden stemmen in grote lijnen overeen met de gegevens uit de Gezondheidsenquête over sombere gevoelens. Het zijn vooral de oudere kinderen in een eenoudergezin, de ouders in een eenoudergezin en alleenstaanden tot 65 jaar die vaker depressieve gevoelens rapporteren.

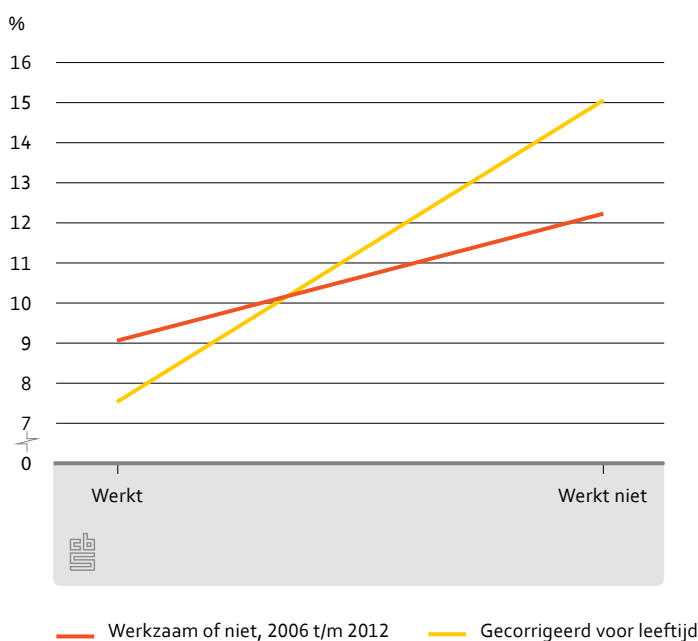
5.2.4 Percentage personen met depressieve klachten in de afgelopen 12 maanden, naar huishoudsamenstelling, 2012



Werksituatie

Mensen die werken hebben minder vaak last van depressieve gevoelens dan mensen die niet werken. De percentages zijn 9,1 en 12,2. Als gecorrigeerd wordt voor opleidingsniveau dan blijft dit verschil bestaan. Correctie voor leeftijd (ouderen zijn minder vaak werkzaam) maakt de verschillen tussen werkenden en niet-werkenden een stuk groter. Met 15,1 procent hebben niet-werkenden dubbel zo vaak depressieve klachten als werkenden (7,5 procent).

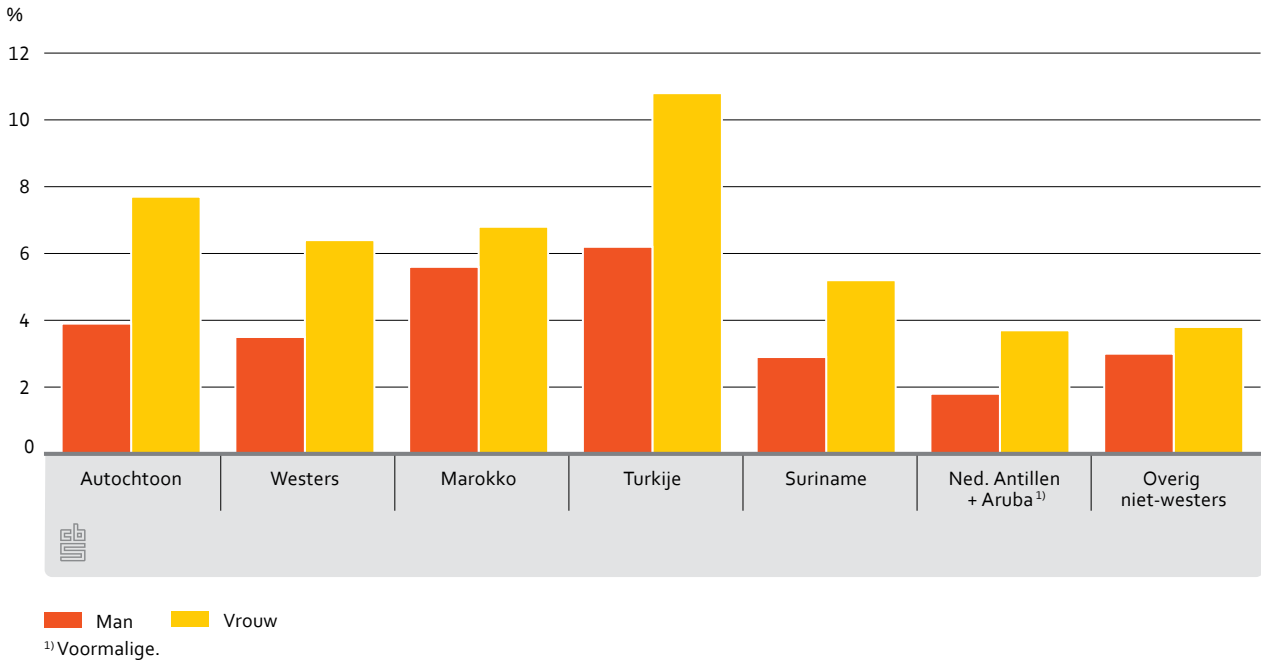
5.2.5 Percentage personen met depressieve klachten in de afgelopen 12 maanden, naar werkzaam of niet, 2006-2012, ongecorrigeerd en gecorrigeerd voor leeftijd



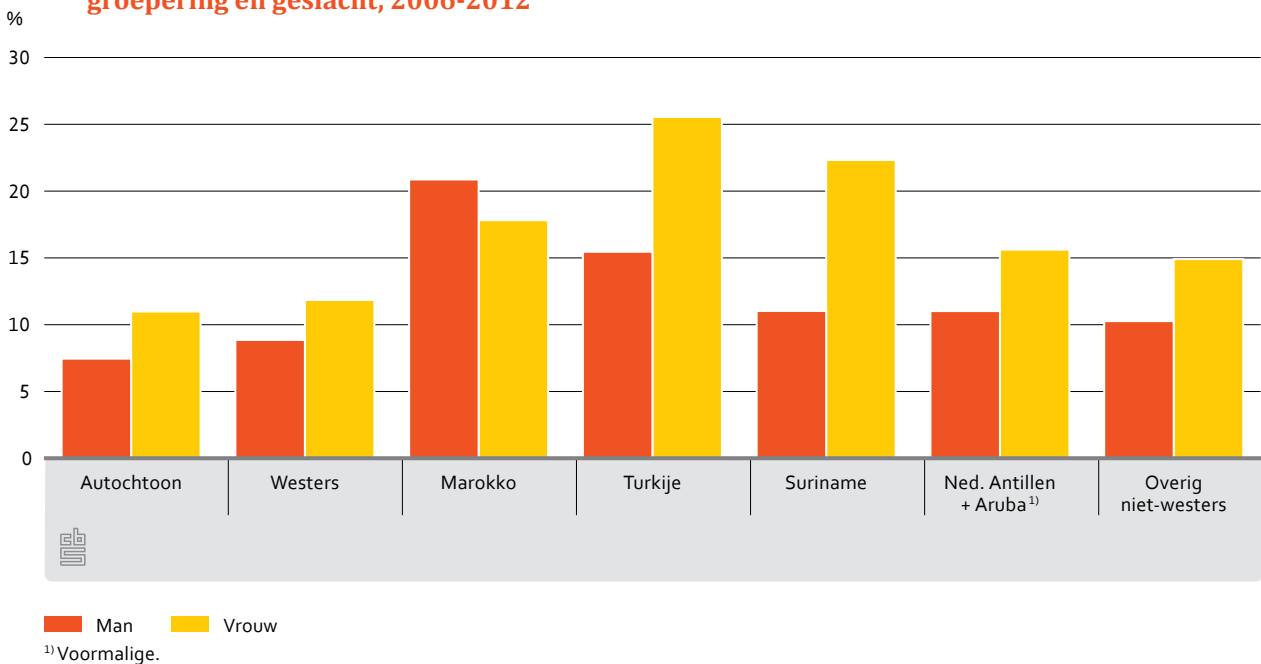
Herkomst

Het percentage personen dat antidepressiva krijgt, verschilt sterk naar herkomstgroep. Antidepressiva worden relatief weinig verstrekt aan Nederlanders van Antilliaanse en Arubaanse herkomst. Van de mannen uit deze groep kreeg nog geen 2 procent antidepressiva, van de vrouwen minder dan 4 procent. Bij personen van Turkse herkomst zijn deze percentages, met 6 procent en 11 procent, driemaal zo hoog. Autochtone Nederlanders

5.2.6 Percentage personen met antidepressiva, naar herkomstgroepering en geslacht, 2011



5.2.7 Percentage personen met depressieve klachten in de afgelopen 12 maanden, naar herkomstgroepering en geslacht, 2006-2012



zitten hier met 4 procent voor mannen en bijna 8 procent voor vrouwen tussenin. Als voor leeftijdsverschillen tussen de herkomstgroepen wordt gecorrigeerd neemt vooral het percentage personen met antidepressiva bij Marokkaanse en Turkse Nederlanders nog licht toe.

Dat Turkse Nederlanders relatief vaak antidepressiva gebruiken klopt met het relatief hoge percentage Nederlanders van Turkse herkomst in de Gezondheidsenquête dat zegt minimaal twee weken depressief of somber te zijn geweest, te weten 15 procent van de mannen en maar liefst 26 procent van de vrouwen. Het gaat hier om cijfers over de periode 2006–2012. Nederlanders van Turkse herkomst scoren daarmee hoger dan autochtone mannen en vrouwen, van hen zegt 8 procent en 11 procent sombere of depressieve gevoelens te hebben gehad.

Correctie voor verschillen in opleidingsniveau en in het percentage dat betaald werk heeft, geeft kleine verschuivingen in de cijfers. Deze achtergrondkenmerken kunnen de verschillen in sombere gevoelens tussen de herkomstgroepen voor een klein deel verklaren.

6. Discussie

Uit het onderzoek komen enkele interessante en opvallende zaken naar voren, die kort besproken en vergeleken worden met resultaten uit ander onderzoek.

Het percentage mensen dat zich de afgelopen twee weken somber of depressief heeft gevoeld, is volgens de Gezondheidsenquête ruim 10 procent (2012). Dit percentage is een stuk hoger dan de ruim 6 procent uit de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS-2). Een mogelijke verklaring is dat in de NEMESIS-studie uitgebreide vragenlijsten zijn gebruikt bij het vaststellen van depressieve stoornissen, vergelijkbaar met de diagnoses die een specialist zou stellen. De vraag uit de Gezondheidsenquête is een stuk eenvoudiger, en bestempelt mensen als 'depressief' als ze zelf aangeven dat ze depressief zijn geweest. Het is om deze reden dat we liever spreken van mensen met sombere of depressieve gevoelens. Van de mensen die in 2012 aangaven in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek somber of depressief te zijn geweest, zei 50 procent dat zij in die 12 maanden onder behandeling of controle is geweest van huisarts, specialist of psycholoog. Uit de NEMESIS-studie blijkt dat bijna 60 procent van de mensen met stemmingsstoornissen de afgelopen 12 maanden gebruik heeft gemaakt van zorgvoorzieningen voor hun problemen. Dit hogere percentage kan verklaard worden door de eerder genoemde verschillen in classificatie van depressie / persoon met depressieve gevoelens tussen NEMESIS en de Gezondheidsenquête. Als de Gezondheidsenquête meer mensen bevat die wel depressieve gevoelens hebben maar niet de diagnose depressie zouden krijgen (en dus waarschijnlijk minder ernstige symptomen hebben), dan is het verklaarbaar dat het percentage dat zich laat behandelen kleiner is.

Mannen en vrouwen blijken behoorlijk te verschillen in het hebben van depressieve gevoelens en het gebruiken van zorg hiervoor. Vrouwen hebben anderhalf maal zo vaak depressieve gevoelens als mannen, ze bezochten bijna tweemaal zoveel als mannen om deze reden een huisarts, en kregen ook ongeveer tweemaal zo vaak antidepressiva voorgeschreven. Dat vrouwen vaker last hebben van depressies is algemeen bekend. Dit lijkt vooral samen te hang

met het feit dat risicofactoren voor het krijgen van een depressie een grotere impact hebben op vrouwen dan op mannen (Stegenga, 2011).

Uit de vergelijking van de cijfers uit de verschillende bronnen blijkt dat de samenhang met leeftijd niet in alle gevallen hetzelfde is. De kans op sombere gevoelens neemt af met het toenemen van de leeftijd. Jongeren tot 30 jaar geven vaker aan dat ze somber of depressief zijn, maar gaan hiervoor minder vaak naar de huisarts en krijgen ook minder vaak geneesmiddelen. Ook krijgt de groep van 75 jaar en ouder relatief vaak antidepressiva, terwijl deze groep in de Gezondheidsenquête aangeeft het minst depressief te zijn. Bij personen van 75 jaar of ouder zal meespelen dat geneesmiddelenverstrekkingen aan personen in verzorgingshuizen wel in de geneesmiddelenregistratie zijn opgenomen, terwijl deze personen in de Gezondheidsenquête niet meegenomen worden. 75-plussers die aan de Gezondheidsenquête meedoen wonen zelfstandig en zullen er fysiek en geestelijk beter aan toe zijn dan 75-plussers in een (zorg)instelling. Qua zorggebruik valt verder op dat 60-plussers voor de behandeling van depressie minder vaak tweedelijns-GGZ-zorg gebruiken dan jongeren, maar dat ze wel vaker in het ziekenhuis worden opgenomen. Dat personen van 60 jaar en ouder minder in de GGZ behandeld worden, komt overeen met eerder onderzoek van het Trimbos-instituut. Hieruit blijkt dat veel ouderen met een depressie uitsluitend door de huisartspraktijk worden behandeld. Ouderen worden minder vaak dan jongeren doorverwezen naar gespecialiseerde hulpverleners in de eerste- of tweedelijnszorg (Trimbosinstituut, 2010).

De gebruikte gegevens uit de GGZ-DBC-registratie betreffen zorgtrajecten, die een benadering zijn voor het aantal personen. Personen kunnen echter binnen hetzelfde kalenderjaar bij verschillende zorgaanbieders voor dezelfde primaire diagnose een zorgtraject hebben lopen. Daardoor zal het aantal zorgtrajecten een overschatting zijn van het werkelijke aantal personen waarvoor een bepaalde diagnose is geregistreerd (Voorrips, 2013).

Het percentage personen dat antidepressiva kreeg vergoed door de basisverzekering is in de periode 2006–2011 licht gestegen. Omdat het gaat om geneesmiddelenverstrekkingen die door de basisverzekering vergoed worden, kunnen cijfers echter niet zonder meer van jaar op jaar vergeleken worden, aangezien de vergoedingsregels regelmatig aangepast worden. Voor antidepressiva was dit het geval in 2011. Het ministerie van VWS heeft met ingang van 1 januari 2011 de vergoeding voor antidepressiva via de basisverzekering beperkt. In de praktijk zou dit betekenen dat mensen met een milde depressie antidepressiva niet langer vergoed krijgen. Uit de trendcijfers blijkt echter dat het aantal personen dat antidepressiva heeft gekregen, ook in 2011 nog licht stijgt.

Voor de gegevens over sombere gevoelens en verstrekking van antidepressiva was het mogelijk om wat uitgebreider te kijken naar verschillende achtergrondkenmerken van personen en naar de samenhang met somberte en medicatie daarvoor. Een laag inkomen, een laag opleidingsniveau, een kind of ouder in een eenoudergezin of alleenwonend zijn of geen werk hebben gaat vaker samen met het hebben van depressieve of sombere gevoelens en het krijgen van antidepressiva. Ook bleken er grote verschillen tussen de herkomstgroepen te zijn. Met name Turkse Nederlanders gaven veel vaker dan autochtonen aan dat ze depressieve klachten hadden. Het verschil in depressieve gevoelens tussen niet-westerse allochtonen en autochtonen bleek voor een klein deel verklaard te kunnen worden uit het feit dat niet-westerse allochtonen gemiddeld lager opgeleid zijn en minder vaak betaald werk hebben.

De bevinding dat Turkse Nederlanders vaker last hebben van depressieve gevoelens komt overeen met onderzoek onder Amsterdammers (De Wit et al., 2008) en inwoners van Rotterdam en Den Haag (Bengi-Arslan et al., 2002). Het eerste NEMESIS-onderzoek laat echter een tegengesteld beeld zien: het aandeel Turkse respondenten met

stemmingsstoornissen is klein vergeleken met de andere herkomstgroepen en vergeleken met autochtonen (De Graaf et al., 2005). De Graaf en collega's (2005) noemen als mogelijke reden hiervoor dat de respondenten uit de onderzochte herkomstgroepen mogelijk niet representatief zijn voor hun populaties, onder andere omdat mensen die niet voldoende Nederlands spraken werden uitgesloten van het onderzoek. Het kan dan zijn dat de mensen die deelnamen aan het onderzoek een betere psychische gezondheid hebben. Hoewel de Gezondheidsenquête ook alleen in het Nederlands wordt afgenomen, is de steekproef over de jaren 2006–2012 veel groter (en wat betreft deelname van o.a. Turkse Nederlanders representatiever).

Antillianen/Arubanen zeggen vrijwel even vaak last te hebben van depressieve gevoelens als autochtone Nederlanders, maar zij krijgen aanzienlijk minder antidepressiva verstrekt. De Wit et al. (2008) vonden dat depressie bij Antillianen/Surinamers minder vaak voorkomt dan bij autochtonen of bij andere herkomstgroepen, terwijl De Graaf et al. (2005) bij hen juist een verhoogde kans op depressie zagen. Dit verschil verdwijnt echter na correctie met een aantal demografische en sociaaleconomische kenmerken. Dat Antillianen/Arubanen minder vaak antidepressiva krijgen wil dus niet automatisch zeggen dat ze minder vaak depressief zijn. Mogelijk zoeken zij hun heil in andere vormen van behandeling of wordt depressie bij deze groep patiënten minder goed herkend. Fassaert et al. (2010) vonden in een studie naar huisartsenzorg onder allochtonen in de stedelijke gebieden dat Surinaamse/Antilliaanse patiënten voor depressie en angst minder vaak dan autochtonen behandeld worden volgens de richtlijnen, met name als gekeken wordt naar de verstrekking van medicatie. Een eenduidige verklaring waarom dit zo is konden ook zij niet geven.

7. Conclusie

Het CBS heeft diverse databronnen met gegevens over depressiviteit en zorggebruik bij depressie die met elkaar in overeenstemming (lijken te) zijn, en elkaar aanvullen. Het gaat zowel om gegevens uit enquêteonderzoek, als om gegevens uit verschillende registraties over huisartsencontacten, contacten met tweedelijns-geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuisopnamen en verstrekte geneesmiddelen. Het vergelijken van gegevens uit deze bronnen kan tot meer inzicht leiden. In onderstaande tabel zijn de belangrijkste resultaten samengevat.

7.1 Depressiviteit en antidepressiva, naar bron

Omschrijving	Bron	Periode	%
Personen van 12 jaar en ouder met depressieve klachten in afgelopen 12 maanden	Gezondheidsenquête	2012	10,5
Personen van 12 jaar en ouder met depressieve klachten in afgelopen 12 maanden en onder behandeling	Gezondheidsenquête	2012	5,3
Personen (alle leeftijden) die vanwege depressieve klachten de huisarts bezochten	LINH	2011	2,0
Personen (alle leeftijden) onder behandeling in GGZ vanwege depressieve stoornis ¹⁾	DBC-GGZ	2010	1,1
Personen (alle leeftijden) met een ziekenhuisopname vanwege depressie	LMR	2011	0,03
Personen (alle leeftijden) met verstrekkingen van antidepressiva	RVE/CVZ	2011	5,6

¹⁾ Schatting op basis van zorgtrajecten

Het vergelijken van gegevens uit verschillende bronnen heeft echter zijn beperkingen. Gegevens uit de Gezondheidsenquête zijn zelfgerapporteerd en hebben een betrouwbaarheidsmarge. Data uit registraties kunnen onvolledig zijn, zoals bij de ziekenhuisopnamen waar een deel van de opnamen ontbreekt, of betrekking hebben op verstrekkingen, zoals bij geneesmiddelen, zonder dat zeker is dat de middelen ook daadwerkelijk gebruikt zijn of dat ze in alle gevallen vanwege depressie zijn voorgeschreven. Verder zijn de leeftijdsklassen niet altijd hetzelfde, wat voor een deel samenhangt met de soms beperkte hoeveelheid data. Het vergelijken van de verschillende bronnen moet daarom met enige terughoudendheid worden gedaan.

Toch is wel een aantal conclusies te trekken. Allereerst laten enquêtegegevens zien dat het percentage personen van 12 jaar of ouder dat aangeeft dat zij in 2012 minimaal twee weken somber of depressief zijn geweest ongeveer 10 procent is. De helft hiervan zegt vanwege deze gevoelens onder behandeling of controle te zijn van huisarts, specialist of psycholoog. Uit de geneesmiddelenverstrekkingen weten we dat bijna 6 procent van de bevolking van 10 jaar en ouder in 2011 een antidepressivum gekregen heeft. Verder ging in 2011 2 procent naar de huisarts vanwege een depressie en werd ruim 1 procent door de tweedelijnszorgverleners behandeld. Een heel klein deel van de bevolking wordt vanwege een depressie in het ziekenhuis opgenomen. Voor een deel zullen mensen met een depressie ook naar de eerstelijns-psycholoog gaan, maar daar zijn binnen het CBS geen cijfers over.

Waar rekening mee gehouden dient te worden, is dat de soorten behandelingen of zorgcontacten elkaar overlappen. In zo'n geval bezoeken mensen de huisarts én krijgen zij antidepressiva. Een voorzichtige conclusie is echter dat bovengenoemde bevindingen uit verschillende bronnen redelijk met elkaar rijmen. Daarnaast blijkt ook uit deze resultaten dat depressiviteit en het gebruik van antidepressiva verschillen tussen de herkomstgroeperingen. Ook sociaaleconomische verschillen spelen hierbij een rol. Mensen met een laag inkomen hebben bijvoorbeeld vaker depressieve klachten en krijgen vaker antidepressiva. Ook mensen met een lager opleidingsniveau en mensen zonder betaald werk voelen zich vaker depressief.

Kijken we naar de trend door de jaren heen dan blijkt dat het aantal personen dat aangeeft depressief of somber te zijn in de periode 2006–2012 nauwelijks is veranderd. De geneesmiddelenverstrekking is in de onderzochte periode licht gestegen.

Literatuur

Bengi-Arslan, L., F.C. Verhulst en A.A.M. Crijnen, 2002, Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 118–124.

Farmacotherapeutisch Kompas: <http://www.fk.cvz.nl>

Fassaert, T., M. Nielen, R. Verheij, A. Verhoeff, J. Dekker, A. Beekman en M. de Wit, 2010, Quality of care of anxiety and depression in different ethnic groups by family practitioners in urban areas in the Netherlands. *General Hospital Psychiatry*, 32, 368–376.

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

Graaf, R. de, M. ten Have, S. van Dorsselaer, C. Schoemaker, A., Beekman en W. Volebergh, 2005, Verschillen tussen etnische groepen in psychiatrische morbiditeit Maandbericht Geestelijke Volksgezondheid, 60, 703–713.

Hoeymans, N., J.M. Melse, en C.G. Schoemaker, 2010, Gezondheid en determinanten Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010: Van gezond naar beter. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven, 2010.

Mathers, C.D. en D. Loncar, 2006, Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med, 3, e442.

Stegenga, B.T., 2011. Epidemiology of Major Depressive Disorder. Proefschrift, Universiteit van Utrecht.

RIVM, 2013, Kosten van ziekten 2011: <http://www.kostenvanziekten.nl>.

Trimbos-instituut, 2010, Trendrapportage GGZ 2010. Deel 2: Toegang en zorggebruik. Trimbos-instituut, Utrecht, 2010.

Verweij, G.C.G., 2012, Wie krijgt welke geneesmiddelen? Gezondheid en Zorg in Cijfers, 2012, 49–71. CBS, Den Haag/Heerlen.

Verweij, G.C.G. en A. de Bruin, 2006, Verschillen in ziekenhuisopnamen naar inkomen. Gezondheid en Zorg in Cijfers, 2006, 71–86. CBS, Voorburg/Heerlen.

Voorrips, L.E., 2013. Diagnoses in de GGZ. Gezondheid en Zorg in Cijfers, 2013, 49–67. CBS, Den Haag/Heerlen.

Wit, M.A.S. de, W.C. Tuinebreijer, J. Dekker, A.T.F. Beekman, W.H.M. Gorissen, A.C. Schrier, B.W.J.H. Penninx, I.H. Komproe, en A.P. Verhoeff, 2008, Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43, 905–912.

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
2012–2013	2012 tot en met 2013
2012/2013	Het gemiddelde over de jaren 2012 tot en met 2013
2012/'13	Oogstjaar, boekjaar, schooljaar enz., beginnend in 2012 en eindigend in 2013
2010/'11–2012/'13	Oogstjaar, boekjaar, enz., 2010/'11 tot en met 2012/'13

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
www.cbs.nl

Inlichtingen

Tel. 088 570 70 70, fax 070 337 59 94
Via contactformulier: www.cbs.nl/infoservice

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen, 2013.
Verveelvoudigen is toegestaan, mits het CBS als bron wordt vermeld.